UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JUCELI ANDRADE PAIVA MORERO

Impacto do Estresse precoce no agravamento do Transtorno Afetivo Bipolar em um Centro de Atenção Psicossocial

RIBEIRÃO PRETO

2018

JUCELI ANDRADE PAIVA MOREIRO

Impacto do Estresse precoce no agravamento do Transtorno Afetivo Bipolar em um Centro de Atenção Psicossocial

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

Linha de pesquisa: Promoção de saúde mental

Orientadora: Profa. Dra. Lucilene Cardoso

RIBEIRÃO PRETO

2018

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.

Morero, Juceli Andrade Paiva
Impacto do Estresse precoce no agravamento do Transtorno Afetivo Bipolar em um Centro de Atenção Psicossocial. Ribeirão Preto, 2018.
101 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Lucilene Cardoso

1. Estresse precoce. 2. Mania. 3. Depressão. 4. Ideação suicida. 5. Estratégias de enfrentamento.

MORERO, Juceli Andrade Paiva

Impacto do Estresse precoce no agravo do Transtorno Afetivo Bipolar em um Centro de Atenção Psicossocial

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À querida,

Profa. Dra. Lucilene Cardoso,

Minha orientadora agradeço pelos inestimáveis conhecimentos transmitidos, não só científicos, mas ensinamentos de vida, pela confiança, pela amizade, pelo acolhimento, pela parceria e por acreditar em meus sonhos.

A minha eterna gratidão!

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo dom da vida e pelas imensuráveis bênçãos.

À minha **família**, pelo amor incondicional, por ser fonte de inspiração dos valores mais preciosos, pelo apoio, pelo carinho e por sempre acreditar em meu potencial.

Ao **André**, meu amor, pelo companheirismo, pelo afeto, pela cumplicidade e por acreditar e apoiar todos os meus sonhos.

Ao meu Sobrinho **Francisco**, “Baby Chico” pelas alegrias diárias.

Ao **Tarciso** pela parceria no trabalho, acolhimento e ensinamentos.

Às amigas **Sandra, Gabi, Michele, Odete e Sheila**, meus sinceros agradecimentos pela cumplicidade, pelos cafés, e por todas as emoções compartilhadas comigo, tornando minha vida mais leve e feliz.

Aos demais amigos da Pós-Graduação, **Tássia, Maria Tereza, Vanessa, Isabela**, pela troca de experiência e pelas reflexões compartilhadas.

Aos estatísticos **Jonas e Miyeko**, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelo auxílio nas análises.

À toda **equipe do CAPS** pela cooperação e colaboração durante todo o processo de coleta de dados.

A todos os **pacientes**, pela delicadeza e sensibilidade em compartilhar suas ricas experiências de vida, pois sem eles seria impossível a concretização desta dissertação

A todos que fizeram parte dessa jornada, mais uma etapa vencida, meus sinceros agradecimentos.

*“Dizem que sou louco por pensar assim,
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz
Eu juro que é melhor
Não ser o normal”.*
(Os Mutantes)

RESUMO

MORERO, J. A. P. **Impacto do Estresse no agravamento do Transtorno Afetivo Bipolar em um Centro de Atenção Psicossocial**. 2018. 101f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O Estresse precoce pode ocasionar graves consequências na vida adulta. Entre pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar sua ocorrência ainda carece de ser avaliada em estudos ampliados que contemplem sua complexidade de maneira mais abrangente, considerando fatores pessoais, ambientais e psicossociais. Com o objetivo de investigar e ampliar a compreensão da relação entre o Estresse precoce, sintomas do humor (depressão e mania), estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar em um serviço comunitário no interior de São Paulo, desenvolveu-se um estudo transversal, analítico, exploratório, de abordagem quantitativa, utilizando os instrumentos: entrevista clínica para confirmação diagnóstica, de acordo com os critérios do DSM-IV; questionário sociodemográfico, de condições clínicas e de saúde, Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D); Escala de Mania (YOUNG); Escala de ideação suicida (BSI); Escala de modos de enfrentamento de problemas (EMEP) e Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ). Utilizou-se estatística descritiva e analítica, realizando-se testes Qui-quadrado, com coeficiente de correlação de Pearson e regressão logística, considerando níveis de significância de 0,05. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a amostra foi de conveniência não probabilística com 50 pacientes com TAB. Prevaleram mulheres (66,0%), com idade média de 42,7 anos ($dp \pm 12,3$), 56,0% possuíam ensino médio, 44,0% eram casados ou com companheiro fixo, 90,0% moravam com a família, 88,0% tinham religião, 60,0% estavam afastados ou desempregados, 74,0% viviam com renda mensal de até um salário mínimo, 48,0% tiveram tentativas de suicídio, 58,0% passaram por internações psiquiátricas prévias, 84,0% não praticavam atividade física e 56,0% possuíam comorbidades. A prevalência de Estresse precoce foi de 68,0%, não houve associação estatisticamente significativa entre Estresse precoce, sintomas do humor, estratégias de enfrentamento e ideação suicida entre pacientes com TAB em seguimento em um serviço comunitário. Possivelmente, tais resultados reflitam o impacto que as ações de apoio e suporte social oferecidas pelo CAPS e pela família tem proporcionado a estes pacientes. Os resultados deste estudo indicaram alta prevalência de Estresse precoce que, embora não associado com as demais variáveis, mostra-se relevante na vida destes pacientes. Estudos sobre o Estresse precoce e TAB, relação entre serviço/paciente/família e estratégias de enfrentamento no contexto comunitário podem indicar melhores formas de tratamento e implementação de políticas públicas que garantam melhor qualidade de vida a estes pacientes.

Palavras-chaves: Estresse precoce. Mania. Depressão. Ideação suicida. Estratégias de enfrentamento. Suporte social. Transtorno Bipolar.

ABSTRACT

MORERO, J. A. P. **Impact of Early Stress on Bipolar Affective Disorder in a Psychosocial Care Center**. 2018. 101f. Dissertation (Master's degree) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Early stress can have serious consequences in adult life. Among patients with Bipolar Affective Disorder, its occurrence still needs to be evaluated in expanded studies that contemplate its complexity in a more comprehensive way, considering personal, environmental and psychosocial factors. With the objective of investigating and broadening the understanding of the relationship between early stress, mood symptoms (depression and mania), coping strategies and suicidal ideation in patients with Bipolar Affective Disorder in a community service in the interior of São Paulo, a cross-sectional, analytical, exploratory, quantitative approach using the instruments: clinical interview for diagnostic confirmation, according to DSM-IV criteria; sociodemographic questionnaire, clinical and health conditions, Hamilton Depression Scale (HAM-D); Mania Scale (YOUNG); Suicidal ideation scale (BSI); Scale of problem coping modes (EMEP) and Trauma Questionnaire in Childhood (CTQ). Descriptive and analytical statistics were used, with Chi-square tests, with Pearson correlation coefficient and logistic regression, considering levels of significance of 0.05. Approval was obtained from the Research Ethics Committee and the sample was of non-probabilistic convenience with 50 patients with BAD. Prevalence of women (66.0%), mean age 42.7 years (dp +12.3), 56.0% had a high school education, 44.0% were married or had a fixed partner, 90.0% lived with the family, 88.0% had religion, 60.0% were retired or unemployed, 74.0% lived with monthly income of up to one minimum wage, 48.0% had attempted suicide, 58.0% had psychiatric hospitalizations 84.0% did not practice physical activity and 56.0% had comorbidities. The prevalence of early stress was 68.0%; there was no statistically significant association between early stress, mood symptoms, coping strategies, and suicidal ideation among patients with BD at follow-up at a community service. These results may reflect the impact that the support and social support actions offered by the CAPS and the family have provided to these patients. The results of this study indicated a high prevalence of early stress that, although not associated with the other variables, is shown relevant in the life of these patients. Studies on early stress and BD, relationship between service / patient / family and coping strategies in the community context may indicate better ways of treatment and implementation of public policies that guarantee a better quality of life for these patients.

Keywords: Early stress. Mania. Depression. Suicidal ideation. Coping strategies. Social support. Bipolar Disorder.

RESUMEN

MORERO, J. A. P. **Impacto del Estrés precoz en el agravio del Trastorno Afectivo Bipolar en un Centro de Atención Psicosocial**. 2018. 101f. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

El estrés precoz puede ocasionar graves consecuencias en la vida adulta. En los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar su ocurrencia aún carece de ser evaluada en estudios ampliados que contemplan su complejidad de manera más amplia, considerando factores personales, ambientales y psicosociales. Con el objetivo de investigar y ampliar la comprensión de la relación entre el estrés precoz, síntomas del humor (depresión y manía), estrategias de enfrentamiento e ideación suicida en pacientes con trastorno Afectivo Bipolar en un servicio comunitario en el interior de São Paulo, se desarrolló un estudio transversal, analítico, exploratorio, de abordaje cuantitativo, utilizando los instrumentos: entrevista clínica para confirmación diagnóstica, de acuerdo con los criterios del DSM-IV; el cuestionario socio demográfico, las condiciones clínicas y de salud, la escala de depresión de Hamilton (HAM-D); Escala de Manía (YOUNG); Escala de ideación suicida (BSI); Escala de modos de enfrentamiento de problemas (EMEP) y Cuestionario sobre Traumas en la Infancia (CTQ). Se utilizó estadística descriptiva y analítica, realizándose pruebas Qui-cuadrado, con coeficiente de correlación de Pearson y regresión logística, considerando niveles de significancia de 0,05. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación y la muestra fue de conveniencia no probabilística con 50 pacientes con TAB. En el caso de las mujeres (66,0%), con una edad promedio de 42,7 años (dp + 12,3), el 56,0% poseía enseñanza media, el 44,0% estaban casados o con un compañero fijo, el 90,0% la familia, el 88,0% tenía religión, el 60,0% estaban alejados o desempleados, el 74,0% vivía con ingresos mensuales de hasta un salario mínimo, el 48,0% tuvo intentos de suicidio, el 58,0% pasaron por internaciones psiquiátricas previas, el 84,0% no practicaban actividad física y el 56,0% poseía comorbilidades. La prevalencia de estrés precoz fue del 68,0%, no hubo asociación estadísticamente significativa entre estrés precoz, síntomas del humor, estrategias de enfrentamiento e ideación suicida entre pacientes con TAB en seguimiento en un servicio comunitario. Posiblemente, tales resultados reflejen el impacto que las acciones de apoyo y apoyo social ofrecidas por el CAPS y la familia han proporcionado a estos pacientes. Los resultados de este estudio indicaron alta prevalencia de estrés precoz que, aunque no asociado con las demás variables, se muestra relevante en la vida de estos pacientes. Estudios sobre el estrés precoz y TAB, relación entre servicio / paciente / familia y estrategias de enfrentamiento en el contexto comunitario pueden indicar mejores formas de tratamiento e implementación de políticas públicas que garanticen mejor calidad de vida a estos pacientes.

Palabras clave: Estrés precoz. Manía. Depresión. Ideación suicida. Estrategias de enfrentamiento. Apoyo social. Trastorno Bipolar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<u>Figura 1</u> – Produtividade associada as fases de estresse	20
<u>Figura 2</u> – SNA e o eixo HPA, sistemas responsáveis pela resposta ao estresse	26
<u>Figura 3</u> – Modelo do limiar de vulnerabilidade para o desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos relacionados ao estresse	28

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1</u> - Distribuição de frequência dos pacientes com TAB, com relação a história clínica, histórico familiar de doenças psiquiátricas, abuso de drogas e comportamento suicida. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018, n=50.....	49
<u>Tabela 2</u> - Distribuição de frequência dos pacientes com TAB, conforme o subtipo de Estresse precoce. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	50
<u>Tabela 3</u> - Distribuição de frequência e porcentagens por itens do CTQ referente às respostas dos pacientes com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018, n=50	52
<u>Tabela 4</u> - Distribuição dos escores médios, frequência e porcentagens das respostas dos pacientes com TAB, segundo a escala HAM-D. Ribeirão Preto, 2018, n=50	53
<u>Tabela 5</u> - Distribuição de frequência e porcentagens dos pacientes com TAB segundo o tipo de estratégias de enfrentamento utilizadas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	55
<u>Tabela 6</u> - Distribuição de frequência e porcentagens da EMEP, segundo tipo de estratégia de enfrentamento utilizadas por pacientes diagnosticados com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	56
<u>Tabela 7</u> - Associação entre a ocorrência de Estresse precoce e a gravidade de sintomas de depressão entre os pacientes com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018, n=50..	57
<u>Tabela 8</u> - Associação entre a ocorrência de Estresse precoce e a gravidade de sintomas de mania entre os pacientes com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018, n=50.....	57
<u>Tabela 9</u> - Relação entre Estresse precoce e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes diagnosticados com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	58
<u>Tabela 10</u> - Regressão Logística Multinomial Ordinal entre a presença de Estresse precoce e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	59

LISTA DE QUADROS

<u>Quadro 1</u>	– Classificação dos subtipos de Estresse precoce de acordo com a gravidade.....	46
-----------------	---	----

LISTA DE GRÁFICOS

<u>Gráfico 1</u> – Quantidade de subtipos de Estresse precoce em um mesmo paciente, de acordo com o CTQ.....	51
<u>Gráfico 2</u> – Distribuição de frequência e porcentagem sobre as tentativas de suicídio nos pacientes sem e com Estresse precoce	53

LISTA DE SIGLAS

ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
AE	Abuso emocional
AF	Abuso físico
AS	Abuso sexual
BSI	Escala de ideação Suicida de Beck
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
CMH	Cochran-Mantel-Haenzel
CRH	Hormônio liberador de corticotrofina
CTQ	Childhood Traume Questionnaire
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual quarta edição
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual quinta edição
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMEP	Escala Modo de Enfrentamento de Problemas
EP	Estresse precoce
EUA	Estados Unidos da América
HAM-D	Escala de Avaliação de Depressão
HLC	Hormônio Liberador de Corticotropina
HPA	Hipotálamo- Pituitária-Adrenal
IBM	International Business Machines
IC	Intervalo de confiança
MINI-Plus	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
NE	Negligência emocional
NF	Negligência física
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Razão de chances
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAG	Síndrome de adaptação geral
SD	Desvio Padrão
SNA	Sistema Nervoso Autônomo

SPSS	Statistic Package for Social Science
STATA	Programa para análise de dados estatísticos
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
YOUNG	Escala de Avaliação de Mania
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 Fisiologia do estresse.....	25
2.2 Estresse precoce e suas consequências.....	27
2.3 Estratégias de enfrentamento.....	31
2.4 Comportamento suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar	32
3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	35
4 OBJETIVOS E HIPÓTESE	37
4.1 Objetivo geral	38
4.2 Objetivos específicos.....	38
4.3 Hipótese.....	38
5 MÉTODOS.....	39
5.1 Delineamento da pesquisa	40
5.2 Local de estudo	40
5.3 Amostragem	41
5.4 Critérios de inclusão e exclusão	41
5.5 Questões Éticas.....	42
5.6 Procedimentos	42
5.6.1 Recrutamento e coleta de dados	42
5.6.2 Instrumentos para coleta de dados.....	43
5.6.2.1 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - MINI Plus (Anexo C).....	43
5.6.2.2 Questionário sociodemográfico, de condições clínicas (Apêndice B)	43
5.6.2.3 Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton - HAM-D (Anexo D)	44
5.6.2.4 Escala de Mania – YOUNG (Anexo E).....	44
5.6.2.5 Escala de Ideação Suicida de Beck -BSI (Anexo F)	45
5.6.2.6 Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Anexo G)	45
5.6.2.7 Childhood Trauma Questionnaire – CTQ (Anexo H)	46
5.7 Análise de dados	47

6 RESULTADOS	48
6.1 Características sócio-demográficas e condições de clínicas entre pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar	49
6.2 Estresse precoce entre os pacientes com TAB	50
6.3 Gravidade dos sintomas do humor entre os pacientes com TAB	53
6.4. Avaliação da ideação suicida entre pacientes com TAB	54
6.5 Descrição dos tipos de Estratégias de Enfrentamento utilizadas por pacientes com TAB	55
6.6 Relação entre a ocorrência de Estresse precoce e a gravidade de sintomas de depressão e mania em pacientes com TAB	57
6.7 Relação entre a ocorrência de Estresse precoce e a intensidade da ideação suicida em pacientes com TAB	58
6.8 Relação entre Estresse precoce e Estratégias de enfrentamento.....	58
6.9 Impacto do Estresse como preditor de sintomas de depressão, mania, estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com TAB	58
7 DISCUSSÃO	60
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	66
CONTRIBUIÇÕES	67
CONCLUSÕES.....	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	81
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
Apêndice B – Questionário sociodemográfico e de condições de saúde	86
ANEXOS	89
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP	90
Anexo B – Autorização da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto	91
Anexo C – Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI PLUS).....	92
Anexo D – Escala de avaliação de depressão de Hamilton- HAM D	93
Anexo E – Escala de avaliação de mania - YOUNG	95
Anexo F – Escala de Ideação Suicida de Beck - BSI	97
Anexo G – Escala Modo de Enfrentamento de Problemas – EMEP.....	99
Anexo H – Childhood Trauma Questionnaire – CTQ.....	101

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A origem etimológica da palavra estresse deriva do latim *stringere*, que significa “apertar, cerrar, comprimir” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2004). No século XVII, as primeiras referências à palavra estresse, trazida para a física, eram usadas para definir a deformação a qual um objeto estava sujeito sob uma determinada carga (SEYLE, 1950).

A partir do século XX, o termo estresse passou a ser utilizado no campo da saúde. Neste campo, o fisiologista Hans Selye (1907-1982) foi considerado o primeiro estudioso do estresse em suas características orgânicas. Em seus estudos iniciais, na década de 1930, observou que organismos diferentes apresentam um mesmo padrão de resposta fisiológica para estímulos sensoriais ou psicológicos e isso teria efeitos nocivos em quase todos os órgãos, tecidos ou processos metabólicos (SEYLE, 1956).

Ao final de diversos estudos, Selye compreendeu o estresse como um desgaste geral do organismo, cujas reações psicológicas com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos a determinados estímulos estranhos levam a irritabilidade, amedrontamento, excitação ou confusão (BARROSO, 2015). Assim, definiu o estresse como uma resposta não específica, que resulta em uma reação geral do organismo a demandas sobre ele exigidas, cuja finalidade é a adaptação à nova situação (SEYLE, 1950). Porém, para que ocorra, são necessárias situações geradoras de estresse que podem ser classificadas como externas (que afetam o indivíduo), e internas (determinadas pelo próprio indivíduo). Diante de tais situações, cada organismo reage de uma forma, e de acordo com seu grau de tolerância e a maneira como lida com os problemas irá determinar a suscetibilidade ao estresse (PAIVA; GOMES; HELAL, 2015).

Para explicar a ocorrência do estresse, Selye desenvolveu um modelo trifásico denominado como Síndrome de Adaptação Geral (SAG), que consiste em um conjunto de reações adaptativas do corpo frente a agentes estressores, divididos em três fases: alarme, resistência e exaustão (SEYLE, 1956).

Assim, a resposta ao estresse deve ser entendida como um processo que, em sua fase inicial, pode ser positivo, estando relacionada diretamente à produtividade do indivíduo. Caso um indivíduo que não tenha estresse não seja impulsionado para frente, ele acaba não produzindo adrenalina, tornando-se apático, desanimado e totalmente improdutivo. Assim, quanto maior o nível de estresse e situações de excitação, maior será a produção de adrenalina e mais o indivíduo será impulsionado a realizar suas atividades (CORREIA; LINHARES,

2014). Por outro lado, caso o estresse exceda o limite do indivíduo, sua produtividade começa a diminuir, tornando-se vulnerável a manifestação de doenças. A figura 1, mostra o fenômeno do estresse, associado à produtividade do indivíduo (PAFARO, 2002).

Figura 1- Produtividade associada as fases de estresse Fonte: Pafaro, 2002.

Como resultado do evento estressor, o estresse também pode ser dividido em duas etapas: agudo e crônico. Quando agudo, desencadeia respostas fisiológicas adaptativas que podem ocasionar interrupções abruptas na homeostase, interferindo diretamente nos sistemas neurológico, endócrino e imune, tendo como consequências possíveis o desencadeamento de doenças (ROSA, 2016; RAMOS, 2017). Já quando crônico, o estresse pode prejudicar a disposição cerebral, estado imunológico, os sistemas metabólicos e a função cardiovascular, estando relacionado também ao surgimento e agravamento de diversas doenças (JURUENA, 2013; YANG et al., 2015).

Nesse sentido, estudos têm analisado os efeitos do Estresse precoce ocorrido em experiências traumáticas na infância ou adolescência, tais como: abuso emocional, físico e sexual, negligência física e emocional. Estes estudos apontam que o Estresse precoce é um importante fenômeno relacionado com a produção e exacerbação de diversas modificações fisiológicas e psicológicas. Podendo ser significativo no desencadeamento de sofrimento e/ou transtornos mentais (LI; D'ARCY; MENG, 2016; CATALAN et al., 2017; ISVORANU et al., 2017).

Isso ocorre, pois, ao longo da infância e adolescência importantes estruturas cerebrais estão sendo construídas e as consequências de experiências traumáticas duradouras e negativas,

podem manter-se ao longo da vida, afetando as esferas: comportamental, emocional, social, cognitiva e física (SANDERS et al., 2015; CARR, 2014).

Há também, determinadas características relacionadas à experiência do Estresse precoce que podem desencadear alterações fisiológicas, emocionais e comportamentais no indivíduo, que na literatura são denominados fatores de risco, tais como: condições de pobreza, transtorno mental em genitores, morte na família, entre outras. Tais características são responsáveis por aumentar a probabilidade do indivíduo desenvolver determinado agravo na saúde mental (HAROLD et al., 2016; PEREIRA et al., 2014).

Em contrapartida, alguns fatores também podem proteger o indivíduo, como por exemplo: a existência de atributos disposicionais da criança/adolescente, ou seja, aspectos relacionados ao meio ambiente ou da interação entre esses, que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos desadaptativos. Tais fatores na presença de adversidades significativas, aumentam a probabilidade de o indivíduo realizar com eficácia a resolução de seus problemas ou adversidades (PEREIRA; BRANCO, 2016; TEIXEIRA, 2017).

Porém, ressalta-se que a determinação dos fatores de risco e proteção deve ser processual e incluir uma análise situacional do problema enfrentado, seu impacto na saúde do indivíduo, seus recursos para fazer frente às estratégias de enfrentamento utilizadas e, por fim, o resultado obtido (PEREIRA; BRANCO, 2016).

Estudos apontam o Estresse precoce como possível desencadeante de transtornos mentais graves e incapacitantes na vida adulta. Seu impacto é intenso e prejudicial, predispondo o organismo do indivíduo a uma maior vulnerabilidade ao adoecimento. Crescentes evidências apontando a forte associação entre a ocorrência do Estresse precoce com sintomas do humor, assim como, transtornos de ansiedade e abuso de substâncias (LARSSON et al., 2013; WATSON et al., 2014; ARNSTEN, 2015).

Os transtornos mentais atingem mundialmente, cerca de 700 milhões de pessoas, representando quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. Esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de morbidade, prejuízos funcionais e baixa qualidade de vida (WHO, 2013; SILVEIRA, 2011).

Considerado como um dos transtornos mentais mais incapacitantes do mundo, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), é uma doença grave, conhecida por sua cronicidade e complexidade, cuja prevalência na população mundial está atualmente em torno de 2,4%, mas pode chegar a 15,0% se considera todos os espectros da doença. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o TAB acomete aproximadamente 30 milhões de pessoas em todo o mundo, ocupando o sexto lugar na lista das principais causas de

incapacitação (WHO, 2011; APA, 2014; BOTEGA, 2014; CLEMENTE et al., 2015; DELL'AGLIO JR et al., 2013).

Caracterizado pela ocorrência de alterações graves de humor, o TAB envolve oscilação entre períodos de humor elevado e de depressão intercalados por períodos de remissão, e estão associados a sintomas cognitivos, físicos e comportamentais específicos (ANDERSON; HADDAD; SCOTT, 2012; GOODWIN, 2012). De acordo com o DSM-5, o TAB é dividido em dois tipos principais: o Tipo I, em que se verifica a ocorrência de pelo menos um episódio maníaco, que pode ter sido precedido ou sucedido de episódios hipomaníacos ou depressivos (mania), e o Tipo II, em que a elevação do humor é mais branda, constituído por um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco (hipomania).

Há também o tipo “misto” que se aplica aos estados em que ocorre concomitante sintomas de mania e depressão. E por fim, o tipo “ciclotímico” caracterizado pela alternância entre períodos hipomaníacos e depressivos ao longo de pelo menos dois anos em adultos (ou um ano em crianças) sem, entretanto, atender os critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior. O DSM-5 ainda inclui a categoria “outro Transtorno Bipolar e transtorno relacionado especificado” para classificar quadros atípicos, marcados pela ocorrência de sintomas que não preenchem os critérios de duração e frequência mínimos para caracterizar sequer um episódio de hipomania (APA, 2014).

Já a CID-10 caracteriza o TAB pela presença de dois ou mais episódios em que o humor e o nível de atividade da pessoa estão profundamente perturbados. Assim, o humor em algumas ocasiões está elevado, acompanhado por aumento de atividade e energia (mania ou hipomania). Em outra ocasião, o humor é rebaixado, acompanhado pela redução da energia e da atividade (depressão). A CID-10 ainda considera que o TAB (F31) deva ser classificado de acordo com o tipo do episódio atual, em hipomaníaco, maníaco ou depressivo (OMS, 1993).

Ainda concernente ao TAB, a literatura aponta que o estresse pode atuar como um disparo de novos episódios, estabelecendo a necessidade de gerenciá-lo de uma maneira mais assertiva. A utilização das estratégias de enfrentamento pode desempenhar uma função na modulação relacionada ao estresse e na frequência dos episódios em pacientes com TAB. Consideradas como fundamentais na área de intervenção, tais estratégias ao serem desenvolvidas pelos indivíduos de forma mais assertiva, podem impactar positivamente na redução do adoecimento (BRIDI, 2015).

Há considerável número de estudos que investigam a relação entre o Estresse precoce e o TAB, evidenciando este tipo de estresse como fator relacionado ao desenvolvimento deste transtorno na vida adulta (JAWORSKA-ANDRYSZEWSKA et al., 2016; SOARES et al.,

2017). Porém, há carência de estudos que ampliem as investigações científicas neste contexto. Principalmente, se considerada sua relação com sintomas do humor, ideação suicida e estratégias de enfrentamento.

Diante o exposto, este estudo parte da inferência de que pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, que sofreram ou não Estresse precoce, possuem diferenciação quanto ao agravamento de sintomas do humor, intensidade de ideação suicida, bem como, na utilização das estratégias de enfrentamento para lidar com as situações conflitantes.

O presente estudo poderá contribuir para ampliar a compreensão sobre a relação entre o Estresse precoce e variáveis convergentes em pacientes com TAB, de forma a trazer subsídios para o direcionamento da assistência em saúde mental, tanto no campo intervencionista, como no preventivo.

Referencial Teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fisiologia do estresse

A resposta fisiológica ao estresse, seja ele causado por um evento físico ou psicológico, é um mecanismo protetor e adaptativo para manter a homeostase do organismo. No cérebro, o estresse é responsável por desencadear uma série de processos neurológicos e hormonais (SANTOS, 2014). Um evento estressor pode ser capaz de romper a homeostase do organismo, resultando em processos patológicos (SMELTZER et al., 2009; JANSEN et al., 2013).

Evidências apontam que o sistema nervoso autônomo (SNA) e o eixo hipotálamo-hipófise- adrenal- HPA (do inglês – *hypothalamic-pituitary-adrenal axis*), são responsáveis por mediar a resposta ao estresse, com ações complementares através de todo o organismo (GUYTON; HALL, 2011; MCEWEN et al., 2012; ZUARDI, 2014).

Diante de situações de estresse, o SNA desencadeia uma resposta imediata. Suas duas partes, sistema nervoso simpático e sistema nervoso parassimpático, provocam alterações fisiológicas rápidas, por meio da inervação dos órgãos alvos (ZUARDI, 2014). Como exemplo, temos a influência da inervação simpática que em segundos pode elevar a frequência cardíaca e a pressão arterial através da liberação de noradrenalina, inicialmente nas terminações dos nervos simpáticos e adrenalina pela estimulação simpática das células da medula da glândula adrenal. Porém, com o reflexo do sistema nervoso parassimpático, a excitação do SNA diminui rapidamente, resultando em respostas de curta duração (Figura 2) (GUYTON; HALL, 2011; MCEWEN et al., 2012; ZUARDI, 2014).

Do mesmo modo, o eixo HPA também é ativado perante uma situação de estresse, que resulta na elevação dos níveis de glicocorticoides circulantes. Sua atividade é então conduzida pela secreção do hormônio liberador de corticotropina (CRH) pelo hipotálamo. A liberação desse hormônio irá ativar a secreção do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), que por sua vez irá atuar no córtex da glândula adrenal iniciando a síntese e liberação de glicocorticoides, como, por exemplo, o cortisol (GUYTON; HALL, 2011; MCEWEN et al., 2012; ZUARDI, 2014). Como mostra a figura 2:

Figura 2 - SNA e o eixo HPA, sistemas responsáveis pela resposta ao estresse

Fonte: ZUARDI, 2014.

O cortisol estimula um potente efeito sobre o metabolismo sistêmico, mas principalmente atua em *feedback* negativo no eixo HPA, sendo responsável pela inibição negativa da secreção do ACTH pela pituitária e do HLC a partir do hipotálamo (BAINS; CUSULIN; INOUE, 2015). De tal modo, o efeito retro alimentador negativo do cortisol atua sobre o hipotálamo diminuindo a secreção do CRH, e sobre a adenohipófise, reduzindo a secreção do ACTH. Essa forma de ação auxilia no controle e na regulação da sua concentração circulante (GUEST et al., 2013).

Entre os principais efeitos do cortisol, destaca-se a capacidade de regulação do metabolismo energético. Sua principal consequência é a gliconeogênese (síntese de glicose), com o aumento da glicose circulante para defesa do organismo como resposta ao estresse (GUYTON; HALL, 2011; MCEWEN et al., 2012; ZUARDI, 2014).

Porém, no estresse crônico quando ocorre hiperativação do eixo HPA, há o aumento de cortisol circulante, consequentemente os neurônios hipocâmpais entram em processo de

degeneração e as eferências inibitórias do funcionamento do eixo HPA deixam de existir. O estresse crônico facilita as respostas de ACTH e cortisol a novos estressores e induzem a maior liberação de noradrenalina (ZUARDI, 2014; GUEST et al., 2013).

Assim, caso o cortisol não consiga atuar como *feedback* negativo, a hiperativação do eixo HPA pode prejudicar todo o organismo. Essa hiperativação do eixo HPA, causa uma resposta elevada ao estresse, podendo ocasionar adoecimento ao indivíduo (JURUENA; CLEARE; PARIANTE, 2004).

2.2 Estresse precoce e suas consequências

O Estresse precoce tem se tornado um fenômeno complexo e multifatorial, sendo considerado um problema de saúde pública por produzir desequilíbrio persistente que pode influenciar o desenvolvimento de psicopatologias na fase adulta (APA, 2016; HILLIS et al., 2016). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2015 um bilhão de crianças sofreram traumas físicos, sexuais ou psicológicos em todo o mundo, sendo o adoecimento físico e mental consequências recorrentes (HILLIS et al., 2016; WHO, 2016).

A literatura cita várias classificações de Estresse precoce, conhecido também como trauma na infância, mas, para fins desse estudo, foi adotada a classificação proposta por Bernstein et al., (2003), idealizador do instrumento de mensuração *Childhood Trauma Questionnaire*, utilizado nesse estudo. Bernstein e colaboradores (2003) nomeiam as diferentes experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência como Estresse precoce, e as divide em cinco subtipos: abuso emocional, físico e sexual, negligência emocional e física. Tais experiências podem ser caracterizadas como:

- **Abuso emocional:** Abuso verbal que afeta o bem-estar ou moral, ou qualquer conduta que diminua, embaraça, amedronta ou isole, tais como: culpar, ridicularizar, depreciar, ameaçar, amedrontar, discriminar, hostilizar, provocar ou rejeitar;
- **Abuso físico:** Agressão física cometida por alguém mais velho, com risco de lesão em geral, colocando em risco a saúde e o desenvolvimento físico da criança ou adolescente, tais como: bater, queimar, morder, torcer, chutar, envenenar, engasgar, estrangular, empurrar, beliscar, sacudir, atirar objetos, afogar ou cortar;
- **Abuso sexual:** Qualquer tipo de conduta sexual praticada por adulto ou adolescente mais velho envolvendo a criança em algo que ela não está mental ou emocionalmente preparada, ou não compreende totalmente, ou que ultrapasse as leis ou moral social,

tais como: perguntar, pressionar ou induzir a criança para qualquer atividade sexual, expor genitais para a criança para satisfazer seu próprio desejo ou intimidar ou usar a criança para fins pornográficos;

- **Negligência emocional:** Padrão de falha do cuidador em prover as necessidades básicas emocionais e psicológicas; como amor, atenção, motivação, encorajamento e suporte emocional, intencionalmente ou não, tais como: não segurar ou confortar o bebê, não interagir com a criança, ignorar as necessidades da criança de afeto, não contemplar os sucessos da criança;
- **Negligência física:** Falha do cuidador em prover as necessidades básicas, como um lar ou abrigo, segurança física, vestimentas adequadas ao clima, supervisão, alimentação adequada e saúde, tais como: deixar a criança manipular o fogão sozinha, deixar a criança como cuidadora de outra criança menor, não levar a criança ao médico quando necessário.

Ademais, o Estresse precoce pode trazer consequências neurobiológicas e neuroendocrinológicas no indivíduo, gerando maior vulnerabilidade no desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta (JURUENA, 2013; LI; D'ARCY; MENG, 2016; CATALAN et al., 2017; ISVORANU et al., 2017), como mostra na figura 3.

Figura 3 - Modelo do limiar de vulnerabilidade para o desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos relacionados ao estresse

Fonte: Adaptado de Juruena, 2007.

Evidências apontam ainda que indivíduos que vivenciaram Estresse precoce poderão apresentar sintomas tanto internalizantes, como: ansiedade, depressão e somatização; quanto externalizantes como: comportamento desafiador, impulsividade, agressão e hiperatividade,

favorecendo conflitos com o ambiente (BENETTI et al., 2014; APA, 2014; HILDEBRAND et al., 2015).

Contudo, sabe-se que nem todos os indivíduos expostos ao Estresse precoce irão desenvolver algum transtorno mental. Mas, quando tal ocorrência é reforçada por outros fatores biopsicossociais, pode haver maior susceptibilidade ao adoecimento (JURUENA, 2007; MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN; JURUENA, 2017).

Em relação ao TAB, alguns estudos têm relacionado especificamente o Estresse precoce ao desenvolvimento da doença na vida adulta. A maior parte dos resultados aponta para uma associação entre Estresse precoce e o TAB (JAWORSKA-ANDRYSZEWSKA et al., 2016; SOARES et al., 2017). Ademais, a incidência de Estresse precoce tem sido mais frequente e severa em comparação com controles saudáveis, com uma alta presença de abuso emocional e negligência nesses pacientes (FOWKE; ROSS; ASHCROFT, 2012; POLETI et al., 2017).

De tal modo, o Estresse precoce é capaz de modular a expressão clínica e o curso do TAB, aumentando a vulnerabilidade dos sintomas durante seu desenvolvimento sendo considerado um elevado fator de risco para o início prévio, bem como a cronicidade da doença (LARSSON et al., 2013; GOMES, 2015).

Um estudo recente, realizado na Polônia, comparou a incidência do Estresse precoce entre pacientes com TAB e grupos controle. Nesse estudo foram incluídos 52 pacientes com TAB, hospitalizadas no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Ciências Médicas de Poznań e 52 indivíduos saudáveis como controle. Os resultados mostraram que em comparação com o grupo controle, os pacientes com TAB apresentaram maiores índices de abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional, negligência física. E também experimentaram com mais frequência eventos negativos da infância como: alcoolismo, doenças psiquiátricas e suicídio na família, abandono parental, divórcio, morte e separação prolongada (JAWORSKA-ANDRYSZEWSKA et al., 2016).

Corroborando com tais achados, estudo realizado na Inglaterra com 60 pacientes com TAB e 55 controle, mostrou uma forte associação entre o Estresse precoce e o TAB. Todas as pontuações das subescalas do CTQ foram significativamente maiores nestes pacientes em comparação com controles (WATSON et al., 2014).

Soares e colaboradores (2017), em um estudo realizado no México, com 59 pacientes pediátricos com TAB mostrou relação entre Estresse precoce, hostilidade, impulsividade e labilidade afetiva. Ressaltando que os meninos apresentaram mais comportamentos de externalização (comportamentos suicidas e agressivos, e maior sensibilidade ao castigo) quando

comparado as meninas. Segundo os autores, futuras e extensas investigações longitudinais são necessárias para determinar se os comportamentos de externalização aparecem mais tarde nas meninas e na medida em que afetam a gravidade da doença ao longo do tempo.

Confirmando a prevalência do Estresse precoce em pacientes com TAB, Barbosa (2016) em um estudo brasileiro, com uma amostra populacional de indivíduos com idade entre 14-35 anos, na área urbana de Pelotas/RS, buscou verificar a relação entre Estresse precoce e risco de suicídio; e reforçar a relação entre o Estresse precoce e o desenvolvimento de Transtornos de Humor (Depressão e TAB) na vida adulta. Os resultados apontaram que o risco de suicídio esteve associado a todos os subtipos de Estresse precoce, principalmente, ao abuso emocional. Além disso, evidenciou-se a relação entre Estresse precoce e os Transtornos de Humor na amostra.

Com relação ao Estresse precoce e as condições clínicas em pacientes com TAB, pesquisadores ingleses, em uma revisão sistemática e meta-análise ao investigar a associação entre Estresse precoce, características clínicas e curso da doença no TAB, observaram que os pacientes com TAB e história desse estresse apresentaram: maior gravidade da mania (seis estudos, 780 participantes), maior gravidade da depressão (oito estudos, 1007 participantes), maior gravidade da psicose (sete estudos, 1494 participantes), abuso de álcool (oito estudos, 5040 participantes), início precoce do TAB (14 estudos, 5733 participantes), maior risco de ciclagem rápida (oito estudos, 3010 participantes), maior número de episódios maníacos (sete estudos, 3909 participantes), maior número de episódios depressivos (oito estudos, 4025 participantes) e maiores risco de tentativa de suicídio (13 estudos, 3422 participantes) maior risco de comorbidades, tais como: Transtorno de Estresse Pós-Traumático (oito estudos, 2494 participantes), Transtornos de Ansiedade (sete estudos, 5091 participantes), Transtornos de uso indevido de Substâncias (11 estudos, 5469 participantes), em comparação com aqueles indivíduos com TAB e sem Estresse precoce. Assim, conclui-se que a ocorrência desse estresse em pacientes com TAB está relacionada a características clínicas desfavoráveis no curso de doença (AGNEW-BLAIS; DANESE, 2016).

Quanto as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes que sofreram Estresse precoce, Reinert e colaboradores (2016), com o objetivo de determinar o papel do envolvimento religioso na redução do impacto negativo do Estresse precoce na saúde mental e física de sobreviventes adultos, realizaram uma análise de dados autorrelatados com 10.283 homens e mulheres adventistas do sétimo dia nos EUA e Canadá. Os resultados apontaram para a existência de uma elevada prevalência de Estresse precoce entre a amostra de adventistas,

apesar do alto nível de educação e do alto envolvimento religioso. Além disso, esse estresse teve um efeito negativamente significativo na saúde física e mental.

Zatti (2017), em um estudo brasileiro realizado em um Hospital no Rio Grande do Sul, buscou identificar entre outras coisas a relação entre a ocorrência de Estresse precoce, em adultos sobreviventes de suicídio e apoio social em comparação a controles. Trata-se de um estudo de caso-controle (28 casos; 56 controles) que evidenciou a rede de apoio, como importante estratégia de enfrentamento, principalmente, no grupo controle que apresentou maior suporte social e maior probabilidade de serem mais ativos e interativos com o meio em que vivem.

Diante o exposto, considerada a relação do Estresse precoce como fator preditor para o surgimento dos transtornos mentais, especificamente o TAB, faz se necessário a análise detalhada sobre o processo, a fim de ampliar as possibilidades terapêuticas aos indivíduos que sofreram uma infância/ adolescência dolorosa.

2.3 Estratégias de enfrentamento

A maneira como os indivíduos gerenciam os eventos estressores e circunstâncias da vida tem sido foco de investigação e estudos, principalmente na área da saúde mental, buscando formas de auxiliar os pacientes no manejo de eventos e agravos decorrentes de transtornos mentais (BRIDI, 2015).

Diante de situações geradoras de estresse, os indivíduos apresentam diferentes formas de reação e essas respostas desde a ancestralidade, foram desenvolvidas a fim de preparar o indivíduo para “lutar ou fugir” (CANNON, 1927) de ameaças, necessárias para sobreviver.

Para poder dominar estas situações e adaptarem-se a elas, os indivíduos desenvolvem habilidades denominadas de enfrentamento, conhecidas também como *coping*. O enfrentamento (*coping*) refere-se ao conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos, para adaptar-se e enfrentar situações de estresse (BRIDI, 2015). Assim, sugere-se que toda situação possui um significado específico a cada indivíduo e que as estratégias de enfrentamento dependem da avaliação cognitiva, categorização e análise dos eventos e da qualidade e intensidade de cada reação emocional (GUIDO, 2003).

Quanto à classificação, as estratégias de enfrentamento são divididas em duas categorias básicas, que podem atuar de forma simultânea e complementar, a primeira refere-se às estratégias focalizadas no problema e a segunda focalizada na emoção. Na primeira o indivíduo busca conhecer o agente estressor e tenta de algum modo modificá-lo ou evitá-lo

no futuro. Já na segunda, procura diminuir a aflição que o estímulo determina, mesmo que a situação estressante não possa ser modificada. Além destas estratégias de enfrentamento fundamentais, há inúmeras outras das quais destaca-se: a busca pelo suporte social e por práticas religiosas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; VITALIANO et al., 1985; SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

Para Lazarus e Folkman (1986), as estratégias de enfrentamento podem também ter impactos positivos ou negativos. Como exemplo, podemos citar uma pessoa em estado de ansiedade e optar por comer de maneira descompensada ou utilizar técnicas de relaxamento. Ambas as estratégias reduzem o estado de ansiedade, no entanto, a última é considerada como estratégia saudável. Assim, as estratégias selecionadas pelo indivíduo tanto podem incluir respostas efetivamente positivas sobre o estressor, como respostas negativas para a saúde e o bem-estar do próprio indivíduo (UMANN et al., 2014).

Deste modo, o reconhecimento das estratégias de enfrentamento como preditor de vulnerabilidade, poderá auxiliar nos esforços para lidar com situações geradoras de estresse e consequentemente promover o estadiamento de doenças, ao definir indivíduos como população de risco (MARTINS et al., 2012).

Considerando que as estratégias de enfrentamento podem interferir no curso do TAB, é importante investigar a maneira como estes indivíduos utilizam tais estratégias e maneiras de ajudá-los a identificar e desenvolver estratégias mais assertivas.

2.4 Comportamento suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal, considerado como um importante problema de saúde pública (VIDAL; GONTIJO, 2013). Estimativas indicam que, em 2020, poderá ocorrer uma morte por suicídio a cada vinte segundos e uma tentativa a cada um ou dois segundos (WHO, 2014). Percebe-se ainda, um crescimento de 60,0% na taxa de suicídio nos últimos anos, mostrando que diariamente cerca de 60 mil pessoas tentam o suicídio e três mil cometem suicídio. Sendo que o número de vidas perdidas desta forma, a cada ano, ultrapassa o número de mortes decorrentes de homicídio e guerra combinados. Além disso, cada suicídio tem um sério impacto na vida de pelo menos outras seis pessoas (WHO, 2011; WHO, 2014).

Atualmente, o Brasil ocupa a oitava posição mundial em número absoluto de suicídios. Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2011 e 2016, foram registradas 65.804 mortes, classificadas nessa categoria, perfazendo uma média de 11 mil suicídios por ano (WHO, 2014, 2017). Além disso, o Plano

Nacional de Prevenção do Suicídio ainda possui aplicabilidade limitada, devido à dificuldade de identificar essa demanda para estabelecer a produção do cuidado como preconizado (FÉLIX et al., 2016).

De modo mais amplo, podemos citar o comportamento suicida que engloba o suicídio (processo de morte auto infligida), a tentativa de suicídio (comportamento auto agressivo sem evolução fatal) e a ideação suicida (pensar em acabar com a própria vida) (OLIVEIRA et al., 2016).

Dentro do comportamento suicida, Azevedo e Matos (2014), compreendem a ideação suicida, como desde o desejo até o método para cometer o suicídio, englobando pensamentos acerca de autodestruição, que incluem a ideia de que a vida não vale apenas ser vivida, bem como planos específicos para lhe por fim.

São diversos os fatores de risco para o comportamento suicida, que requerem compreensão num complexo paradigma biopsicossocial. Devido a sua multifatorialidade, o comportamento suicida pode estar ligado a fatores biológicos e psicológicos associados ao contexto socioeconômico (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTECA, 2012; GONÇALVES et al., 2014).

Dentre estes fatores, destacam-se os transtornos mentais os quais estão presentes em mais de 90% daqueles que cometem suicídio, sendo observada uma alta frequência de casos de suicídio ou tentativa entre os portadores de TAB (NERY-FERNANDES; MIRANDA-SCIPPA, 2013; BOTECA, 2014; APA, 2014; RUNESON et al., 2016).

Mundialmente, os homens apresentam os maiores índices de suicídio, porém o maior número de tentativas é observado no gênero feminino, possivelmente, devido ao fato de os homens, geralmente, serem mais impulsivos e utilizarem métodos mais letais durante a tentativa de suicídio (CABRAL; PENDLOSKI, 2016; BOTTI et al., 2018).

Estudos realizados no Brasil confirmam essa tendência, sendo apontados à ocorrência de suicídios entre homens em uma proporção de 3:1, quando comparados às mulheres, relação que se modifica quanto às tentativas de suicídio, em que se evidenciam a maior proporção entre as mulheres com taxa de três vezes maior do que os homens (NERY-FERNANDES; MIRANDA-SCIPPA, 2013).

Entre pessoas com TAB, o risco de suicídio é muito mais elevado quando comparados com a população geral e entre aqueles que possuem outros transtornos psiquiátricos, deste modo se faz necessária à compreensão desses fatores para a prevenção do suicídio (NERY-FERNANDES, 2013; DUARTE et al., 2015; BOTTI et al., 2018).

Dentre os estudos associados ao comportamento suicida em pacientes com TAB, Moraes e colaboradores (2013) ao realizar um estudo em um Hospital Universitário, investigou a relação entre características neuropsicológicas e clínicas e o comportamento suicida em pacientes bipolares eutímicos, testando a impulsividade em 95 pacientes eutímicos (42 com tentativas de suicídio) e 155 controles saudáveis. Concluiu-se que a impulsividade por não planejamento é um fator de risco para tentativas de suicídio nesses pacientes.

Vismara e colaboradores (2017) em um estudo internacional realizado na Itália, buscando avaliar quais variáveis sociodemográficas e clínicas se correlacionam com tentativas de suicídio em pacientes com TAB, recrutou uma amostra de 362 pacientes, divididos em dois grupos, em relação à presença de uma tentativa prévia de suicídio. Os resultados mostraram que 28,4% dos pacientes analisados já tiveram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida. Entre eles, a presença de sintomas depressivos, o maior número de internações psiquiátricas e as comorbidades foram significativamente associados à tentativa de suicídio.

Diante destes dados, se faz necessário outros estudos sobre a temática, buscando delinear como as relações apontadas ocorrem, ampliar a compreensão do comportamento suicida em pacientes com TAB, visando adotar estratégias adequadas para prevenção do suicídio em pacientes de maior risco.

Justificativa do Estudo

3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O Estresse precoce pode ocasionar graves consequências. Entre pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar sua ocorrência ainda carece de ser avaliada em estudos ampliados que contemplem sua complexidade de maneira mais abrangente, considerando fatores pessoais, ambientais e psicossociais. Deste modo, este estudo teve por finalidade investigar e ampliar a compreensão da relação entre o Estresse precoce, sintomas do humor (depressão e mania), estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com TAB. Pretende-se realizar ampla divulgação e discussão dos resultados em eventos científicos bem como junto a serviços de saúde e encontros com a comunidade, contribuindo assim para reflexão e desenvolvimento de formas de prevenção de agravos à saúde desta clientela.

Objetivos e Hipóteses

4 OBJETIVOS E HIPÓTESE

4.1 Objetivo geral

Avaliar a relação entre Estresse precoce, sintomas de depressão, mania, estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas e condições de clínicas entre pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar;
- Avaliar a ocorrência de Estresse precoce, gravidade de sintomas de depressão e mania;
- Testar a intensidade de ideação suicida;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas entre os pacientes com TAB;
- Testar a associação entre a ocorrência de Estresse precoce e a gravidade de sintomas de depressão e mania;
- Testar a correlação entre a ocorrência de Estresse precoce e a intensidade de ideação suicida;
- Testar a associação entre o Estresse precoce e as estratégias de enfrentamento;
- Testar o impacto do Estresse precoce como preditor de sintomas de depressão, mania, estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com TAB.

4.3 Hipótese

H0 (nula): Estresse precoce não está relacionado com sintomas do humor (depressão e mania), estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar.

H1: Ter tido Estresse precoce está relacionado com maior gravidade dos sintomas do humor (depressão e mania), diferenciação quanto as estratégias de enfrentamento e intensidade de ideação suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar.

5 MÉTODOS

5.1 Delineamento da pesquisa

Este é um estudo analítico-exploratório, de corte transversal, de abordagem quantitativa. O método exploratório tem como objetivo a construção de hipóteses ou a maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito (GIL, 2007).

No estudo transversal os dados são coletados em um único ponto temporal e os fenômenos estudados são contemplados durante o período de coleta de dados (POLIT; HUNGLER, 2011).

A abordagem quantitativa envolve a coleta sistemática de informações numéricas mediante condições de controle, possibilita a análise panorâmica das informações e a utilização confiável de procedimentos estatísticos (POLIT; HUNGLER, 2011). Considera o que pode quantificar, ou seja, traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

5.2 Local de estudo

Esse estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) no interior de São Paulo - SP, Brasil. Trata-se de um serviço público, aberto à comunidade, caracterizado pela assistência diária aos portadores de sofrimento mental em regime de acolhimento, semi-internação e pós alta, sendo responsável por promover, a partir da prestação de serviços de saúde mental e do acompanhamento social, o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos usuários, reintegrando-os a vida social e a convivência familiar (BRASIL, 2004).

Diferenciando-se pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, os CAPS se dividem em cinco modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Dentre essas modalidades, o CAPS III (local deste estudo) é o único que funciona 24 horas, diariamente, incluindo feriados.

O CAPS conta com o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que pode ser compreendido como uma tecnologia para a gestão do cuidado. Que possibilita uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada entre a pessoa em sofrimento mental, seu técnico de referência e demais profissionais de acordo com as suas necessidades e demandas (GRIOLO et al. 2015). Assim, por meio da construção de PTS, o serviço pode atuar positivamente no curso

de vida dos pacientes, se tornando fonte de mediação e apoio para a garantia da autonomia dos sujeitos.

5.3 Amostragem

O procedimento da amostragem foi por conveniência não probabilística. A amostragem por conveniência é aquela em que pesquisador seleciona membros da população mais acessível. Na amostra não probabilística, a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende de partes do julgamento do pesquisador ou do entrevistador de campo (POLIT; HUNGLER, 2011).

A amostra foi composta por 50 pacientes com TAB, convidados a participar do estudo durante a coleta de dados que teve duração de 3 meses (setembro a dezembro de 2017). Durante o período da coleta, foi solicitada ao serviço uma relação com o nome completo dos pacientes diagnosticados com TAB cadastrados. De posse dessa lista, foram realizadas três tentativas de contato telefônico com todos pacientes, dando a eles a mesma chance para participarem do estudo. Houve nove recusas, devido a ausência de interesse em participar do estudo. Houve também quinze desistências, ou seja, ausências no dia marcado para a entrevista. Foi realizado nova tentativa de contato telefônico com estes pacientes, agendando nova data, porém mesmo assim, se ausentaram no dia marcado, o que implicou em desistência. Ademais, setenta e seis pacientes não foram localizados, pois os telefones encontravam-se desligados ou pertencentes a outra pessoa. Por fim, a amostra foi constituída por 50 voluntários.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão, considerou-se: pacientes com idade superior a 18 anos, diagnosticados com TAB, de acordo com o DSM-IV (confirmado através da aplicação da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional–MINI-Plus), podendo ou não apresentar comorbidades psiquiátricas, associadas ao diagnóstico principal.

Quanto aos critérios de exclusão, considerou-se aqueles com presença de transtorno mental causado por uma condição médica geral ou resultante do efeito fisiológico direto de uma substância, paciente em surto psicótico agudo, déficits cognitivos ou retardo mental, de acordo com a MINI.

5.5 Questões Éticas

Considerando os aspectos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012), o presente estudo foi aprovado pelo serviço para sua realização, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da EERP, sendo aprovado com o protocolo CAAE: 70136117.6.0000.5393 (Anexo A), além de ter recebido autorização da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto (Anexo B). Todos os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, os seus direitos e os cuidados a eles garantidos. Após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), e receberam uma cópia deste termo também assinado pela pesquisadora responsável. A participação na pesquisa foi voluntária e todos os direitos quanto ao sigilo, confidencialidade, livre arbítrio e segurança foram garantidos aos participantes. A coleta de dados ocorreu após a explicação detalhada do trabalho ao participante e sua assinatura do TCLE.

Os riscos que o estudo poderia acarretar ao participante estariam relacionados às questões presentes nos instrumentos. Caso o participante se sentisse constrangido(a), triste ou sensível por causa das perguntas, o pesquisador acolheria a demanda, avaliaria e auxiliaria a buscar a melhor solução possível, inclusive a buscar suporte profissional se necessário. Indiretamente, os participantes poderão se beneficiar de avanços gerados pelos resultados do estudo, por meio da elaboração de programas de intervenção mais efetivos que visem à melhoria de ações relacionadas aos pacientes com TAB.

5.6 Procedimentos

5.6.1 Recrutamento e coleta de dados

A época deste estudo, o serviço atendia cerca 3.000 pacientes, sendo que destes aproximadamente 150 eram diagnosticados com TAB. Os participantes do estudo foram identificados por meio da lista de pacientes diagnosticados com TAB cadastrados no serviço. De posse destas listas, os pacientes foram contactados por telefone. O convite e a coleta de dados ocorreram durante três meses e as entrevistas realizadas individualmente, com cada paciente, numa sala reservada no serviço, em um único encontro para aplicação dos instrumentos (questionário sociodemográfico, escalas psicométricas). O tempo de coleta foi de aproximadamente uma hora, foi aplicado a Mini entrevista psiquiátrica para confirmação

diagnóstica (critério de inclusão/ exclusão) e em seguida as escala de depressão e de mania, os demais instrumentos foram entregues para serem respondidos no mesmo momento. Foi acordado com o participante que caso surgissem dúvidas no preenchimento, a pesquisadora ficaria à disposição para tais esclarecimentos.

5.6.2 Instrumentos para a coleta de dados

5.6.2.1 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - MINI Plus (Anexo C)

Elaborado por Sheehan et al. (1998), o instrumento é uma entrevista diagnóstica estruturada detalhada e padronizada, seus critérios são compatíveis com os do DSM-IV e da CID-10. Existe uma versão MINI, porém para este estudo utilizaremos a versão MINI-Plus por esta se destinar à avaliação aprofundada dos transtornos mentais na clínica e na pesquisa em psiquiatria. O MINI-Plus explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e exclusão e a cronologia de 23 categorias de diagnósticos do DSM-IV (AMORIM, 2000). Foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida, constituída de duas versões para responder aos objetivos diagnósticos específicos de diferentes contextos de utilização. Está habilitado a ser aplicado em pesquisas na área de saúde mental, em psiquiatria e na prática clínica. Este instrumento não possui ponto de corte, apresenta confiabilidade e validade globalmente satisfatória, além das qualidades psicométricas (AMORIM, 2000). Neste estudo foi utilizada a Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini-International Neuropsychiatric Interview - MINI Plus*), na versão brasileira 5.0.0, traduzida e adaptada para o português por Amorim (2000). A confiabilidade do instrumento na validação para a língua portuguesa foi de 0,75.

5.6.2.2 Questionário sociodemográfico, de condições clínicas (Apêndice B)

Elaborado pela pesquisadora, o questionário é composto por questões fechadas e abertas: sexo, data de nascimento, escolaridade, situação conjugal, profissão, renda, com quem mora, religião, cor da pele, se pratica atividade física, se já teve tentativa de suicídio, início da primeira crise, qual tipo da primeira crise, internações prévias, se apresenta algum problema de saúde, se faz ou fez algum tratamento terapêutico e antecedentes familiares.

5.6.2.3 Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton - HAM-D (Anexo D)

Escala elaborada por Fleck et al. (1995), é considerada como padrão ouro na avaliação de gravidade da depressão e usada comparativamente com novas escalas de avaliação a fim de verificar a confiabilidade destas (GORENSTEIN; MORENO, 2011). A HAM-D é utilizada para avaliação e quantificação da sintomatologia depressiva em pacientes portadores de transtorno do humor, não se recomenda seu uso para outros tipos de pacientes e tampouco como instrumento diagnóstico para identificar depressão. Nesta escala, os aspectos cognitivos e somáticos totalizam mais de 50,0% do escore total possível, enquanto 16,0% estão associados aos sintomas ansiosos. A categoria humor representa apenas 8,0%. Por enfatizar sintomas somáticos, a HAM-D é particularmente sensível a mudanças vivenciadas por pacientes gravemente deprimidos. Por outro lado, a presença de doenças físicas pode distorcer as conclusões, uma vez que a melhora dos sintomas relacionados à doença pode ser confundida com a melhora do episódio depressivo (GORENSTEIN; MORENO, 2011).

Esta escala possui três versões de 17 a 21 itens, ou ainda de 24 itens (os três tópicos adicionais são desamparo, desesperança e desvalia). Neste estudo foi utilizada a versão de 17 itens da HAM-D que teve sua validade de construto testada por Fleck et al. (1995). Os itens são avaliados de acordo com a intensidade e a frequência dentro de um período determinado de dias, variando de a pontuação de 0 a 2 ou de 0 a 4. Embora o autor não tenha proposto um ponto de corte, na prática se aceita que escores acima de 25 pontos identificam pacientes gravemente deprimidos; entre 18 e 24 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; e entre 7 e 17, pacientes levemente deprimidos (MORENO; MORENO, 1998). Neste estudo, escores menores que 7 foram considerados pacientes sem sintomas de depressão. A confiabilidade do instrumento na validação para a língua portuguesa foi de 0,66 e 0,78.

5.6.2.4 Escala de Mania – YOUNG (Anexo E)

Escala elaborada por YOUNG et al. (1978), sendo o instrumento mais amplamente utilizado em estudos clínicos controlados com pacientes maníacos (VILELA; LOUREIRO, 2000). Traduzida, adaptada e modificada para a literatura brasileira, sendo denominada Escala de Avaliação de Mania Modificada (VILELA; LOUREIRO, 2000). Entretanto, os autores denominaram-na YOUNG. Constitui-se de 11 itens baseados em sintomas centrais da mania descritos no DSM-IV-TR: (a) humor e afeto elevados; (b) energia e atividade motora elevadas; (c) interesse sexual; (d) sono; (e) irritabilidade; (f) velocidade e quantidade de fala; (g)

linguagem (distúrbio do pensamento); (h) conteúdo do pensamento; (i) comportamento disruptivo agressivo; (j) aparência e (k) insight. Todos os itens são graduados em 5 níveis de gravidade crescente, sendo 7 itens pontuados de 0 a 4 e 4 itens (irritabilidade, velocidade e quantidade de fala, conteúdo do pensamento, comportamento disruptivo agressivo) são pontuados com valores de 0 a 8. Escores menores ou iguais a 12 indicam eutímia e maiores que 12 indicam quadro de mania. A confiabilidade do instrumento na validação para a língua portuguesa foi 0,97.

5.6.2.5 Escala de Ideação Suicida de Beck -BSI (Anexo F)

Escala elaborada por Beck et al. (1979), utilizada para avaliação da gravidade da ideação suicida. É uma das escalas de auto avaliação mais aprofundadas. Traduzida e adaptada para o Brasil, em 2001, por Cunha. A escala BSI aborda o tema do pensamento suicida em pacientes psiquiátricos ambulatoriais adultos. Apresenta recomendações para que o instrumento não sirva como fonte única ou completa de informação sobre o tema, também pelo fato de não identificar simulação, confusão ou mesmo distorção ou omissão de fatos importantes por parte do paciente (CUNHA, 2001). É composta por 21 itens pontuados em escala de 0 a 2, onde seu escore varia de 0-38, de forma que a pontuação total produz um escore de gravidade. Não existe um corte dicotômico para a definição de alto risco, mas as contagens altas indicam um maior risco de ideação suicida e os itens individuais podem ser utilizados como subsídios para ideação suicida ativa, ideação suicida passiva e tentativas de suicídio anteriores. No entanto, é calculada apenas a soma dos pontos para os primeiros 19 itens, não possuindo ponto de corte. A confiabilidade do instrumento na validação para a língua portuguesa foi 0,93.

5.6.2.6 Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Anexo G)

Escala elaborada por Vitaliano et al. (1985), é concebida com base no modelo interativo do estresse, que permite mensurar estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos (SEIDL; TROCOLLI; ZANNON, 2001). A versão original é composta por 57 itens, distribuídos em 5 fatores. Foi adaptada para o contexto brasileiro por Gimenes (1997) e validada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). A escala validada é composta por 45 itens, distribuídos em 4 fatores: fator 1- enfrentamento focalizado no problema (18 itens); fator 2- enfrentamento focalizado na emoção (15 itens); fator 3- busca de suporte social (5 itens); e fator 4- busca de práticas religiosas (7 itens). As alternativas de respostas estão dispostas em escala do tipo Likert

de cinco pontos. Deste modo, o escore total é obtido pela média aritmética e, quanto mais alto o escore, maior a frequência de utilização da estratégia de enfrentamento. As subescalas são avaliadas separadamente, não havendo um escore global (SEIDL; TRÓCOLLI; ZANNON, 2001). A confiabilidade do instrumento na validação para a língua portuguesa foi de 0,85.

5.6.2.7 *Childhood Trauma Questionnaire* – CTQ (Anexo H)

Escala elaborada por Bernstein e colaboradores em 1994, é utilizada para medir o Estresse precoce. Trata-se de uma entrevista retrospectiva, autoadministrada, que investiga história de abuso e negligência durante a infância. Atualmente conta com 28 itens que estão divididos em cinco subescalas: abuso físico (5 itens), abuso sexual (5 itens), abuso emocional (5 itens), negligência física (5 itens) e negligência emocional (5 itens). Há ainda três itens que não pontuam em nenhuma das cinco subescalas, pois funcionam como um controle de minimização/negação das respostas (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006). Todos os itens da escala estão classificados em uma escala Likert de cinco pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente).

O cálculo é realizado através do somatório dos pontos obtidos em cada escala. As pontuações podem variar de 5 a 25 para cada tipo de abuso. Para o indivíduo ser classificado com presença de Estresse precoce é necessário que pontue em pelo menos um dos subtipos, escore de moderado-severo ou severo-extremo. A escala foi traduzida e adaptada para o português por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006). A confiabilidade do instrumento na validação para a língua portuguesa foi 0,85.

As classificações da escala estão descritas de acordo com os pontos de corte sugeridos por Bernstein et al. (2003) no quadro a seguir:

Quadro 1 – Classificação dos subtipos de Estresse precoce de acordo com a gravidade.

Subtipos	Não a Mínimo	Leve a Moderado	Moderado a Severo	Severo a 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: Traduzido e adaptado de Bernstein et al., 2003.

5.7 Análise de dados

Para o processamento das respostas, os dados coletados foram codificados e tabulados em uma planilha do Microsoft Windows Excel, em dupla digitação. Após a validação do mesmo, as análises estatísticas foram realizadas nos programas IBM Statistic Package for Social Science (SPSS) versão 25, com suporte de um estatístico. Em todas as análises foi considerado o nível de significância de 5,0% ($\alpha = 0.05$).

Realizou-se estatística descritiva para evidenciar o perfil e as características da amostra, bem como das demais variáveis estudadas, por meio de distribuição de frequências, números absolutos e percentuais, média, mínimo e máximo e desvio padrão.

Os testes de associação entre as variáveis de Estresse precoce com as variáveis das Estratégias de enfrentamento (EMEP), Sintomas de Depressão (HAM), Sintomas de Mania (YOUNG) e de Ideação Suicida (BSI) foi realizado através dos testes Qui-Quadrado de Pearson e o Exato de Fisher. Já para comparar as médias da Escala de Ideação Suicida por Estresse precoce foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

O teste Chi-Quadrado de Cochran-Mantel-Haenzel (CMH) foi utilizado para avaliar a presença de associações entre Estresse precoce e as demais escalas: EMEP, HAM, YOUNG e BSI ajustado pela variável sexo, ou seja, avaliar a existência de associação considerando-se a variável sexo como variável confundidora.

As variáveis independentes do estudo são as Escalas de Modo de Enfrentamento (EMEP) que classifica quanto ao método escolhido (problema, emoção, religião, suporte social), Sintomas de Depressão (Sem sintomas, leve ou moderado) e Sintomas de Mania (Sem sintomas, Com Sintomas) e a de Escala de Ideação Suicida (BSI), avaliada em termos da pontuação total (0 a 38) e Sexo (masculino, feminino). Para a análise de regressão logística foi considerada como variável dependente do estudo a presença de Estresse precoce classificada como Sim ou Não. A partir dos parâmetros estimados do modelo foi calculada a razão de chances (OR) para cada um dos parâmetros estimados.

Resultados

6 RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas e condições de clínicas entre pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar

Participaram do estudo 50 pacientes com TAB, sendo 66,0% mulheres, com idade média de 42,74 anos ($dp \pm 12,3$), variando entre 19 e 62 anos. Com relação a cor da pele autorreferida 72,0% referiu cor branca, 56,0% dos participantes possuíam ensino médio, 44,0% eram casados ou com companheiro fixo, 90,0% moravam com a família e 88,0% tinham religião. A grande maioria referiu não praticar atividade física (84,0%) e além do TAB 56,0% possuía comorbidades.

Outro dado importante é que a maioria dos pacientes (88,0%) referiu não realizar terapia individual e/ou em grupo atualmente e 72,0% nunca fizeram terapia ao longo da vida.

Em relação ao trabalho, 60,0% estavam afastados ou desempregados e 74,0% viviam com renda mensal de 0 a 1 salário mínimo, sendo que para 60,0% dos pacientes a renda familiar era de até de 1 salário mínimo.

Com relação ao histórico familiar os resultados evidenciaram a ocorrência de transtornos psiquiátricos (74,0%), uso de drogas (54,0%), bem como tentativas de suicídio (28,0%) e suicídio de algum membro da família (10,0%).

Entre os pacientes observou-se que 48,0% tiveram tentativas de suicídio e 58,0% passaram por internações psiquiátricas prévias. Conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos pacientes com TAB, com relação a história clínica, histórico familiar de doenças psiquiátricas, abuso de drogas e comportamento suicida, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018, n=50.

Variáveis	Categorias	n(%)
Doenças clínicas no paciente	Sim	28 (56,0)
	Não	22 (44,0)
Internação Psiquiátrica Prévia do paciente	Sim	29 (58,0)
	Não	21 (42,0)
Histórico de tentativa de suicídio do paciente	Sim	24 (48,0)
	Não	26 (52,0)
Histórico Familiar de Transtornos Psiquiátricos	Sim	37 (74,0)
	Não	13 (26,0)
Histórico Familiar de uso de drogas	Sim	27 (54,0)
	Não	23 (46,0)
Histórico Familiar de Tentativas de suicídios	Sim	14 (28,0)
	Não	36 (72,0)
Histórico Familiar de suicídio	Sim	05 (10,0)
	Não	45 (90,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Importante ressaltar que quanto ao surgimento da primeira crise psiquiátrica, 50,0% dos pacientes vivenciaram episódio de mania e 50,0% episódio de depressão. A idade média da primeira crise foi de 27,8 anos ($dp \pm 10,8$), com média de 6 crises ao longo da vida. Somente após 7,0 anos de tratamento em média é que foi confirmado o diagnóstico clínico, sendo a idade média do paciente para o primeiro diagnóstico de TAB igual a 34,68 anos ($dp \pm 11,9$).

6.2 Estresse precoce entre os pacientes com TAB

No total da amostra 68,0% dos pacientes sofreram Estresse precoce. Considerando o subtipo de Estresse precoce observou-se que: 60,0% sofreu Negligência Emocional; 30,0% Abuso Emocional, 30,0% Abuso Físico; 14,0% Abuso Sexual e 6,0% Negligência Física. Considerando que alguns pacientes sofreram mais de um subtipo de Estresse precoce. A tabela 2 mostra os resultados de forma detalhada.

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos pacientes com TAB, conforme o subtipo de Estresse precoce. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.

	Sem Estresse precoce <i>n</i> = 16 (32,0%)		Com Estresse precoce <i>n</i> = 34 (68,0%)		
Subtipos	Mínimo/leve	Leve/moderado	Moderado/severo	Severo/extremo	n (%)
Abuso emocional	24 (48,0)	11 (22,0)	5 (10,0)	10 (20,0)	50 (100,0)
Abuso físico	31 (62,0)	4 (8,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	50 (100,0)
Abuso sexual	40 (80,0)	3 (6,0)	4 (8,0)	3 (6,0)	50 (100,0)
Negligência emocional	11 (22,0)	9 (18,0)	6 (12,0)	24 (48,0)	50 (100,0)
Negligência física.	42 (84,0)	5 (10,0)	0 (0,0)	3 (6,0)	50 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Considerando apenas os pacientes que tiveram Estresse precoce e os subtipos desse estresse, nota-se que a maioria dos pacientes avaliados (68,0%) sofreu dois ou mais subtipos. Conforme representado no gráfico que segue:

Gráfico 1 – Quantidade de subtipos de Estresse precoce em um mesmo paciente, de acordo com o CTQ

Fonte: Dados da pesquisa, 2018. Nota: = 34 (100,0%). Dados apresentados como frequências simples (%)

Uma análise detalhada das respostas dos participantes permite destacar os itens mais relacionados ao Estresse precoce entre os pacientes com TAB. Conforme apresenta-se na tabela 3 que segue.

Pela análise dos itens que compõem o CTQ, é possível verificar que 68,0% dos pacientes alegaram que sempre **“Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei”** (item 26) e 62,0% relataram que sempre **“Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger”** (item 2).

Por outro lado, 92,0% dos pacientes alegaram que nunca **“apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico”** (item 9) e 92,0% também referiram que nunca **“Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo”** (item 21).

Tabela 3 – Distribuição de frequência e porcentagem por itens do CTQ referente às respostas dos pacientes com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018, n= 50

Itens do CTQ	Frequência da situação na vida da pessoa					n (%)
	Nunca	Poucas	Às vezes	Muitas	Sempre	
1. Eu não tive o suficiente para comer.	28(56,0)	2(4,0)	7(14,0)	6(12,0)	7(14,0)	50 (100)
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	4(8,0)	2(4,0)	9(18,0)	4(8,0)	31(62,0)	50 (100)
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.	30(60,0)	2(4,0)	13(26,0)	3(6,0)	2(4,0)	50 (100)
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	36(72,0)	4(8,0)	5(10,0)	3(6,0)	2(4,0)	50 (100)
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	7(14,0)	5(10,0)	11(22,0)	8(16,0)	19(38,0)	50 (100)
6. Eu tive que usar roupas sujas.	42(84,0)	2(4,0)	1(2,0)	2(4,0)	3(6,0)	50 (100)
7. Eu me senti amado (a).	9(18,0)	7(14,0)	5(10,0)	10(20,0)	19(38,0)	50 (100)
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	36(72,0)	3(6,0)	4(8,0)	2(4,0)	5(10,0)	50 (100)
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	46(92,0)	1(2,0)	1(2,0)	1(2,0)	1(2,0)	50 (100)
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	31(62,0)	5(10,0)	7(14,0)	5(10,0)	2(4,0)	50 (100)
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	23(46,0)	7(14,0)	8(16,0)	9(18,0)	3(6,0)	50 (100)
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	13(26,0)	4(8,0)	8(16,0)	4(8,0)	21(42,0)	50 (100)
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	24(48,0)	3(6,0)	13(26,0)	6(12,0)	4(8,0)	50 (100)
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	34(68,0)	5(10,0)	6(12,0)	2(4,0)	3(6,0)	50 (100)
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	43(86,0)	3(6,0)	2(4,0)	2(4,0)	0(0,0)	50 (100)
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	32(64,0)	4(8,0)	7(14,0)	4(8,0)	3(6,0)	50 (100)
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	14(28,0)	4(8,0)	4(8,0)	6(12,0)	22(44,0)	50 (100)
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	40(80,0)	5(10,0)	3(6,0)	0(0,0)	2(4,0)	50 (100)
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	46(92,0)	0(0,00)	3(6,0)	0(0,0)	1(2,0)	50 (100)
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	45(90,0)	2(4,0)	2(4,0)	0(0,0)	1(2,0)	50 (100)
24. Alguém me molestou.	45(90,0)	2(4,0)	0(0,0)	2(4,0)	1(2,0)	50 (100)
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	24(48,0)	5(10,0)	4(8,0)	11(22,0)	6(12,0)	50 (100)
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	7(14,0)	1(2,0)	5(10,0)	3(6,0)	34(68,0)	50 (100)
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	45(90,0)	3(6,0)	0(0,0)	2(4,0)	0(0,0)	50 (100)
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	24(48,0)	8(16,0)	7(14,0)	5(10,0)	6(12,0)	50 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quando comparados a porcentagem de tentativas de suicídio com a presença ou não de Estresse precoce, os dados mostram que entre os pacientes com tentativas de suicídio ($n=24$), a maioria deles tiveram Estresse precoce (83,0%). Como pode ser visto no gráfico 2 a seguir:

Gráfico 2 – Distribuição de frequência e porcentagem sobre as tentativas de suicídio nos pacientes sem e com Estresse precoce.

Nota : Sem Estresse precoce : $n=04$ (17,0%); Com Estresse precoce: $n= 20$ (83,0%). **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

6.3 Gravidade dos sintomas do humor entre os pacientes com TAB

A seguir serão apresentados os dados referentes a avaliação da gravidade de sintomas do humor, de acordo com os escores médios e porcentagens das escalas de sintomas de depressão- HAM-D e dos sintomas de mania – YOUNG.

Quanto à avaliação dos sintomas depressivos nos pacientes com TAB, os resultados mostraram escore médio de 6,84 ($dp \pm 5,23$). Destaca-se que 48% dos pacientes estavam sem sintomas de depressão e 52,0% estavam deprimidos. Como mostra na tabela 4 a seguir:

Tabela 4 – Distribuição dos escores médios, frequência e porcentagem das respostas dos pacientes com TAB, segundo a escala HAM-D. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018, $n=50$

HAM-D	Escore Médio (dp)	Não deprimido n (%)	Levemente ou Moderadamente deprimido n (%)
	6,84 ($\pm 5,23$)	24(48,0)	26(52,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quanto aos sintomas de mania nos pacientes com TAB, os resultados mostraram escore médio de 3,56 ($dp \pm 4,49$), apontando que 94,0% estavam sem sintomas e apenas 6,0% estavam com sintomas de mania.

6.4 Avaliação da ideação suicida entre pacientes com TAB

Entre os pacientes com TAB, 20,0% foram classificados com ideação suicida. Porém, os resultados evidenciaram baixo escore de gravidade de ideação suicida. O escore médio foi de 1,30 ($dp \pm 3,12$), variando de 0 a 15.

Com relação a tentativas de suicídio avaliadas pelo BSI, 50,0% dos pacientes com TAB referiram nunca ter tentado, 32,0% tentaram 2 ou mais vezes e 18,0% tentaram suicídio 1 vez (item 20).

Quanto ao desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio, 58,0% referiu fraco desejo de morrer, 28,0% desejo moderado de morrer e 14,0% forte desejo de morrer (item 21).

Considerando a distribuição das frequências e porcentagem das respostas dos pacientes diagnosticados com TAB referentes a primeira parte do BSI, pode se destacar que 6,0% dos pacientes referiram não ter desejo de viver (item 1); e 6,0% relataram desejo de morrer de moderado a forte (item 2). Por outro lado, 92,0% dos pacientes referiram que as razões para viver pesavam mais do que as razões para morrer (item 3), 86,0% não tinham desejo de se matar (item 4) e 90,0% referiram que se estivessem em uma situação de risco de vida tentariam se salvar (item 5).

Entre os pacientes classificados com ideação suicida ($n=10$), observou-se 90,0% referiram não ter tido preparativos para cometer suicídio e não ter escrito bilhete suicida na última semana (itens 16 e 17 do BSI). Além disso, 10,0% destes pacientes referiram que as razões para cometer suicídio baseiam se principalmente numa fuga de seus problemas e que teriam ou esperavam ter acesso ao método de escolha para se matar, além da oportunidade de usá-lo (itens 11 e 13).

6.5 Descrição dos tipos de Estratégias de Enfrentamento utilizadas por pacientes com TAB

O tipo de estratégia mais utilizada pelos pacientes com TAB foi a busca por práticas religiosas, correspondendo a 34,0% da amostra. Em contrapartida, as estratégias focalizadas no problema apresentaram a menor frequência, sendo identificadas em apenas 16,0% da amostra. Como mostra na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição de frequência e porcentagem dos pacientes com TAB segundo o tipo de estratégias de enfrentamento utilizadas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.

Fatores	n	%
Estratégias focalizadas no problema	8	16,0
Estratégias focalizadas na emoção	10	20,0
Estratégias de busca por práticas religiosas	17	34,0
Estratégias de busca por suporte social	15	30,0
Total	50	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na tabela 6, a seguir, está descrito a frequência e porcentagem de respostas aos itens da escala EMEP. Estes itens correspondem a avaliação das estratégias de enfrentamento mais utilizadas entre os pacientes.

Tabela 6 – Distribuição de frequência e porcentagem da EMEP, segundo tipo de estratégia de enfrentamento utilizadas por pacientes diagnosticados com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.

Estratégias	Itens EMEP	FREQUÊNCIA (%)					Total
		Nunca	Um pouco	Às vezes	Muito	Sempre	
Focadas no Problema	1.	8(16,0)	9(18,0)	14(28,0)	6(12,0)	13(26,0)	50
	2.	20(40,0)	11(22,0)	10(20,0)	4(8,0)	5(10,0)	50
	5.	18(36,0)	12(24,0)	7(14,0)	4(8,0)	9(18,0)	50
	14.	14(28,0)	9(18,0)	15(30,0)	2(4,0)	10(20,0)	50
	20.	21(42,0)	6(12,0)	12(24,0)	4(8,0)	7(14,0)	50
	22.	16(32,0)	12(24,0)	9(18,0)	7(14,0)	6(12,0)	50
	23.	8(16,0)	9(18,0)	15(30,0)	8(16,0)	10(20,0)	50
	25.	19(38,0)	5(10,0)	12(24,0)	9(18,0)	5(10,0)	50
	26.	4(8,0)	8(16,0)	10(20,0)	14(28,0)	14(28,0)	50
	27.	4(8,0)	5(10,0)	24(48,0)	6(12,0)	11(22,0)	50
	29.	24(48,0)	8(16,0)	12(24,0)	1(2,0)	5(10,0)	50
	32.	6(12,0)	14(28,0)	22(44,0)	4(8,0)	4(8,0)	50
	33.	8(16,0)	10(20,0)	17(34,0)	8(16,0)	7(14,0)	50
	34.	9(18,0)	9(18,0)	14(28,0)	8(16,0)	10(20,0)	50
	36.	12(24,0)	8(16,0)	14(28,0)	7(14,0)	9(18,0)	50
	37.	24(48,0)	7(14,0)	9(18,0)	5(10,0)	5(10,0)	50
	42.	13(26,0)	9(18,0)	10(20,0)	12(24,0)	6(12,0)	50
	45.	4(8,0)	10(20,0)	16(32,0)	8(16,0)	12(24,0)	50
Focadas na Emoção	3.	11(22,0)	10(20,0)	11(22,0)	10(20,0)	8(16,0)	50
	4.	4(8,0)	8(16,0)	7(14,0)	14(28,0)	16(32,0)	49
	10.	6(12,0)	13(26,0)	11(22,0)	5(10,0)	15(30,0)	50
	11.	15(30,0)	12(24,0)	12(24,0)	4(8,0)	7(14,0)	50
	12.	14(28,0)	10(20,0)	10(20,0)	5(10,0)	11(22,0)	50
	13.	25(50,0)	5(10,0)	14(28,0)	4(8,0)	2(4,0)	50
	15.	6(12,0)	7(14,0)	14(28,0)	6(12,0)	17(34,0)	50
	16.	8(16,0)	11(22,0)	6(12,0)	9(18,0)	16(32,0)	50
	17.	4(8,0)	11(22,0)	14(28,0)	8(16,0)	13(26,0)	50
	18.	4(8,0)	5(10,0)	16(32,0)	16(32,0)	9(18,0)	50
Focadas no Suporte social	24.	7(14,0)	8(16,0)	10(20,0)	12(24,0)	13(26,0)	50
	28.	7(14,0)	9(18,0)	15(30,0)	8(16,0)	11(22,0)	50
	35.	2(4,0)	10(20,0)	14(28,0)	14(28,0)	10(20,0)	50
	40.	10(20,0)	10(20,0)	16(32,0)	5(10,0)	9(18,0)	50
	41.	8(16,0)	4(8,0)	12(24,0)	10(20,0)	16(32,0)	50
	7.	12(24,0)	7(14,0)	12(24,0)	6(12,0)	13(26,0)	50
	9.	13(26,0)	8(16,0)	12(24,0)	4(8,0)	13(26,0)	50
	19.	5(10,0)	9(18,0)	15(30,0)	5(10,0)	16(32,0)	50
	31.	14(28,0)	9(18,0)	17(34,0)	2(4,0)	8(16,0)	50
Focadas nas Práticas religiosas	43.	14(28,0)	8(16,0)	15(30,0)	6(12,0)	7(14,0)	50
	6.	8(16,0)	5(10,0)	17(34,0)	7(14,0)	13(26,0)	50
	8.	2(4,0)	8(16,0)	7(14,0)	7(14,0)	26(52,0)	50
	21.	10(20,0)	7(14,0)	11(22,0)	7(14,0)	15(30,0)	50
	30.	7(14,0)	15(30,0)	19(38,0)	3(6,0)	6(12,0)	50
	38.	28(56,0)	8(16,0)	7(14,0)	4(8,0)	3(6,0)	50
	39.	4(8,0)	8(16,0)	16(32,0)	11(22,0)	11(22,0)	50
	44.	1(2,0)	8(16,0)	12(24,0)	9(18,0)	20(40,0)	50

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Entre as estratégias sempre utilizadas entre os pacientes, 52,0% referiram que “**Eu rezo/oro**” (item 8) e 40,0% referiram “**Eu me apego a minha fé para superar esta situação**” (item 44). Estratégias estas classificadas como focadas nas práticas religiosas.

Quanto à análise dos tipos de estratégias menos utilizadas destaca-se que entre os pacientes, 56,0% referiram nunca “**Penso em coisas fantásticas ou irreais**” (item 38) e 50,0% referiram nunca “**Desconto em outras pessoas**” (item 13).

6.6 Relação entre a ocorrência de Estresse precoce e a gravidade de sintomas de depressão e mania em pacientes com TAB

Os resultados evidenciaram que o Estresse precoce não está associado a gravidade dos sintomas de depressão ($p=0,285$) e de mania ($p=0,220$) nos pacientes com TAB em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial. Conforme descrito nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7 - Associação entre a ocorrência de Estresse precoce e a gravidade de sintomas de depressão entre os pacientes com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018, n=50.

Gravidade	Sem Estresse precoce n (%)	Com Estresse precoce n (%)	p-valor
Sem sintomas	10 (62,5)	14(40,0)	*0,285
Sintomas leves/moderado	6 (37,5)	20(60,0)	
Total	16(100,0)	34(100,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 8 – Associação entre a ocorrência de Estresse precoce e a gravidade de sintomas de mania entre os pacientes com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018, n=50.

Gravidade	Sem Estresse precoce n (%)	Com Estresse precoce n (%)	p-valor
Com sintomas	16 (100,0)	31(91,2)	*0,220
Sem sintomas	0 (0,0)	03(8,8)	
Total	16(100)	34(100,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Nas análises quanto a relação entre ter Estresse precoce e a gravidade de sintomas do humor ajustados por sexo não houve diferença estatisticamente significativa. Destaca-se que entre as mulheres com Estresse precoce, 88,0% (n=22) estavam sem sintomas de mania e 12,0% (n=3) estavam em mania. Quanto à depressão, 89,0% (n=16) das mulheres estavam com sintomas entre leve a moderado e 11,0% (n= 2) estavam sem sintomas.

6.7 Relação entre a ocorrência de Estresse precoce e a intensidade da ideação suicida em pacientes com TAB

Os resultados evidenciaram que não houve relação entre a ocorrência do Estresse precoce e a intensidade de ideação suicida ($U = 235,5$; $p = 0,337$), o escore médio de intensidade de ideação suicida entre os pacientes com Estresse precoce foi de 26,57 e dos que não tinham Estresse precoce foi de 23,22. Nas análises quanto a relação entre ter Estresse precoce e a intensidade de ideação ajustados por sexo não houve diferença estatisticamente significativa.

6.8 Relação entre Estresse precoce e Estratégias de enfrentamento

Quanto ao Estresse precoce, não houve associação estatística entre ter o estresse e a utilização de estratégias de enfrentamento ($p = 0,910$). Pode-se destacar que as duas principais estratégias utilizadas pelos pacientes com TAB foram a busca por práticas religiosas e o suporte social, tanto foi pelos pacientes que tiveram Estresse precoce, quanto pelos que não tiveram. Como mostra a tabela 9 a seguir:

Tabela 9 – Relação entre Estresse precoce e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes diagnosticados com TAB. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.

Fatores EMEP	Teve Estresse precoce <i>n</i> (%)	Não teve Estresse precoce <i>n</i> (%)	p-valor
Problema	6 (17,6)	2 (12,5)	*0,910
Emoção	6 (17,6)	4 (25,0)	
Religião	12 (35,3)	5 (31,3)	
Suporte social	10 (29,5)	5 (31,3)	
Total	34 (100,0%)	16 (100,0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

6.9 Impacto do Estresse precoce como preditor de sintomas de depressão, mania, estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com TAB

A partir da análise dos dados da regressão logística, verificou-se que foi comprovada a hipótese nula, ou seja, o Estresse precoce não está relacionado com sintomas do humor

(depressão e mania), estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com TAB. Como mostra a tabela 10.

Tabela 10 – Regressão Logística Multinomial Ordinal entre a presença de Estresse precoce e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.

Parâmetros	B	Desvio Padrão	Estatística	p-valor	OR	IC	
Depressão	1,056	0,686	2,373	0,123	2,875	0,750	11,023
Ideação suicida	0,059	0,156	0,145	0,703	1,061	0,782	1,440
Emoção	0,134	1,065	0,016	0,900	1,144	0,142	9,219
Religião	-0,097	0,957	0,010	0,919	0,908	0,139	5,925
Suporte social	0,572	0,845	0,458	0,499	1,771	0,338	9,279
Sexo feminino	-0,913	0,761	1,437	0,231	0,401	0,090	1,785

*p.valor $\leq 0,005$; OR =odds Ratio (razão de chance); IC = intervalo de confiança

Discussão

7 DISCUSSÃO

Não houve associação estatisticamente significativa entre Estresse precoce, sintomas do humor, estratégias de enfrentamento e ideação suicida entre pacientes com TAB em seguimento em um Centro de Atenção Psicossocial. Este resultado contraria relevantes evidências científicas que apontam associação entre gravidade de sintomas do humor e Estresse precoce em pacientes em tratamento hospitalar (PARSAIK et al., 2017; LARSSON et al. 2013; CARR, 2014). Na literatura científica não foram encontrados estudos com resultados semelhantes, nem estudo com a mesma população e contexto relacionado ao cuidado em saúde em serviços comunitários de assistência psicossocial.

Porém, pode-se destacar um estudo realizado por Parsaik e colaboradores (2017) nos Estados Unidos, com 167 pacientes com TAB hospitalizados, no qual os resultados evidenciaram que todos os pacientes sofreram Estresse precoce apresentavam maior tempo de internação; maior perturbação do trabalho e na vida escolar, maior gravidade de sintomas com influência em desfechos clínicos negativos nesses pacientes. Este resultado pode estar relacionado ao contexto ou até mesmo características do desenho do estudo.

Possivelmente, a ausência de relação estatisticamente significativa entre o Estresse precoce e as demais variáveis independentes entre os pacientes do CAPS que participaram do presente estudo reflita o impacto que as ações de apoio e suporte social oferecidas por este serviço, bem como do apoio que família tem proporcionado a estes pacientes, conforme será evidenciado nas discussões que seguem.

Os resultados do presente estudo alertam que 68,0 % dos pacientes com TAB tiveram Estresse precoce, ou seja, apresentaram histórico de Estresse precoce com gravidade de moderado a severo em pelo menos um dos subtipos durante a infância e/ou adolescência.

Estudo brasileiro realizado por Martins (2012), com pacientes psiquiátricos atendidos em um hospital dia, também mostrou resultados semelhantes em que o Estresse precoce esteve presente na maioria da amostra, 71,6%. Outros estudos realizados com pessoas saudáveis também evidenciaram presença de Estresse precoce, porém com uma prevalência menor, como mostram dois estudos brasileiros com profissionais de enfermagem em que o Estresse precoce foi respectivamente de 24,5% e 31,3% (PRETO et al., 2017; PEREIRA, 2013).

Em estudos comparativos entre grupo de pacientes com transtornos mentais e grupos da população geral evidenciaram considerável ocorrência de Estresse precoce entre os pacientes frente à inexistência de Estresse precoce entre pessoas saudáveis (BAES, 2012; MAZER, 2013; BOSAIPO, 2016). Esses resultados encontrados na população geral trazem importantes indícios

de que pessoas que sofreram Estresse precoce tendem a adoecer mais. Assim é esperado que entre pessoas saudáveis o Estresse precoce esteja ausente ou que esteja em uma proporção menor e com menor severidade. Portanto, há evidências de que o Estresse precoce pode ter grande impacto na saúde mental de uma pessoa e tais evidências reforçam os resultados deste estudo.

Quanto aos subtipos do Estresse precoce, vários estudos evidenciaram a negligência emocional como o subtipo de maior prevalência tanto em indivíduos saudáveis, quanto em pacientes psiquiátricos (LARSSON et al., 2013; BARBOSA et al., 2014; CARR, 2014; BOSAPO, 2016). O que corrobora com os resultados do presente estudo, uma vez que 60,0% dos pacientes com TAB sofreram negligência emocional na infância ou adolescência. A negligência emocional pode causar prejuízos cognitivos, instabilidade emocional, comportamento de risco e somatização (GOULD et al., 2012; GULEÇ et al., 2013; ARAUJO, 2015; JIMÉNEZ et al., 2017; POLETI et al., 2017). O que condiz com o perfil da amostra analisada no presente estudo e evidencia a relevância e pertinência de estudos nesta temática.

Embora não tenha sido comprovado estatisticamente a relação entre o Estresse precoce e a gravidade dos sintomas depressivos nos pacientes com TAB investigados, é importante ressaltar que a ocorrência de sintomas depressivos foi maior entre os pacientes que tiveram Estresse precoce. Este resultado é semelhante aos achados de outros estudos.

Estudo internacional realizado por Watson e colaboradores (2014), na Inglaterra e Nova Zelândia, com 60 pacientes com TAB em tratamento para episódio depressivo e 55 controle saudáveis, onde os pesquisadores ingleses também investigaram o impacto do Estresse precoce curso clínico da doença, e não comprovaram associações entre as duas variáveis. Em um estudo nacional realizado por Mazer (2013), realizado com pacientes psiquiátricos atendidos em um hospital dia, o Estresse precoce não esteve associado com a gravidade de sintomas depressivos.

Com relação aos sintomas de mania, os pacientes com TAB investigados estavam em sua grande maioria sem sintomas (94,0%) e esta condição não esteve associada ao Estresse precoce. Tal resultado se explica pela característica cíclica do TAB. Sabe-se que os episódios de crise podem ocorrer ao longo do curso clínico da doença intercalados a momentos de estabilidade, mas é importante destacar que há uma constante flutuação de humor decorrente da doença.

Este resultado é semelhante a um estudo realizado na Noruega, com 141 pacientes com TAB atendidos em três hospitais de Oslo. Os resultados encontrados pelos pesquisadores noruegueses evidenciaram associação entre Estresse precoce e um curso mais grave da doença, porém não houve evidências estatísticas de associação com a gravidade de sintomas de humor.

Para eles, este resultado ocorreu devido as grandes flutuações e variância, tanto para episódios depressivos quanto para episódios hipo/maníacos, tornando-os não conclusivos em relação à gravidade de sintomas (LARSSON et al. 2013).

Com relação aos resultados sobre ideação suicida, dados semelhantes ao do presente estudo foram referidos por Bosaipo (2016) em um estudo brasileiro realizado com pacientes diagnosticados com depressão (n=77) e grupo controle composto por indivíduos saudáveis (n=30), em um ambulatório de saúde mental, em que se investigou a atividade do eixo HPA e as funções cognitivas nos pacientes em relação a presença de Estresse precoce. Os resultados mostraram que a maioria da amostra teve Estresse precoce, o que influenciou significativamente em um início mais precoce dos quadros depressivos, mas não foram encontradas diferenças entre os grupos dos pacientes quanto a gravidade de sintomas depressivos, ansiedade, impulsividade e ideação suicida.

Por outro lado, Carr (2014) um estudo com 82 pacientes internados num Hospital Geral do Rio de Janeiro evidenciou que o Estresse precoce estava associado com transtornos psiquiátricos, gravidade do adoecimento e com ideação suicida. Provavelmente este resultado tenha sido obtido considerando que os pacientes em atendimento hospitalar, se encontram em estados mais graves e incapacitantes, diferente dos pacientes em atendimento no CAPS que embora atenda pacientes graves, os mantém em quadros mais estáveis.

Xie e colaboradores (2018) em um estudo, recentemente, realizado no sul da China com pacientes psiquiátricos em atendimento ambulatorial, buscou investigar a prevalência e correlação do Estresse precoce, ideação suicida e suporte social nestes pacientes. Os resultados mostraram associação entre a ideação suicida, a presença de Estresse precoce e fraco apoio social entre os pacientes investigados.

Diante das evidências apontadas é possível compreender que no presente estudo os resultados obtidos refletem o perfil mais estável dos pacientes atendidos em um serviço comunitário, bem como as características inerentes a assistência prestada no CAPS.

Trata-se de um serviço no qual o apoio e suporte social visa ampliar a capacidade dos indivíduos para se adaptar e reagir aos acontecimentos estressantes, manutenção do tratamento e de uma melhor autonomia com relação as habilidades de vida diária. Pacientes com transtornos mentais que possuem relações fortalecidas e mais habilidades, certamente apresentam melhores condições de vida, menos sintomatologia e menos internações do que aqueles que carecem desse tipo de apoio e suporte (ZATTI, 2017).

Neste estudo observou-se uma relação positiva entre pacientes e o CAPS. Este serviço atua a partir da articulação de diferentes recursos do território, no campo do trabalho, da

economia solidária, da educação, da cultura e da saúde (BRASIL, 2015). Ademais, pode-se inferir que este serviço tem tratado com resolutividade as demandas trazidas até ele e cumprido seu papel, pois trabalha ativamente na reinserção social, no fortalecimento de vínculo, no desenvolvimento da autonomia, redução do estigma e preconceito, intervenção durante os momentos de crises, entre outros. E todo esse trabalho resulta em um melhor prognóstico e auxilia no impedimento ou redução de reinternações e remissão de sintomas.

Destaca-se neste serviço a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é pautado em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas. Este projeto é elaborado a partir de um plano de cuidado único e individual, resultado do envolvimento da equipe, paciente e sua família no processo (DORINGATTI et al., 2014; BRASIL, 2015).

Quanto ao apoio e suporte familiar no tratamento dos pacientes com TAB, segundo Nascimento e colaboradores (2016) a família possui papel central na vida das pessoas e, é no seio familiar que o indivíduo cresce, é cuidado, nutrido, adquire concepção de si mesmo, desenvolve as suas crenças e valores a respeito do mundo e onde é preparado para enfrentar a vida. Assim, um lar em que as relações são harmoniosas, em que há carinho e afeto, se torna um meio propício, para um desenvolvimento mais saudável, contribuindo para ampliar as possibilidades de uma vida com mais qualidade.

Durante as crises, os pacientes com transtornos mentais sofrem perdas significativos em todos os aspectos da vida, como por exemplo, interrupções nas atividades de lazer e domésticas, aumento de gastos com tratamentos, conflitos interpessoais (VIEIRA; MARQUES, 2016). Assim, a família quando inserida no cuidado, há um engajamento buscando fornecer ao paciente, atenção, carinho, cuidado, autonomia, afeto e aceitação, se mostrando assim, como fonte de suporte, suporte este indispensável. Entre os benefícios dessa relação, está a contribuição para a redução das crises e melhor manutenção dos sintomas de humor (BERK, 2011; COSTA et al., 2014).

Tais benefícios podem estar refletidos nos resultados do presente estudo, uma vez que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos pacientes com TAB foram a busca por práticas religiosas (34,0%) e por suporte social (30,0%), a maior parte pacientes moram com a família (90,0%) e possuía religião (88,0%). Na população em geral as estratégias mais utilizadas são as focadas no problema, como o evidenciado em estudos realizados com: trabalhadores, profissionais da saúde, universitários, gestores escolares e esportistas (MELO et al., 2016; PEREIRA et al., 2016, OLIVEIRA et al., 2015; WILHELM; ZANELLI 2017; VERARDI et al., 2014).

Contudo, percebe-se que a utilização de estratégias focadas no problema, ocorrem com maior frequência entre indivíduos mais saudáveis e que não possuem comprometimento do seu funcionamento cognitivo. Diante de uma situação de adoecimento que eleve os níveis de estresse e ansiedade, a pessoa deixa de utilizar estratégias focadas no problema e passa a buscar por estratégias mais voltadas para a religião e suporte social. Muito provavelmente porque as estratégias focadas no problema dependem, em maior parte, de um empenho pessoal, enquanto as outras buscam apoio de outras pessoas.

Estudos nacionais e internacionais realizados com pacientes com câncer de mama, em hemodiálise, internados em um hospital geral e pacientes com transtornos mentais, também evidenciaram as estratégias de suporte social e práticas religiosas como as mais prevalentes (GONÇALVES et al., 2014; LIRA; AVELAR; BUENO, 2015; NUNES et al., 2013; PEDROSO, 2016; CHAIBUB; KOHLSDORF, 2017; FERREIRA et al., 2017). Além disso, a estratégia de enfrentamento focada no suporte social está associada a uma melhor resposta ao tratamento, revelando a importância de fontes de apoio e cuidado (MARQUETT et al., 2013; FERREIRA et al., 2017).

Os resultados do presente estudo permitem inferir que a escolha tanto da utilização de estratégias focadas na religião, quanto no suporte social entre os pacientes com TAB, podem ser reflexos do fator protetor proporcionado por elas. Pois diante das adversidades da vida e do próprio adoecimento, tais estratégias são capazes de promover conforto, encorajamento e aliviar preocupações. Esses dados são importantes, pois experiências assertivas no manejo do TAB, podem promover o enfrentamento adaptativo do adoecimento em diferentes contextos de assistência.

Para finalizar, destaca-se que o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com TAB neste estudo é semelhante ao evidenciado em outros estudos com a mesma população, Carr (2014); Martins (2012); Seixas et al., (2012); Carmo et al., (2016) e Ferreira et al. (2017). A maior predominância do sexo feminino (66,0%) pode estar relacionada ao fato das mulheres procurarem os serviços de saúde com maior frequência que os homens e também por serem o grupo com maior incidência deste tipo de transtorno.

Quanto à situação laboral, os resultados mostraram que 60,0% dos pacientes estavam afastados ou desempregados, achado este que corrobora com outros estudos. O nível de gravidade do TAB e as consequências negativas desta doença podem influenciar o desemprego e ainda estar relacionados ao baixo grau de escolaridade e baixo *status* socioeconômico (SEIXAS et al., 2012; KAPCZINSKI; QUEVEDO, 2016). Nesse sentido, os resultados evidenciaram que 74,0% dos pacientes atendidos no CAPS tinham renda de até um salário

mínimo.

A gravidade do TAB nestes pacientes pode ser reforçada também pela ocorrência de comorbidades, o que ficou evidenciado em 56,0% da amostra. Estudos nacionais e internacionais realizados com paciente com TAB também destacaram a ocorrência de comorbidades entre 75,0% e 58,0% (MENEZES; JURUENA, 2017; HOSANG et al., 2017).

Além disso, cabe destacar também que estes pacientes tinham familiares com transtornos psiquiátricos (74%), uso de drogas (54,0%), tentativas de suicídio (28,0%) e suicídio (10%). Esses achados são preocupantes, pois o ambiente familiar pode contribuir fortemente para a evolução do quadro clínico. Sabe-se que um ambiente familiar desfavorável pode levar a um maior número de recaídas e novas tentativas de suicídio e maior gravidade da doença (COSTA et al., 2014; ZANARDO et al., 2017). Embora no presente estudo, o suporte familiar tenha sido considerado junto às estratégias de apoio social como um fator protetor para uma melhor manutenção do tratamento e eutímia entre os pacientes com TAB. Assim, neste estudo as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com TAB evidenciam o perfil de pacientes com transtornos de humor graves, embora a amostra tenha demonstrado sintomas estáveis.

Neste sentido, cabe ressaltar também o papel do CAPS como rede de apoio aos portadores de transtornos mentais. O CAPS ao oferecer tratamento multiprofissional contínuo e ajustado pelo PTS representa importante recurso social de apoio e tratamento qualificado. Sabe-se que a ausência de tratamento adequado leva ao fenômeno chamado “porta giratória”, caracterizado por repetidas e frequentes reinternações psiquiátricas, que ocorrem em pouco tempo após a hospitalização. Outros fatores como ser solteiro ou viver sozinho e possuir pouco contato com a família, também contribuem para as reinternações (PFIFFNER et al., 2014; ZANARDO et al, 2017).

A literatura aponta ainda que a ausência de tratamento adequado traz diversos danos para os pacientes com TAB, como a recorrência de sintomas do humor, recaídas, maior número de emergências e comportamentos suicidas. O que compromete a qualidade de vida, tanto do indivíduo adoecido quanto a da sua família (SANTOS, 2016). Deste modo, é possível inferir que um tratamento adequado pode reduzir a gravidade e as consequências da oscilação do humor, minimizar as tentativas de suicídio e criar estratégias para melhorar o funcionamento psicossocial entre as crises, evitando as recaídas em pacientes com TAB.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Quanto as limitações do estudo, considera-se que a abordagem transversal e tamanho amostral limitam a generalização dos resultados. Estudos longitudinais, possivelmente, podem favorecer uma avaliação mais ampliada do impacto do estresse precoce para a manutenção do tratamento, controle dos sintomas de humor, estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com TAB.

Porém, a opção por um corte transversal e uma amostra não probabilística, neste estudo, foi necessária considerando-se as características do serviço, tamanho da população que era pequeno, e os recursos disponíveis para a execução do mesmo. Quanto ao tamanho da amostra, ressalta-se também que todos os pacientes foram convidados, porém dados desatualizados do sistema e dos prontuários impossibilitaram o alcance de uma amostra maior. Estudos sequenciais poderão ser realizados visando sanar tal limitação.

Ainda assim, os resultados refletem uma realidade relevante no contexto da assistência ao paciente com TAB em serviços comunitários de saúde mental e este estudo pode ser replicado em outros contextos. O que é fortemente recomendado para comparações futuras e contribuições para a área.

A utilização de considerável número de escalas pode ser considerada uma limitação pela possibilidade de limitar a força das análises estatísticas inferenciais em alguns estudos. Porém, no presente estudo, tal limitação foi suprida pelo ajuste dos testes estatísticos às características das variáveis investigadas e resultados obtidos.

CONTRIBUIÇÕES

Entre as contribuições deste estudo, pode-se dizer que é um estudo inovador por não existir nenhum outro, seja na literatura nacional como também na internacional, com as mesmas características. Assim, os resultados evidenciam dados relevantes no contexto do Estresse precoce entre os pacientes atendidos em um serviço comunitário de saúde. Esse estudo proporciona reflexões relevantes ao contexto científico e social ao evidenciar a relevância dos fenômenos investigados, bem como sua relação com o contexto social.

Tais resultados colaboram para o entendimento dos efeitos pelos quais o fenômeno do Estresse precoce desenvolve e agrava o adoecimento em paciente com Transtorno Afetivo Bipolar, principalmente se não houver tratamento adequado. No entanto, mantém-se a necessidade de maiores evidências científicas relativas à interação das diversas áreas afetadas por este fenômeno, genética, ambiental, relacional e social.

Conclusões

CONCLUSÕES

O presente estudo abordou a temática atual e relevante relacionada ao Estresse precoce em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. Conclui-se que na amostra estudada o Estresse precoce não esteve relacionado com sintomas do humor (depressão e mania), estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com TAB. Porém, este estudo evidenciou a importância do apoio e suporte social proporcionado pelo CAPS e pela família no contexto de vida destes pacientes.

Os resultados deste estudo indicaram alta prevalência de Estresse precoce, embora não associado com as demais variáveis. Porém, sua ocorrência evidencia a relevância deste fenômeno na vida destes pacientes. Principalmente, se consideradas as possíveis implicações do Estresse precoce na saúde desses indivíduos.

A busca por prática religiosa e o suporte social, foram as estratégias de enfrentamento mais utilizadas entre os pacientes, indicando que tais estratégias têm sido protetoras. E nesse sentido, a gravidade do Transtorno Afetivo Bipolar possivelmente foi amenizada pelo tratamento oferecido pelo CAPS e pelo suporte social relatado pelos pacientes. O que resultou em uma amostra com considerável estabilidade dos sintomas de humor.

Os resultados deste estudo evidenciam a relevância de investigações sobre o Estresse precoce e TAB, relação entre serviço/paciente/família e estratégias de enfrentamento no contexto comunitário. Estudos nesse sentido podem indicar melhores formas de tratamento e implementação de políticas públicas que garantam melhor qualidade de vida a estes pacientes.

Referências

REFERÊNCIAS

AGNEW-BLAIS, J.; DANESE, A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 342-349, abr. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais**. 5ª ed. Porto Alegre. Artmed, 2014.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v.22, n.3, p. 15- 106, 2000.

ANDERSON, I.M.; HADDAD, P.M.; SCOTT J. Bipolar disorder. **BMJ**, [S.l.], v. 345, e. 8508, 2012.

ARAÚJO, R.M.F. **Mais do que palavras**: a associação do abuso emocional na infância com o comportamento suicida. 2015. 95f. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ARNSTEN, A.F.T. Stress weakens prefrontal networks: molecular insults to higher cognition. **Nature Neuroscience**, New York, v. 18, n. 10, p. 1376-1385, out. 2015.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

AZEVEDO, A.; MATOS, A.P. Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.15, n.1, p.179-90, mar. 2014.

BAES, C.W. **Estresse precoce e alterações do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) na depressão**. 2012. 164f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

BAINS, J.S.; CUSULIN, J.I.W.; INOUE, W. Stress-related synaptic plasticity in the hypothalamus. **Nat. Rev. Neurosci.**, [S.l.], v. 16, n. 7, p. 377-388, 2015.

BARBOSA, L.P. **Trauma na infância, transtornos de humor e risco de suicídio na idade adulta**. 2016. 104f. Tese (Doutorado em Saúde e Comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2016.

BARBOSA, L.P et al. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in Southern Brazil. **Jornal of Child Abuse & Neglect.**, [S.l.], v. 38, n. 7, p. 1191-6, jul. 2014.

BARROSO, M.L.et al. Estresse e uso de álcool em enfermeiros que trabalham em urgência e emergência. **Caderno de Cultura e Ciência**, Crato, v.3, n.1, p.60-75, mar. 2015.

BENETTI, S. et al. Psychosocial adolescent psychosocial adjustment in Brazil- perception of parenting style stressful events and violence. **Int. J. Psychol. Res.**, [S.l.], v.7, n.1, p.40-48, 2014.

BERK, L. **Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2011.

BERNSTEIN, D.P et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. **Child. Abuse Negl.**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 169-190, 2003.

BOSAPO, N.B. **Do estresse precoce à depressão: avaliação da atividade do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) e da função cognitiva**. 2016. 192f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.231-236, 2014.

BOTTI, N.C.L. et al. Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 2, e54280, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p.

BRIDI, K.P.B. **Estratégias de coping em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar e seus familiares**. 2015. 66f. Dissertação (Mestrado em Ciências médicas: Psiquiatria e Ciências do Comportamento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CABRAL, D.V.S.; PENDLOSKI, J. Mortalidade por suicídio em idosos: uma análise do perfil epidemiológico no sul do Brasil. **Revista Uningá**, Maringá, v. 47, n. 2, p. 19-24, jan./mar. 2016.

CANNON, W.B. **Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement**. New York: D. Appleton and Company, 1927.

CARMO, D.C. et al. Perfil de pacientes com Transtornos mentais atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Candeias-Bahia. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 20, n. 2, p. 39-98, 2016.

CARR, C.P. **Caracterização e consequências do estresse precoce em pacientes**

Psiquiátricos Adultos. 2014. 181f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

CATALAN, A et al. Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. **Psychiatry Research**, [S.l.], v. 251, p. 78-84, 2017.

CHAIBUB, G.F.W.; KOHLSDORF, M. Estratégias de enfrentamento e ideação suicida em cuidadores de crianças com doença crônica. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 21, n. 2, p. 183-205, jul./dez, 2017.

CLEMENTE, A.S. et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 155-161, 2015.

CORREIA, L.L.; LINHARES, M.B.M. Enxaqueca e Estresse em Mulheres no Contexto da Atenção Primária. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.30, n.2, p. 145-152, abr/jun, 2014.

COSTA, G.M. et al. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 41-57, jan./jun. 2014.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 171.

DELL'AGLIO JR., J.C. et al. Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 99-105, 2013.

DORIGATTI, A.E. et al. Projeto Terapêutico Singular no Âmbito da Saúde Mental: uma Experiência no Curso de Graduação em Medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 113-119, 2014.

DUARTE, D.G. et al. Sexual abuse and suicide attempt in bipolar type I patients. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 180-182, 2015.

FÉLIX, T.A. et al. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. **Rev. Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 16, n. 31, p. 173-185, jul./dez. 2016.

FERREIRA, T.D.G. et al. O enfrentamento do transtorno depressivo maior na perspectiva de pacientes. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 70-76, maio/ago. 2017.

FLECK, M.P. et al. Factorial structure of the 17-item Hamilton Depression Rating Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S.l.], v. 92, n.3, p.168- 172, set. 1995.

FOWKE, A.; ROSS, S.; ASHCROFT, K. Childhood maltreatment and internalized shame in adults with a diagnosis of bipolar disorder. **Clin. Psychol. Psychother.**, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 450-457, set. 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, F.G. **Alterações precoces do apego em pacientes com Transtorno Bipolar e Esquizofrenia**. 2015. 79f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

GONÇALVES, A. S. C. et al. Ideação Suicida em estudantes do ensino superior politécnico: influência de algumas variáveis sociodemográficas, acadêmicas e comportamentais. **Millenium**, [S.l.], v.47, p. 191-203, jun./dez. 2014.

GOODWIN, G.M. Bipolar disorder. **Medicine**, [S.l.], v. 40, p. 596-598, 2012.

GORENSTEIN, C.; MORENO, R. **Escala de Avaliação de Depressão**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2011. p. 154. V. 1.

GOULD, F. et al. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. **J. Psychiatr. Res.**, [S.l.], v. 46, n. 4, p. 500-506, abr. 2012.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L.M.; PEZZI, J.C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 249-255, 2006.

GRIOLLO T.M. et al. O Projeto Terapêutico Singular na Clínica da Atenção Psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.7, n.15, p.53-73, 2015.

GUEST, F. L. et al. The effects of stress on hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis function in subjects with schizophrenia. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 20-27, 2013.

GUIDO, L.A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2003.

GULEÇ, M.Y. et al. Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. **J. Affect. Disord.**, [S.l.], v.146, n. 1, p.137-141, mar. 2013.
GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12a. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HAROLD, G. et al. **What works to enhance inter-parental relationships and improve outcomes for children**. London: University of Sussex, 2016.

HILDEBRAND, N. et al. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.28, n.2, p. 213-221, 2015.

HILLIS, S. et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. **Pediatrics**, [S.l.], v. 137, n. 3, p 1-13, mar. 2016.
Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/01/25/peds.2015-4079>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

HOSANG, G.M. et al. Childhood maltreatment and the medical morbidity in bipolar disorder: a case-control study. **Int. J. Bipolar Disord.**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 30, set. 2017.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S.; FRANCO, F.M.M. **Dicionários Houaiss da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

ISVORANU, A. et al. A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. **Schizophrenia Bulletin**, [S.l.], v. 43, n. 1, p. 187-196, 2017.

JANSEN, K. et al. Eventos de vida estressores e episódios de humor: uma amostra comunitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3941-3946, 2013.

JAWORSKA-ANDRYSZEWSKA, P. et al. Childhood trauma in bipolar disorder. **Neuro psychiatria Neuropsychologia**, [S.l.], v.11, n. 2, p.39–46, 2016.

JIMÉNEZ, E. et al. Impact of childhood trauma on cognitive profile in bipolar disorder. **Distúrbio Bipolar**, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 363-374, ago. 2017.

JURUENA M.F. Early-life stress and HPA axis trigger recurrent adulthood depression. **Epilepsy & Behavior**, [S.l.], v.38, p. 148-159, 2013.

JURUENA, M. F.; CLEARE, A. J.; PARIANTE, C. M. O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticoides e sua importância na depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 189-201, 2004.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (Org.). **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KAUARK, F.; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. **Metodologia de pesquisa: um guia prático**. Itabua: Via Litterarum, 2010.

LARSSON, S. et al. Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics bipolar disorder. **Bio. Med. Central Psychiatry**, [S.l.], v.13, p. 97, 2013.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Martinez Roca, 1986.

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**, [S.l.], v. 46, n. 4, 717-730, 2016.

LIRA, C.L.O.B.; AVELAR, T.C.; BUENO, J.M.M.H. Coping e Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 82-99, jun. 2015.

MARÍN-LEÓN, L., OLIVEIRA, H. B., BOTEAGA, N. J. Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 32, n.5, p. 351–359, 2012.

MARQUETT, R.M. et al. Psychosocial predictors of treatment response to cognitivebehavior therapy for late-life depression: an exploratory study. **Aging. Ment. Health.**, [S.l.], v. 17, n. 7, p. 830-8, 2013.

MARTINS-MONTEVERDE, C.M.S.; PADOVAN, T.; JURUENA, M.F. Transtornos relacionados a traumas e a estressores. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, supl. 1, p. 37-50, jan./fev. 2017.

MARTINS, C.M.S. **Análise da ocorrência de Estresse Precoce em pacientes Psiquiátricos adultos**. 2012. 116f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MAZER, A.K. **Diagnóstico diferencial entre transtorno afetivo bipolar e transtorno de personalidade borderline fundamentado na história de estresse precoce e em avaliação psiconeuroendócrina**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013.

MCEWEN, B. S. et al. Stress and Anxiety: Structural Plasticity and Epigenetic Regulation as Consequence of Stress. **Neuropharmacology**, [S.l.], v. 62, n. 1, p.3–12, 2012.

MELO, L.P. et al. Estratégias de enfrentamento (coping) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 125-144, dez. 2016.

MENEZES, I.C; JURUENA, M.F. Diagnóstico de depressões unipolares e bipolares e seus especificadores. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, supl.1, p. 64-71, jan./fev. 2017.

MORAES, P.H.P. et al. Relationship between neuropsychological and clinical aspects and suicide attempts in euthymic bipolar patients. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 160-167, 2013.

MORENO, R.A.; MORENO, D. H. Escalas de Depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 25, v. 5, p. 262-272, 1998.

NASCIMENTO, K.C. et al. O desafio familiar no cuidado as pessoas acometidas por transtorno mental. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.10, n.3, p. 940-948, 2016.

NERY-FERNANDES, F.; MIRANDA-SCIPPA, A. Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. **Revista Psiquiatra Clínica**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 220-224, 2013.

NUNES, S. et al. Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 3, p. 382-388, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2018.

OLIVEIRA, C.T. et al. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 9, n. 1, p. 78-89, jun. 2016.

_____. Adaptação Acadêmica e Coping em Estudantes Universitários. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 3, p. 421-432, dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAFARO, R.C. **Estudo de estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas**. [Dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

PAIVA, K.C.M.; GOMES, M.A.N.; HELAL, D.H. Estresse ocupacional e síndrome de Burnout: proposição de um modelo integrativo e perspectivas de pesquisa junto a docentes do ensino superior. **Gestão & Planejamento**, Salvador, v.16, n.3, p.285-309, 2015.

PARSAIK, A. et al. Early-Life Trauma in Hospitalized Patients With Mood Disorders and Its Association With Clinical Outcomes. **J. Psychiatr. Pract.**, [S.l.], v.23, n.1, p. 36-43, jan. 2017.

PEDROSO, T.G. **Influência do estresse e do sofrimento mental na sobrecarga do cuidado em saúde mental**. 2016. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2016.

PEREIRA, D. C. et al. Desempenho ocupacional de adolescentes de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI). **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, jan./abr. 2014.

PEREIRA, S.S. **Incidência da Síndrome de Bornout em técnicos e auxiliares de enfermagem e sua associação com o estresse precoce e estratégias de enfrentamento**. 2013. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013.

PEREIRA, S.S et al. A relação entre estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento em profissionais de nível técnico de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. 1-8, 2016.

PEREIRA, T.B.; BRANCO, V.L.R. As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 24-31, 2016.

PIFFNER, C. et al. Rehospitalization risk of former voluntary and involuntary patients with schizophrenia. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, [S.l.], v. 49, n. 11, p. 1719-27, nov. 2014.

POLETTI, S. et al. Comprometimento cognitivo-Multidimensional cognitive impairment in unipolar and bipolar depression and the moderator effect of adverse childhood experiences. **Psychiatry. Clin. Neurosci.**, [S.l.], v. 71, n. 5, p. 309-317, 2017.

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.

REINERT, K. G. et al. The Role of Religious Involvement in the Relationship Between Early Trauma and Health Outcomes Among Adult Survivors. **Journal of Child & Adolescent Trauma**, n. 9, p. 231–241, 2016.

PRETO, V.A. et al. Prevalência de estresse precoce entre profissionais de saúde em serviços de emergência. In: SIMPÓSIO EM SAÚDE, 8, 2017, Araçatuba. **Anais**. Araçatuba, SP: UNESP, 2017.

RUNESON, B. et al. Suicide risk after nonfatal self harm: A national cohort study, 2000-2008. **J. clin. Psychiatry**, [S.l.], v. 77, n. 2, p.240-246, 2016.

SANDERS, J. et al. The role of positive youth development practices in building resilience and enhancing wellbeing for at-risk youth. **Child abuse & neglect**, Oxford, v. 42, p.40-53, abr. 2015.

SANTOS, A.R.N.M. **Relação causa-efeito entre doença bipolar e consumo de substâncias psicoativas**. 2016. 60f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.

SANTOS, M.L. **Modulação do estresse agudo e crônico sobre os níveis de expressão no hipocampo de ratos wistar**. 2014. 57f. Dissertação (Mestrado em Ciências Fisiológicas) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2014.

SEIDL, E.M.F.; TROCCOLI, B.T.; ZANNON, C.M.L. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SEIXAS, C. et al. Prevalence and clinical impact of eating disorders in bipolar patients. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 66-70, mar. 2012.

SELYE, H. The physiology and pathology of exposure to stress: a treatise based on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation. **Acta Medical publishers**, [S.l.], v. 5, n. 22, 1950.

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

SHEEHAN, D. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. **J. Clin. Psychiatry**, v. 59, n. 20, p. 22-33, 1998.

SILVEIRA, M. S. et al. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2009. V. 11.

SOARES, J. et al. Gender Differences in the Impact of Childhood Trauma on Impulsive Behaviors and Suicide Attempts in Pediatric Bipolar Disorder. **Biological Psychiatry**, [S.l.], v. 81, n.10, p. 193 – 194, 2017.

TEIXEIRA, C.A.B. **Modelo teórico sobre os significados do Estresse Precoce e a vida adulta com depressão**. 2017. 102f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

UMANN, J. et al. O impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse de enfermeiras de hemato-oncologia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 103-110, 2014.

VERARDI, C.E.L. et al. Burnout e enfrentamento em jogadores de futebol: fases pré e durante competição. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 272-275, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922014000400272&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2018.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

VIEIRA, T.C.; MARQUES, E.L.L. **Possíveis estratégias e técnicas de manejo para o Transtorno Bipolar na perspectiva cognitivo-comportamental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu em Terapia Cognitivo Comportamental) – Capacitar em Belo Horizonte/MG, 2016.

VILELA, J.; LOUREIRO, S. Escala de Avaliação de Mania de Young - Estudo das qualidades psicométricas da versão brasileira. In: GORENTSEIN, C.; ANDRADE, L.; ZUARDI, A. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000, p. 24-113.

VISMARA, M.E.M. et al. Clinical characteristics associated with suicide attempt in patients with bipolar disorder. **European Psychiatry**, [S.l.], v. 41, p. 91-94, abr. 2017.

VITALIANO, P. P. et al. The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**, [S.l.], v. 20, n. 1, 3-26, 1985.

WATSON, S. et al. Childhood trauma in bipolar disorder. **Aust. NZJ Psychiatry**, [S.l.], v. 48, n. 6, p. 564–570, jun. 2014.

WILHELM, F.A.; ZANELLI, J.C. Características das estratégias de enfrentamento em gestores universitários no contexto de trabalho. **Psicol. Argum.**, [S.l.], v. 32, n. 79, p. 39-48, out./dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19949>>. Acesso em: 31 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Preventing suicide: a global imperative**, 2014.

_____. **Mental Health Atlas**, 2011.

_____. **INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children**. jul. 2016.

_____. **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.

_____. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: 2017. Licence: CC BY-NC-SA. 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP).

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. **J. Affect. Disord.**, [S.l.], v. 228, p.41-48, mar. 2018.

YOUNG, R.C. et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. **British Journal of Psychiatry**, [S.l.], n. 133, p. 429–435, 1978.

ZANARDO, G.L.P. et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 460-474, jul./set. 2017.

ZATTI, C. **Associação entre tentativa de suicídio e história de vivências traumáticas em pacientes atendidos no hospital de pronto socorro de Porto Alegre-RS**. 2017. 38f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Ciências do Comportamento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

ZUARDI, A.W. **Fisiologia do estresse e sua influência na saúde**. São Paulo: Academia Edu, 2014, p. 1-13.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio desse termo você está sendo convidado a participar como voluntário (a) da pesquisa: **“IMPACTO DO ESTRESSE PRECOCE NA MANIFESTAÇÃO DE SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E IDEACÃO SUICIDA EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR”**. Havendo total liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento no transcorrer da pesquisa e deixar de participar do estudo.

I- Dados sobre a pesquisa científica

Título da pesquisa: “Impacto do estresse precoce na manifestação de sintomas, estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar”.

Pesquisa, nível mestrado, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisador Responsável: Juceli Andrade Paiva Morero.

Orientadora: Profa. Dra. Lucilene Cardoso, Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

II- Justificativa e objetivo da pesquisa:

O Estresse precoce é caracterizado pela ocorrência de fatores estressores/ traumáticos na infância como a situações de abandono, negligência e abuso que estão associados aos impactos negativos sobre a saúde mental, podendo contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais ao longo da vida, como por exemplo, o **TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**. O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é caracterizado pela ocorrência de intensa mudança do humor, na qual os pacientes apresentam episódios de mania e/ou hipomania, comumente alternados com períodos de depressão. É uma enfermidade mental grave, crônica e incapacitante. O agravamento da doença pode ter como consequências: um maior índice de internações com aumento no tempo de hospitalização, aumento do risco de suicídio e consequentemente uma maior utilização dos serviços de saúde ao longo da vida. Deste modo,

este estudo busca investigar e ampliar o entendimento do impacto do estresse precoce no contexto de vida do paciente com Transtorno Bipolar. Com isso, pretendemos contribuir para um melhor prognóstico da doença, colaborar para elaboração de programas de intervenção mais efetivos que visem à melhoria no cuidado à saúde e melhor qualidade do serviço prestado.

IV- Procedimentos:

O tempo total necessário para a sua participação será de 60 minutos para o preenchimento dos instrumentos, realizados em um único encontro, no próprio serviço e em espaço reservado. Neste encontro nós vamos aplicar um questionário para registrar os dados sociodemográficos, de trabalho e saúde, e assim caracterizar os participantes. Utilizaremos também consulta em seu prontuário para obter informações complementares, após autorização. Você também receberá alguns instrumentos para respondê-los no momento. Neles terão perguntas sobre as características dos cabelos; situações de estresse na infância; adoecimento; formas de enfrentamento de problemas e comportamento suicida.

V- Garantias do sujeito da pesquisa:

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 acompanhamento de saúde. 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. Para todos os participantes, será lido o termo de consentimento informado, fornecendo-lhes informações sobre a justificativa, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo do qual estão sendo convidados a participar. Somente serão aceitos no estudo aqueles que assinarem o termo de consentimento informado. A todos os voluntários será garantido o direito de receber informações e esclarecimentos quanto a qualquer dúvida que surja no transcorrer do procedimento e informação atualizada sobre o estudo, ainda que isso possa afetar a vontade de continuar participando. Da mesma forma, será garantida a segurança de não serem identificados, bem como de que todas as informações fornecidas por eles serão mantidas sob caráter confidencial.

Caso você 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 como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3315-9197, funcionamento de segunda a sexta-feira, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. O CEP tem a

finalidade traçar diretrizes para orientar ações no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade.

Você terá o número do telefone da nossa equipe, no caso de sentir algum desconforto. Caso, em algum momento do estudo, seja necessário encaminhamento para os serviços de saúde, você será encaminhado (a) pelo médico responsável aos serviços de saúde públicos oferecidos na comunidade.

Pesquisadora Responsável: Juceli Andrade Paiva Morero,
Pós-Graduanda do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Email:juceli.morero@usp.br
Fone: (16)3602-6531
Celular: (16)99181-4950

VI- Riscos e Benefícios da Pesquisa:

A pesquisa não envolve procedimentos arriscados para você e os riscos relacionados com sua participação serão minimizados por meio de acompanhamento do pesquisador, sendo que devidos encaminhamentos para apoio quando necessário serão realizados. Os benefícios relacionados com a sua participação são inestimáveis, dado que auxiliarão na elaboração de ações afirmativas relacionadas ao atendimento no cuidado à saúde, sendo os benefícios indiretos e futuros.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar desta pesquisa, peço que, por favor, **ASSINE ESTE TERMO DE CONSENTIMENTO JUNTO CONOSCO, EM DUAS VIAS**, sendo que uma delas é sua.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Título da Pesquisa: **“Impacto do estresse precoce na manifestação de sintomas, estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar”**.

Pesquisa, nível mestrado, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisador Responsável: Juceli Andrade Paiva Morero

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lucilene Cardoso

Eu, _____, fui

informado (a) de forma clara sobre os objetivos, finalidade de estudo, procedimentos, riscos e benefícios, direitos do participante e forma de participação na pesquisa **“Impacto do estresse precoce na manifestação de sintomas, estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar”**

Sendo assim, **AUTORIZO CONSULTA EM PRONTUÁRIO E ACEITO PARTICIPAR DESSA PESQUISA.**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do participante ou de
seu representante legal

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e de condições de saúde

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Número do Prontuário

Nome do

paciente:

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone(s): _____

Email: _____

Nome do

familiar:

Grau de

parentesco:

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone(s): _____

Email:

Entrevistador: _____ Data: ____ / ____ / ____

Observações

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

(Dados informados pelo PACIENTE)

- 1- Sexo:** 1. Masculino () 2. Feminino () **2- Data de Nascimento:** ____/____/____
- 3- Você sabe ler/escrever?** 1. Não () 2. Sim ()
- 4- Qual a sua Escolaridade?** 1. Fundamental incompleto 5. Superior incompleto ()
2. Fundamental completo () 6. Superior completo ()
3. Médio incompleto () 7. Outro ()
4. Médio completo ()
- 5- Situação conjugal** 1. Solteiro () 3. Separado/divorciado ()
2. Casado/ com companheiro fixo () 4. Viúvo ()
- 6- Segue alguma religião ou afiliação religiosa?** 1. Não () 2. Sim ()
- 7- Qual religião?** 1. Católico () 2. Evangélico () 3. Protestante ()
4. Espírita () 5. Outra _____
- 8- Etnia:** 1. Branco () 2. Negro () 3. Pardo () 4. Amarelo ()
- 9- Qual a sua ocupação/profissão?** _____
- 10- Exerce essa profissão atualmente?** 1. Não () 2. Sim ()
- 11- Recebe auxílio-benefício?** 1. Não () 2. Sim ()
- 12- Qual é a sua renda mensal "individual"?** _____
- Qual o valor da renda familiar?** _____
- 13- Você mora com:** 1. Família () 2. Amigos () 3. Sozinho () 4. Outro:
- 14- Pratica atividade física?** 1. Não () 2. Sim ()

ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA já apresentou ou apresenta algum problema como:

- 01-ALUCINAÇÕES, "FICOU LOUCO"/ PSICOSE OU "PROBLEMA DE CABEÇA"?** 0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai ()
3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) () 7. Tio(a) () 8. Outros _____
- 02-Interações Psiquiátricas?** " 0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) () 7. Tio(a) () 8. Outros _____
- 03-Uso remédio "controlado", remédio "para a cabeça" ou remédio psiquiátrico?** 0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai ()
3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) () 7. Tio(a) () 8. Outros _____
- 04- Álcool ou outro tipo de Droga?** " 0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) ()
6. Primo(s) () 7. Tio(a) () 8. Outros _____
- 05- Tentativa de suicídio?** 0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) ()
7. Tio(a) () 8. Outros _____
- 07 - Cometeu suicídio?** " 0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) ()
7. Tio(a) () 8. Outros _____
- 8- Você sabe dizer o nome da doença psiquiátrica/mental que você tem?**
1. Não () 2. Sim () Qual é o nome? _____

09- Idade que recebeu diagnóstico psiquiátrico? ____ anos

10- Idade da 1ª crise

10- Qual crise? _____

10- Idade que começou a usar medicação psiquiátrica (com indicação médica) pela primeira vez? ____ anos

11- Hospitalizações Psiquiátricas? 1. Não () 2. Sim () **11- Quantas? _____**

12- Idade da primeira internação psiquiátrica: ____ anos **31- Idade da última hospitalização psiquiátrica: ____ anos**

13- Você já tentou suicídio? 1. Não () 2. Sim () **13- Quantas? _____**

14- ATUALMENTE está fazendo algum acompanhamento, terapia ou atendimentos em serviço de saúde ou clínicas? (Por exemplo: psicoterapia, grupos, terapia ocupacional, atendimento psicológico, medicina alternativa)

1. Não () 2. Sim () Qual? _____ Há quanto tempo _____

15- Já fez algum acompanhamento, terapia ou atendimentos em serviço de saúde ou clínicas Por exemplo: psicoterapia, grupos, terapia ocupacional, atendimento psicológico, medicina alternativa)?

1. Não () 2. Sim () Qual? _____ Há quanto tempo _____

16- Você já apresenta ou já apresentou algum outro problema de saúde além do transtorno mental?

1. Não () 2. Sim ()

Se SIM qual ou quais problemas de saúde que apresenta ou já apresentou?

a) Diabetes 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

b) Hipertensão 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

c) Depressão 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

d) Ansiedade 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

e) Obesidade 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

f) Epilepsia 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

g) Outras: _____

Há quantos anos? _____

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

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 218/2017, de 20/09/2017

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 20 de setembro de 2017.

Protocolo CAAE: 70136117.6.0000.5393

Projeto: Impacto do estresse precoce na manifestação de sintomas clínicos, estratégias de enfrentamento e ideação suicida em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar

Pesquisadores: Juceli Andrade Paiva Morero
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 Dra. 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 B – Autorização da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF.1539- CAPP

CV/2017

Ribeirão Preto, 11 de abril de 2017.

Prezada Senhora Orientadora,

Informamos que a gerência do CAPS III - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL da Secretaria Municipal da Saúde manifestou a concordância com a realização do projeto de pesquisa em sua Unidade.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: "IMPACTO DO ESTRESSE PRECOCE NA MANIFESTAÇÃO DE SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E IDEAÇÃO SUICIDA EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR" sob a responsabilidade da Professora DRA LUCILENE CARDOSO e a orientada Juceli Andrade Paiva Moreno

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Claudia Siqueira Vassimon

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

Ilustríssima Senhora
PROFª. DRª. LUCILENE CARDOSO
ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA
FACULDADE DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA

ANEXO C – Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI PLUS)

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 D – Escala de avaliação de depressão de Hamilton - HAM D

Escala de depressão –HAM D	
Item	Definição
01. Humor deprimido	0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido 2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras 3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente
02. Culpa	0. Ausente 1. Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora 2. Apresenta-se animado ou com gestos aumentados 3. Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado) 4. Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado) X. Não avaliado
03. Interesse Sexual	0. Normal; sem aumentado 1. Discreta ou possivelmente aumentado 2. Descreve aumento subjetivo, quando questionado 3. Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hiper sexualidade 4. Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas X. Não avaliado
04. Sono	0. Não relata diminuição do sono 1. Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual 2. Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual 3. Relata diminuição da necessidade de sono 4. Nega necessidade de sono X. Não avaliado
05. Irritabilidade	0. Ausente 2. Subjetivamente aumentada 4. Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria 6. Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo 8. Hostil; não cooperativo; entrevista impossível X. Não avaliado
06. Fala (Velocidade e Quantidade)	0. Sem aumento 2. Percebe-se mais falante do que o seu habitual 4. Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborrêico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)

	6. Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador) 8. Fala pressionada, ininterruptível, contínua(ignora a solicitação do entrevistador) X. Não avaliado
07. Linguagem – Distúrbio do Pensamento	0. Sem alterações 1. Circunstancial; pensamentos rápidos 2. Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados 3. Fuga de idéias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante 4. Incoerência; comunicação impossível X. Não avaliado
08. Conteúdo	0. Normal 1. Novos interesses e planos compatíveis com a condição sociocultural do paciente, mas questionáveis 2. Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente; hiper- religioso 3. Idéias supervalorizadas 4. Delírios X. Não avaliado
09. Comportamento Disruptivo Agressivo	0. Ausente, cooperativo 2. Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado 6. Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada 8. Agressivo; destrutivo; entrevista impossível X. Não avaliado
10. Aparência	0. Arrumado e vestido apropriadamente 1. Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados 2. Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero 3. Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante 4. Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras X. Não avaliado
11. Insight (discernimento)	0. Insight presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento 1. Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento 2. Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento 3. Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento 4. Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento X. Não avaliado

ANEXO E – Escala de avaliação de mania – YOUNG

Escala de Mania Young	
Item	Definição
01. Humor e Afeto Elevados	0. Ausência de elevação do humor ou afeto 1. Humor ou afeto discreta ou possivelmente aumentados, quando questionado 2. Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, auto-confiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento 3. Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso 4. Eufórico; risos inadequados, cantando X. Não avaliado
02. Atividade Motora – Energia aumentadas	0. Ausente 1. Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora 2. Apresenta-se animado ou com gestos aumentados 3. Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado) 4. Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado) X. Não avaliado
03. Interesse Sexual	0. Normal; sem aumentado 1. Discreta ou possivelmente aumentado 2. Descreve aumento subjetivo, quando questionado 3. Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hiper sexualidade 4. Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas X. Não avaliado
04. Sono	0. Não relata diminuição do sono 1. Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual 2. Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual 3. Relata diminuição da necessidade de sono 4. Nega necessidade de sono X. Não avaliado
05. Irritabilidade	0. Ausente 2. Subjetivamente aumentada 4. Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria 6. Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo 8. Hostil; não cooperativo; entrevista impossível X. Não avaliado
06. Fala (Velocidade e Quantidade)	0. Sem aumento 2. Percebe-se mais falante do que o seu habitual

	<p>4. Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborrêico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)</p> <p>6. Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)</p> <p>8. Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)</p> <p>X. Não avaliado</p>
07. Linguagem – Distúrbio do Pensamento	<p>0. Sem alterações</p> <p>1. Circunstancial; pensamentos rápidos</p> <p>2. Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados</p> <p>3. Fuga de ideias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante</p> <p>4. Incoerência; comunicação impossível</p> <p>X. Não avaliado</p>
08. Conteúdo	<p>0. Normal</p> <p>1. Novos interesses e planos compatíveis com a condição sociocultural do paciente, mas questionáveis</p> <p>2. Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente; hiper- religioso</p> <p>3. Ideias supervalorizadas</p> <p>4. Delírios</p> <p>X. Não avaliado</p>
09. Comportamento Disruptivo Agressivo	<p>0. Ausente, cooperativo</p> <p>2. Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado</p> <p>6. Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada</p> <p>8. Agressivo; destrutivo; entrevista impossível</p> <p>X. Não avaliado</p>
10. Aparência	<p>0. Arrumado e vestido apropriadamente</p> <p>1. Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados</p> <p>2. Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero</p> <p>3. Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante</p> <p>4. Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras</p> <p>X. Não avaliado</p>
11. Insight (discernimento)	<p>0. Insight presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento</p> <p>1. Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento</p> <p>2. Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento</p> <p>3. Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento</p> <p>4. Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento</p> <p>X. Não avaliado</p>

ANEXO F– Escala de Ideação Suicida de Beck - BSI

Por favor, pense na ÚLTIMA SEMANA, incluindo hoje e responda as perguntas abaixo:

Faça um X ou um círculo no número que corresponde a sua resposta

GRUPOS	RESPOSTAS		
01	0 –Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte	1-Tenho um desejo fraco de viver	2-Não tenho desejo de viver
02	0-Não tenho desejo de morrer	1-Tenho um desejo fraco de morrer	2-Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte
03	0-Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer	1-Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais	2- Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver
04	0-Não tenho desejo de me matar	1-Tenho um desejo fraco de me matar	2-Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte
05	0-Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar	1- Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso	2-Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte

Se você fez x ou círculos nas afirmações “zero”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “um ou dois”, seja no grupo 4 ou 5, então prossiga no grupo 6.

Parte 2

GRUPOS	RESPOSTAS		
06	0 - Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente	1- Tenho breves períodos com ideias de me matar que duram algum tempo	2-Tenho longos períodos com ideia de me matar
07	0- Raramente ou ocasionalmente penso em me matar	1-Tenho ideias frequentes em me matar	2-Penso constantemente em me matar
08	0- Não aceito a ideia de me matar	1-Não aceito, nem rejeito a ideia de me matar	2- Aceito a ideia de me matar
09	0- Consigo me controlar quanto a cometer suicídio	1-Não estou conseguindo me controlar quanto a cometer suicídio	2-Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio
10	0-Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida, etc	1- Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida, etc	2- Eu não estou ou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida, etc
11	0-Minhas razões para querer cometer suicídio tem em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim, etc.	1- Minhas razões para querer cometer suicídio não tem em vista apenas influenciar os outros, mas também representa uma maneira de solucionar meus problemas	2- Minhas razões para querer cometer suicídio baseiam principalmente numa fuga de meus problemas
12	0-Não tenho plano específico sobre como me matar	1-Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes	2-Tenho um plano específico
13	0-Não tenho acesso a um método ou oportunidade de me matar	1-O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo	2-Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar,e, também tenho ou teria oportunidade de usá-lo
14	0-Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio	1-Não estou certo se tenho a coragem ou capacidade para cometer o suicídio	2-Tenho a coragem e a capacidade para cometer o suicídio
15	0-Não espero fazer uma tentativa de suicídio	1-Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio	2-Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio

16	0-Eu não fiz preparativos para cometer suicídio	1-Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio	2-Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos
17	0-Não escrevi um bilhete suicida	1-Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei	2-Tenho um bilhete suicida
18	0-Não tomei providencias em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	1-Tenho pensado em tomar algumas providencias em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	2-Tomei providencias definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio
19	0-Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar	1-Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar	2-Tento tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio
20	0-Nunca tentei suicídio	1-Tentei suicídio uma vez	2-Tentei suicídio duas ou mais vezes
21	0-Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco	1- Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado	2- Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte

ANEXO G – Escala Modo de Enfrentamento de Problemas – EMEP

		1 - Nunca NUNCA	2 – Um pouco	3 – Às vezes	4 –Quase sempre	5 -Sempre SEMPRE
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
2	Eu me culpo					
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode					
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo					
5	Procuo um culpado para a situação					
6	Espero que um milagre aconteça					
7	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu					
8	Eu rezo, faço uma oração					
9	Converso com alguém sobre o que estou					
10	Eu insisto e luto pelo que quero					
11	Eu me recuso a acreditar no que está					
12	Eu brigo comigo mesmo, eu fico falando comigo					
13	Desconto em outras pessoas					
14	Encontro diferentes soluções para o meu					
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
16	Eu tento evitar que meus sentimentos atrapalhem em outras coisas da minha vida					
17	Eu me concentro em coisas boas da minha					
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto					
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém					
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema					
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim					
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema					
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido					
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do aquele em que estou					
27	Tento esquecer o problema todo					
28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente					
29	Eu culpo os outros					

30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema					
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia					
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem					
34	Procuo me afastar das pessoas em geral.					
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer					
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.					
37	Descubro quem mais é ou foi responsável					
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como achar muito dinheiro ou fazer uma vingança					
39	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela					
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui					
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo					
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e estou cumprindo					
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação					
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema					

Você tem feito alguma outra coisa para lidar e enfrentar sua enfermidade?

ANEXO H – Childhood Trauma Questionnaire – CTQ

ENQUANTO EU CRESCIA...	Nunca	Poucas Vezez	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.					