

ÂNGELA LEGGERINI DE FIGUEIREDO

Associação entre trauma na infância e Transtorno do humor na vida adulta

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre

2012

**F475a** Figueiredo, Ângela Leggerini de

Associação entre trauma na infância e transtornos do humor na vida adulta. / Ângela Leggerini de Figueiredo. – Porto Alegre, 2012.

114 f.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Irani Iracema de Lima Argimon

1. Psicologia. 2. Traumas Psicológicos. 3. Crianças – Maus Tratos. 4. Transtorno Bipolar. I. Argimon, Irani Iracema de Lima. II. Título.

**CDD 155.4**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Ângela Leggerini de Figueiredo

Associação entre trauma na infância e Transtorno do humor na vida adulta

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon

Presidente

Dr. Renata Brasil Araújo

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Prof. Dr. Ricardo Silva

Universidade Católica de Pelotas

Prof. Dr. Luciano Mattos de Souza

Universidade Católica de Pelotas

Porto Alegre, janeiro de 2012

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa a conclusão de uma etapa onde me propus a seguir por um caminho (pesquisa) que até então era por mim desconhecido. Primeiramente gostaria de agradecer a todos os pesquisadores que participaram da coleta e do delineamento deste projeto, pois sem eles não teria conseguido realizar todo este estudo. Em especial gostaria de ressaltar o quanto para mim foi especial poder contar com os colegas e amigos: Paula Gützh e Fabio Ferraz sempre firmes em todas as dificuldades. Muito obrigada a todos os auxiliares de pesquisas e bolsistas de iniciação científica. A minha orientadora Irani Iracema de Lima Argimon pela total liberdade dada a mim.

Agradeço ainda mesmo que de forma “secreta”, a todos os meus pacientes e alunos que compreenderam e aceitaram momentos onde tive de diminuir a disponibilidade que sempre tiveram.

Não poderia deixar de agradecer com destaque a querida amiga, colega e companheira de todos os projetos Sabrina Gomes Rusch, por quem tenho imensa admiração, respeito e carinho.

Agradeço a presença firme, companheira e conciliadora de todas as horas do colega de grupo, amigo e referência de profissional Aneron Canals.

Muito obrigado ainda ao querido colega Thiago Loreto pela paciência com minha eterna “dificuldade” com as normas acadêmicas.

Por fim, gostaria de agradecer a minha família: Eduardo, Ana Laura e Caetano pelo apoio paciência e carinho todos os dias deste processo que muito me tirou de casa. Agradeço a ti Caetano por seres muito mais que um marido, seres um amigo e fonte de inspiração e apoio para todos os passos que dou na minha vida. Obrigada!

## RESUMO

O presente estudo é dividido em três capítulos: um estudo teórico, e dois empíricos. O capítulo teórico apresenta uma revisão sistemática, onde foram buscados artigos dos últimos dez anos que relacionassem Trauma na infância com Transtorno de Humor na vida adulta em estudos empíricos (transversais ou de coorte). Nesta revisão verificou-se a falta de estudos empíricos que descrevessem estes fenômenos e sua associação em nosso país, a partir de tal realidade delineou-se os estudos empíricos para verificação de trauma na infância e sua associação com os transtornos do humor em uma população clínica do município de Porto Alegre. No capítulo dois descreveu-se a frequência de trauma na infância e dividiram-se a partir do QUESI (Questionário Sobre Traumas na Infância) quais os tipos mais frequentes. No terceiro capítulo verificou-se a associação entre Trauma na infância Transtornos do humor, diagnosticados a partir da SCID-I-CV e sintomas do humor depressivos (BDI-II) e hipomaníacos (HCL-32).RESULTADOS: A frequência de trauma encontrada nesta população foi de 44,22%. E este apresentou associação com os transtornos de humor bipolar e distímia. Verificou-se ainda a carência de estudos que descrevam e associem fatores para desenvolvimento de psicopatologia na realidade brasileira. E por fim dificuldade em ter-se parâmetros firmes para a realização de estratégias de intervenção e prevenção eficazes.

**PALAVRAS CHAVE:** Trauma na Infância, Transtornos do humor, população clínica, estudos analíticos de associação e psicopatologia.

## ABSTRACT

This study is divided into three sections: one theoretical and two empirical studies. The theoretical chapter presents a systematic review were searched the last ten years researches that related Childhood Trauma with mood disorders in adults in empirical studies (cohort or cross). In this review there was a lack of empirical studies that describe these phenomena and their association in our country, from such a reality was outlined to verify the empirical studies of childhood trauma and its association with mood disorders in a clinical population in the city of Porto Alegre. Chapter two describes the frequency of childhood trauma and specified by the most frequent types with the Childhood Trauma Questionnaire. In the third chapter there was an association between trauma in childhood mood disorders, diagnosed from the SCID-I-CV and symptoms of depressive mood (BDI-II) and hypomanic (HCL-32). RESULTS: The frequency of trauma found this population was 44.22%. And that was associated with bipolar disorder and dysthymia. There was also a lack of studies describing and associating factors for the development of psychopathology in the Brazilian reality. Finally difficulty parameters have been firm to carry out intervention strategies and effective prevention.

**KEY-WORDS:** Childhood Trauma, Mood disorders, clinical population, analytical studies of association and psychopathology.

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	7
Número da Área do CNPQ.....	8
Introdução.....	9
Capítulo I – Estudo Teórico - Trauma Infantil e sua Associação com Transtornos do Humor na Vida Adulta.....	22
Capítulo II – Estudo Empírico - Trauma na Infância em uma População Clínica.....	34
Capítulo III – estudo Empírico - A Associação de Trauma na Infância com Transtorno de Humor na vida adulta.....	57
Considerações Finais.....	75
Referências.....	81
Anexo 1- Parecer Comitê de Ética.....	92
Anexo 2 – Parecer Comissão Científica.....	93
Anexo 3 – Termo de Consentimento e Livre Esclarecido.....	94
Anexo 4 – Manual de Trabalho de Campo.....	95
Anexo 5 – Ficha Sócio-Demográfica.....	101
Anexo 6 – HCL-32.....	104
Anexo 7 – BDI-II.....	109
Anexo 8 – QUESI.....	111
Anexo 7 – Grade de Respostas SCID-I.....	112

## LISTA DE TABELAS

Capítulo I - Negligência Infantil e sua Associação com Transtornos do Humor na Vida Adulta.....	22
Tabela 1: Revisão da Literatura.....	26
Capítulo II - Trauma na Infância em uma População Clínica.....	34
Tabela 1 - Dados descritivos da amostra.....	43
Tabela 2 - Associação a partir da regressão linear com variáveis sócio demográficas e o QUESI.....	46
Tabela 3 - Domínios de Trauma na Infância segundo escala QUESI.....	47
Tabela 4 - Domínio Negligência Física - QUESI.....	48
Tabela 5 - Domínio Negligência Emocional- QUESI.....	49
Tabela 6 - Domínio Abuso Emocional- QUESI.....	50
Tabela 7 - Domínio Abuso Físico- QUESI.....	50
Capítulo III - A Associação de Trauma na Infância com Transtorno de Humor na vida Adulta.....	57
Tabela 1 - Resultados descritivos dos instrumentos utilizados.....	67
Tabela 2 - Regressão linear entre instrumentos para verificação da associação entre Transtorno do Humor e Trauma na infância (QUESI).....	70
Tabela 3 - Relação QUESI (total e por domínio) com Transtorno Bipolar (TB I, II ou SOE).....	71

**NÚMERO DA ÁREA DO CNPQ**

7.07.00.00-1 Psicologia

4.06.01.00-5 Epidemiologia

4.01.04.00-1Psiquiatria

## Introdução

Um dos temas mais inquietantes da atualidade é a etiologia dos transtornos mentais. Mais do que determinar causas, cada vez mais busca-se encontrar quais fatores se associam e podem ser vistos como preditivos de vulnerabilidade do indivíduo. Os motivos para esta inquietação podem ser muitos, desde a crescente preocupação com a prevenção em saúde, até a busca de estratégias mais eficazes na promoção desta.

Na última década, os transtornos do humor têm sido amplamente estudados e caracterizados por terem alta taxa de prevalência e severas consequências globais na vida do indivíduo. Pesquisadores como Angst (2003), Akiskal (2000) e Ghaemi (1998) têm-se preocupado cada vez mais com o impacto que os transtornos do humor, tanto unipolares, como bipolares. Tais autores descrevem que as consequências destes quadros se refletem tanto na vida afetiva (relação conjugal e entre pares), vida funcional (maior número de doenças físicas associadas) e ocupacional (desemprego e aposentadoria precoce), como no bem estar e auto imagem.

Outra situação, a qual muito vem sendo estudada na atualidade, é o trauma ou negligência, que, para muitos autores, é um dos principais fatores associados com o desenvolvimento de transtornos mentais. Autores consagrados, como Marsha Linnehan (2010), por exemplo, associam o abuso sexual na infância com o Transtorno de Personalidade Borderline. Já Lauren et al. (2006) associam o trauma na infância como fator associado a transtornos do humor. Canals (2011) mostra a relação entre transtornos do humor e satisfação conjugal, chegando à associação entre os transtornos e à insatisfação.

A partir deste contexto, a presente revisão tem como objetivo verificar, na literatura atual, quais são as principais associações descritas entre trauma na infância, transtornos de humor e satisfação conjugal.

### *Trauma na Infância*

Segundo Pires e Miyazaki (2005), os maus tratos na infância são motivo de preocupação crescente em nosso país. Tais autores dividem os maus tratos da seguinte forma: negligência e abandono, negligência física, negligência educacional, emocional, sevícias ou abuso físico, abuso psicológico e abuso sexual. Estas situações, segundo as autoras, são a primeira causa de morte na faixa etária de cinco a dezenove anos, o que acaba evidenciando que, no Brasil, as crianças morrem mais por maus tratos do que de por doenças físicas. Estes dados aparecem de forma impactante, levando em conta que, além da mortalidade, a maioria dos autores que trabalha com trauma e maus tratos referem que estas situações estão estreitamente relacionadas com sintomas e transtornos mentais na vida adulta. Portanto, indicam que o trauma na infância acarreta sérias consequências tanto na vida do indivíduo, como para a sociedade como um todo.

Kerr-Corrêa, Tarelho, Crepaudi, Camiza e Villanassi (2011) relatam que o transtorno de humor depressivo é a principal consequência mental adulta do trauma infantil, além de causar sintomas ligados à impulsividade, agressividade e sexualidade.

Leverich et al.(2002) postulam que quanto maior o trauma infantil, pior será o curso do transtorno de humor bipolar. Witsch-Baumgartner et al. (2004) acrescenta, ainda, que há tendência a uma maior suicidabilidade nestes mesmos sujeitos.

Briere e Elliott (2002) relatam que crianças abusadas sexualmente são mais propensas a se vitimar. Isto faz com que tenham mais sintomas de transtornos mentais e, conseqüentemente, as torna mais vulneráveis a transtornos de humor e a vínculos familiares disfuncionais.

López, Capintero, Hernández, Martín e Fuertes (1995) falam que os sintomas do humor do humor são os mais prevalentes após abuso sexual, principalmente aqueles que se referem a hostilidade, agressividade e vergonha.

Beard, Galea e Vlahov (2008) trazem o trauma na infância como o principal fator associado ao desenvolvimento de transtornos do humor. Se este está associado a uma história familiar positiva de transtorno do humor, as chances de desenvolvimento se tornam maiores. Tais autores indicam uma necessidade de estudar-se a prevalência destes transtornos na população geral, pois adultos com sintomas de humor têm maior probabilidade de negligenciar sua prole por consequência destes. Também, os sintomas de ansiedade são apontados como sintomas frequentes pós-negligência.

Kapczinski et al. (2008) relatam a relação frequentemente encontrada entre níveis séricos diminuídos de BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro) e episódios de mania. Os mesmos salientam ainda que existe redução dos níveis séricos de BDNF em situações de trauma, principalmente na infância. Esta é mais uma evidência que existe uma relação entre trauma na infância e transtorno do humor na vida adulta.

Segundo Lima (2006), a maneira com que o trauma na infância tem sido encarado vem se modificando significativamente. O que outrora era visto como usual e, até mesmo indolor, hoje em dia passou a ser considerado como fator de risco. Segundo Canha (2000), o trauma é fator definitivo na fisiopatologia da vida.

Segundo Grassi (2006), o trauma pode ser uma marca para toda vida, tanto no desenvolvimento psicológico, como no biológico e neuropsicológico no indivíduo. O autor aponta ainda para a associação com déficits cognitivos e de memória a partir de um trauma infantil.

Segundo Pires e Miyazaki (2005), a preocupação com os maus tratos na infância, nos EUA, começou em 1874. Em 1946, foi publicado o primeiro artigo sobre abuso físico neste

mesmo país. O primeiro momento em que o assunto foi encarado como um problema foi em 1961, quando Henry Kempe postulou “A Síndrome da Criança Espancada”, que foi reconhecida pela academia americana de Pediatria como uma síndrome.

Bordin e Offord (2000) apontam como principais consequências da violência doméstica os transtornos de conduta e antissocial, frisando a necessidade de realizar um diagnóstico diferencial destes com um episódio maníaco. Já Tucci (2005) coloca que a negligência infantil aparece mais vezes em familiares de dependentes químicos.

Monteiro (2010) afirma que o trauma na infância torna o indivíduo vulnerável, de maneira geral, na vida adulta.

Beard, Galea e Vlahov (2008) afirmam que o trauma na infância é um dos principais fatores etiológicos para o transtorno de humor, principalmente o depressivo.

### *Transtornos do Humor*

Os transtornos afetivos, principalmente os relacionados com a depressão, são uns dos mais comuns transtornos mentais, com prevalência para a vida, em muitos estudos, entre 17 e 24% (Bijl, Ravelli & van Zerssen, 1998; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003; Szadoczky, Papp, Vitrai, Rihmer, & Furedi, 1998). Kessler et al. (2003) observaram a ocorrência de 24,2% de Transtorno Depressivo Maior (TDM). O estudo de Zurique apresentou 24,2% para todos os transtornos de humor (Angst et al., 2005). A depressão é altamente recorrente; acima de 75% dos pacientes experimentam mais de um episódio (Keller & Bolland, 1998), mas a questão fundamental é se isto é verdadeiramente unipolar (UP), ou se sinais de bipolaridade são subestimados. Nos últimos anos, observa-se um aumento em relação ao interesse no estudo da prevalência e identificação do espectro bipolar, o qual inclui formas clássicas do transtorno do humor bipolar e formas mais leves, inclusive temperamentais, que não preenchem os atuais critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup>

edição (CID 10, OMS, 1993) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002).

As manifestações mais suaves dos sintomas maníacos são difíceis de determinar, porque os pacientes tendem a se queixar apenas dos sintomas depressivos, muito mais frequentes ao longo da vida, identificando os sintomas maníacos como momentos, ou períodos, de bem-estar ou remissão (Ghaemi, Ko & Goodwin, 2002). Por outro lado, os psiquiatras tendem a não pesquisar ativamente os sintomas do espectro maníaco, detendo a noção de que o TB (Transtorno Bipolar) é raro (Bowden, 2001). De fato, grandes levantamentos biológicos apontaram para uma prevalência do TB ao longo da vida em torno de 1% (Bebbington & Ramana, 1995), mas estudos clínicos e populacionais mais recentes evidenciaram taxas entre 3,0 e 8,8% (Angst, 1998). A identificação de pacientes pertencentes ao espectro bipolar possui grande importância clínica, social e econômica (Hirschfeld et al., 2003a; Simon, 2003), o que justifica a pertinência científica de estudos sobre esse transtorno. Apesar da terapêutica disponível, o TB continua sendo pouco diagnosticado e inadequadamente tratado (Akiskal et al., 2000; Ghaemi et al., 2000). Entre as consequências oriundas da falta de diagnóstico está o agravamento do curso pelo tratamento iatrogênico com antidepressivos, maior risco de suicídio, alcoolismo, drogadição, risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, principalmente AIDS, e problemas legais (Calabrese et al., 2003; Dunner, 2003). Os transtornos bipolares são doenças psiquiátricas crônicas que demoram, em média, 10 anos, desde o início dos sintomas, para serem corretamente diagnosticados e tratados (Suppes et al., 2001; Hirschfeld, Lewis & Vornik, 2003) e mesmo suas formas subsindrômicas carregam elevado potencial de desfechos negativos sociais e funcionais em adolescentes (Lewinsohn, Klein & Seeley, 1995) e adultos (Angst et al., 2003). Provavelmente as taxas elevadas de comorbidades com alcoolismo e abuso/dependência de

substâncias e com transtornos ansiosos potencializam as consequências negativas do TB (Goodwin & Jamison, 2007).

Estimativas de prevalência encontradas são substancialmente mais altas. Tais estimativas, entretanto, ainda carecem de validação em estudos populacionais. O Transtorno Bipolar é igualmente prevalente entre homens e mulheres, sendo mais frequente entre solteiros e separados. Indivíduos acometidos têm maiores taxas de desemprego e estão mais sujeitos a utilizarem serviços médicos e serem hospitalizados. O custo e a eficácia dos tratamentos de Transtorno Bipolar devem ser balanceados com o alto custo individual e social associados à enfermidade. Uma preocupação de grande magnitude, portanto, é identificar indivíduos que são bipolares. Vários instrumentos foram desenvolvidos para detectar condições bipolares. Alguns deles objetivam o acesso a traços e não indagam por sintomas dentro de episódios específicos (Dupue et al., 1981; Eckblad & Chapman, 1985). Apesar de esses instrumentos serem frequentemente usados para identificar indivíduos com transtornos (sub)afetivos (Lovejoy & Steuerwald, 1995; Klein, Dickstein, Taylor e Harding, 1989; Meyer. & Hautzinger, 2002), eles são melhor entendidos como acessando fatores de risco para TB futuro (Kwapil et al., 2000; Blechert & Meyer, 2005). Outras escalas como a *Internal State Scale* (Bauer et al., 1991) e *Self-Rating Mania Inventory* (Shugar, Schertzer, Toner & Di Gasbarro, 1992), por outro lado, focam em sintomas atuais e não são aplicáveis para propostas de detecção. Recentemente, Hirschfeld e colaboradores (2000) publicaram o MDQ (*Mood Disorder Questionnaire*) como um instrumento de detecção. Apesar dos dados iniciais serem promissores com suficiente sensibilidade e especificidade (Hirschfeld et al., 2000), o conteúdo dos itens e outros relatos sugerem que sua validade, na população geral, e seu poder de detectar TB II, ou outras condições bipolares subsindrômicas, poderiam ser restritos (Miller et al., 2004; Zimmerman, Posternak, Chelminsky & Solomon, 2004).

Recentemente, Angst et al. (2005) desenvolveram um instrumento de detecção de autorrelato que (a) é focado primeiramente na identificação de bipolaridade em pacientes com depressão unipolar, (b) indagar para uma diversidade de sintomas (incluindo sintomas subliminares tal como “fazendo piadas” e “Eu estou menos tímido e inibido”), (c) inclui questões adicionais especificando duração e possíveis consequências subjetivas e negativas em áreas diferentes e (d) é testado simultaneamente em diferentes idiomas. A Escala de Avaliação de Hipomania (EAH) adotou uma perspectiva dimensional de um espectro bipolar de “altos” normais a hipomania e mania (Angst et al., 2003; Meyer & Keller, 2003). Originalmente, a EAH foi usada repetidamente como um *checklist* de entrevista no estudo de coorte epidemiológico de Zurique (Angst, 1998; Wicki & Angst, 1991). A EAH com 20 itens (EAH-20) foi primeiramente usada na França para auto-relato de hipomania em um estudo e mostrou duplicar a detecção de condições bipolares (Hantouche, Angst & Akiskal, 2003). Para implementar uma versão padrão internacional da EAH, Angst et al. (2005) desenvolveram uma versão com 32 itens que inclui a versão original (20 itens), adicionando itens que provaram serem importantes no reconhecimento da hipomania. Evidências preliminares dão suporte à validade da EAH. Duas amostras clínicas de pacientes com unipolares e bipolares da Itália (N=186) e Suécia (N=240) mostraram similares perfis sintomatológicos e estruturas fatoriais do instrumento. Ambas as amostras revelaram 02 fatores que foram denominados como “hipomania ativa/elevada” e “hipomania tomadora de riscos/irritável”. Fundamentalmente, apesar da EAH não ter sido capaz de discriminar entre TB-I e TB-II, distinguiu entre condições unipolares e bipolares, com uma sensibilidade de 80,1% e uma especificidade de 51,4%. De modo interessante, a subescala “tomadora de riscos/irritável” foi mais relevante para distinguir transtornos unipolar e bipolar. A utilidade da EAH foi, também, recentemente mostrada em estudos clínicos na Sardenha e Barcelona (Sánchez-Moreno et al., 2005).

Achados documentam uma associação entre transtornos de humor na idade adulta e violência na infância, especialmente em pacientes com mania, em um país em desenvolvimento (Zavaschi, et al, 2006).

Tendo em vista o que a literatura traz descrito a cima, os objetivos deste estudo são: fazer uma revisão sistemática sobre associação de trauma na infância e transtornos de humor na vida adulta, para embasar um estudo empírico que primeiramente investiga a existência de trauma na infância em uma população clínica e posteriormente sua associação com transtorno do humor na vida adulta nesta mesma população.

#### Referências

- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Moller, H. & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 1(Suppl 59), S5-S30.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, (4ª ed. – TR). Porto Alegre: Artmed.
- Angst J, Cassano G. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorder* 2005; 7 (suppl 4): 4-12.
- Angst, J (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 143-151.
- Angst, J, Gamma, A., Benazzi, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D. & Rössler, W (2003). Toward a re-definiton of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 73, 133-146.
- Angst, J., Adolfsson, R., Bennazi, F., Gamma, A., Hantouche, E. et al. (2005). The HCL-32: a self – assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88, 217-233.

- Bauer, M. S., Crits-Christoph, P., Ball, W. A., Dewees, E., McAllister, T., Alahi, P. et al. (1991). Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. *Archives of General Psychiatry*, 48, 807-812.
- Beard, J.R., Galea, S. & Vlahov. G (2008). Longitudinal population-based studies of affective disorders: Where to from here? *BMC Psychiatry*, 8.
- Bebbington, P. & Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 279-292.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Blechert, J. & Meyer, T. D. (2005). Are the scales hypomanic personality, impulsive nonconformity and rigidity predictors of bipolar symptoms? *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 15-27.
- Bordin, I. A. & Offord, D. R. (2000). Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, suplemento II, 12-15.
- Bowden, C. L. (2001). Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 52, 51-55.
- Briere, J & Elliott D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205–1222.
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck Jr, P. E. et al. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (4), 425-432.
- Canals, A. A. (2011). *Satisfação conjugal em indivíduos atendidos em um serviço de atenção primária à saúde de um setor da cidade de porto alegre: Sua associação com sintomas do transtorno do humor*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Dunner, D. L. (2003). Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 456-463.

- Dupue, R.A., Slater, J. F., Wolfstetter-Kausch, H., Klein, D., Goplerud, E. & Farr, D. (1981). A behavioral paradigm for identifying persons at risk for bipolar depressive disorder: a conceptual framework and five validation studies. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 381-437.
- Eckblad, M. & Chapman, L. J. (1985). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 214-222.
- Lovejoy, M. C. & Steuerwald, B. L. (1995). Subsyndromal unipolar and bipolar disorders: comparisons on positive and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 381-384.
- Ghaemi, N. (1998). Understanding manic-depressive illness. *Archives of General Psychiatry, 55*, 23-25.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E. E. & Goodwin, F. K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 804-808.
- Ghaemi, S. N., Ko, J. Y & Goodwin, F. K. (2002). "Cade's Disease" and beyond: Misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 47*, 125-134.
- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness*. New York. Oxford University Press.
- Hantouche, E. G., Angst, J. & Akiskal, H. S. (2003). Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders, 73*, 39-47.
- Hirschfeld, R. M. A., Calabrese, J. R., Weissman, M. M., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A. et al. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 53-59.
- Hirschfeld, R. M. A., Lewis, L. & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 161-174.

- Hirschfeld, R. M. A., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck Jr, P. E. et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1873-1875.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, *34*, 597-611.
- Kapczinski, F., Frey, B. N., Andreatza, A.C., Kauer-Sant'Anna, M., Cunha, A. B. M., Post, R.M. (2008). Increased oxidative stress as a mechanism for decreased BDNF levels in acute manic episodes. *Revista Brasileira de psiquiatria*, *30*, 243-245.
- Keller, M. B. & Bolland, R. J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, *44*, 348-360.
- Kerr-Corrêa, F., Tarelho, L. G., Camiza, L. D., & Villanassi, R. (2000). Abuso sexual e dependência de álcool e drogas: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *49* (4), 85-95.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Keretz, D., Merikangas, K. R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, *289*, 3095-3105.
- Klein, D. N., Dickstein, S., Taylor, E. B. & Harding, K. (1989). Identifying chronic affective disorders in outpatients: validation of the General Behavior Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 106-111.
- Kwapil, T. R., Miller, M. B., Zinser, C., Chapman, L. J., Chapan, J. P. & Eckblad, M. (2000). A longitudinal study of high scorers on the Hypomanic Personality Scale. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 222-226.
- Leverich G. S., McElroy S. L., Suppes T., Keck Jr. P. E., Denicoff K. D., Nolen W. A., Altshuler L. L., Rush, J., Kupka, R., Frye, M., Autio, K., & Post R. M. (2002) Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, *51* (4), pp. 288-297.

- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorder in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (4), 454-463.
- Lima, L. (2006). *Os maus-tratos infantis*. Monografia de curso de especialização. Centro de estudos Multiculturais, Lisboa.
- Grassi-Oliveira, R. Stein, L. M. & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública* [online], 40, n.2 [cited 2010-10-21], pp. 249-255 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)
- Lopez, F., Carpintero, E. , Hernandez, A., Martin, M. J. , Fuertes, Y. A. (1995). Prevalence and Consequences of Child Sexual Abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect*, 19 (9), 1039-1050.
- Meyer, T. D. & Hautzinger, M. (2002). Screening for bipolar disorders using the Hypomanic Personality Scale. *Journal of Affective Disorders*, 75, 149-154.
- Meyer, T. D. & Keller, F. (2003). Is there evidence for a latent class called “hypomanic temperament”? *Journal of Affective Disorders*, 75, 259-267.
- Miller, C. J., Klugman, J., Berv, D. A., Rosenquist, K. J. & Ghaemi, S. N. (2004). Sensitivity and sensibility of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 81, 167-171.
- Monteiro, S. R. T. (2010). Maltrato por Omissão de Conduta a Negligência Parental na Infância Estudo de Caso “Uma década e diferentes visões do desenrolar de histórias de vidas.”. *Dissertação de mestrado*, Universidade do Porto, Cidade do Porto.
- Pires, A.L.D. & Miyazaki, M.C.O.S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de ciência e Saúde*, 12 (1), 42-49
- Sanchez-Moreno, J., Vieta, E., Lahuerta, J., Zaragoza, S., Sánchez, G., De Grazia, M. et al. (2005). Desarrollo y validación de um instrumento para la detección hipomanía: El “Hypomania checklist” (HCL-32). *Actas Luso-Españolas de Neurologia y Psychiatry*, 134(páginas).

- Shugar, G., Schertzer, S., Toner, B. B. & Di Gasbarro, I. (1992). Development, use, and factor analysis of a self report inventory for mania. *Comprehensive Psychiatry*, *33*, 325-331.
- Simon, G. E. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, *54*, 208-215.
- Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L. et al. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, *67*, 45-69.
- Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z. & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*, *50*, 153-162.
- Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F., & Souza-Formigon, M. L., Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*, *34*, 95–104.
- Witsch-Baumgartner, Gruber, Kraft, Rossi, Clayton, Giros, Haas, Kelley, Krajewska-Walasek, and Utermann, (2004). Maternal apo E genotype is a modifier of the Smith–Lemli–Opitz syndrome. *J. Med. Genet.*, *41*, 577–584.
- Zavaschi, M. L., Graeff, M. E., Menegassi, M. T., Mardini, V., Pires, D. W., Carvalho, et al. (2006). Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*(3), 184-190.
- Zimmerman, M., Posternak, M. A., Chelminsky, I. & Solomon, D.A. (2004). Using questionnaires to screen for bipolar disorders in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 605-610.

## **CAPÍTULO 1**

Estudo Teórico

### **TRAUMA INFANTIL E SUA ASSOCIAÇÃO COM TRANSTORNOS DO HUMOR NA VIDA ADULTA**

## Introdução

Um dos temas mais inquietantes da atualidade é a etiologia dos transtornos mentais. Mais do que determinar causas, cada vez mais busca-se encontrar quais fatores se associam e podem ser visto como fatores preditivos de vulnerabilidade do indivíduo. Os motivos para esta inquietação podem ser muitos: desde a crescente preocupação com a prevenção em saúde, como a busca de estratégias mais eficazes na promoção desta.

Na última década, os transtornos do humor têm sido amplamente estudados e caracterizados por terem alta taxa de prevalência e severas consequências globais na vida do indivíduo. Autores como Angst (2002), Akiskal et al. (2000) e Ghaemi (1998) têm-se preocupado cada vez mais com o impacto que os transtornos do humor, tanto unipolares, como bipolares. Tais autores descrevem que as consequências destes quadros se refletem tanto na vida afetiva (relação conjugal e entre pares), vida funcional (maior número de doenças físicas associadas) e ocupacional (desemprego e aposentadoria precoce), como no bem estar e auto imagem.

Outra situação que muito vem sendo estudado na atualidade é o trauma ou negligência, que para muitos autores é um dos principais fatores associados com o desenvolvimento de transtornos mentais. Autores Alloy, Abramson, Smith, Gibb, e Neeren (2006) associam o trauma na infância como fator associado a transtornos do humor.

A partir deste contexto, a presente revisão sistemática tem como objetivo verificar, na literatura atual, quais são as principais associações descritas entre trauma na infância, transtornos de humor.

## Método

O presente estudo é uma revisão sistemática da literatura. Segundo Atallah e Castro (1998), este tipo de revisão é uma forma atual de levantar e avaliar dados recentemente publicados de forma simultânea. Segundo os mesmos autores é uma forma completa, precisa, portanto possível de ser reproduzida e que por tais características se torna cientificamente relevante.

Tais autores descrevem ainda o passo a passo necessário para uma revisão sistemática no modelo Cochrane: definição de tema; definição de palavras-chave ou de busca; definição de bases de dados a serem consultadas; definição do intervalo de tempo que será pesquisado; definição dos dados importantes a serem investigados e relacionados; fatores de inclusão e exclusão dos artigos encontrados; seleção dos artigos; organização de um quadro que sistematize os resultados; por fim, a discussão dos resultados encontrados. Este foi o modelo utilizado na presente revisão.

- 1) Definição do tema: o tema foi definido a partir do interesse em verificar se a literatura atual aponta associação entre trauma na infância e Transtornos do Humor na vida adulta. O tema em questão é de extrema relevância para entendimento da intersecção de dois fenômenos muito presentes na prática clínica e a partir deste o posterior apontamento para estratégias de intervenção e prevenção;
- 2) Definição de palavras chave ou de busca: para a busca foram definidas as seguintes palavras chaves com o intuito de encontrar o maior número de artigos sobre o tema: transtornos do humor OR transtornos afetivos AND Trauma na infância OR negligência na infância AND associação OR estudos associativos (Mood disorders OR Affective disorders AND Childhood trauma OR neglect in childhood AND Association OR Association studies).

- 3) Definição de bases de dados: optamos por pesquisar nas bases mais relevantes da área da psicologia e psiquiatria. Utilizamos: Scielo, Web of Science, PsychInfo, LILACS, Pubmed e Medline.
- 4) Definição dos dados importantes a serem investigados: os principais dados a que foram buscados foram os fatores associados entre ambos fenômenos, quem realizou o estudo, local do estudo/revista, número de amostral do estudo, data de realização do estudo, associação com variáveis independentes como idade, gênero, nível sócio econômico da amostra, método utilizado no estudo, instrumentos utilizados no estudo e resultados mais significativos.
- 5) Definição do intervalo de tempo a ser pesquisado: optou-se por buscar do ano de 2000 a março de 2011, para obter-se dados atualizados.
- 6) Fatores de inclusão e exclusão:
  - a. Inclusão: como fatores de inclusão consideramos artigos quantitativos; com delineamento transversal ou coorte; que incluíssem alguma entrevista ou instrumento diagnóstico; tratar de algum transtorno do humor e de algum trauma (abuso físico, sexual ou emocional e negligência física ou emocional) na infância, ter sido publicado no período estabelecido (2000-2011).
  - b. Exclusão: serem artigos de revisão de literatura; tratarem de outros transtornos psiquiátricos; tratarem de outros domínios do trauma na infância; estarem fora do período de tempo determinado; Estudos que verificassem a eficácia de alguma intervenção, estudos de análise de dados realizada qualitativamente.

7) Seleção dos Artigos (Resultados): foram encontrados inicialmente 123 artigos, após a leitura e a utilização dos critérios de inclusão e exclusão ficaram 10 artigos que serão descritos a seguir.

Dos que foram excluídos:

-25 tratavam-se de estudos de validação de instrumentos para um dos transtornos escolhidos;

-31 tratavam-se de estudos de intervenção;

-53 buscavam a associação entre um dos transtornos desejados e outra comorbidade, como transtornos de ansiedade ou personalidade;

-4 eram revisões sistemáticas ou metanálises.

A seguir é apresentada uma tabela com a discussão dos estudos relacionados.

## Resultados e Discussão

Iniciou-se a discussão dos resultados através de uma tabela que sintetiza os artigos utilizados. Vide Tabela 1:

Tabela 1  
Revisão da Literatura

Autor	Título/ Periódico (Revista)	Ano/Amostra	Instrumento	Método	Conclusões
Hills et al.	Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: a general population study. <i>American Journal of Psychiatry</i>	2000/ N 862	Relato de Abuso Sexual GHQ-28	Transversal	Existe uma forte associação entre meninas que foram abusadas sexualmente e sintomas depressivos na vida adulta.
Gopinath et al.	Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. <i>Journal of Affective Disorders</i>	2006/ N 386	Triagem clínica, Fatores Sócio demográficos, observação e CTQ	Coorte	Pessoas que sofreram algum tipo de trauma na infância apresentam menos estratégias para lidar com a depressão.
Pfeiffer et al.	Generalized expectancies for negative mood regulation and major depressive disorder: the role of previous depressive episodes and comorbid mental disorders. <i>Psychopathology</i> .	2011/ N 600	SCID-I NMR-SF	Transversal	Expectativa de mal desempenho em regular o humor gera mal regulação
Weil et al.	Trauma infante juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico <i>Revista médica de Chile</i>	2004/ N 505	Escala de Trauma Infantil de Marshal CIDI 2.1	Transversal	31,8% dos pacientes que pontuaram na escala de trauma apresentam alguma desordem afetiva, 11,8% transtornos somáticos e 20% TEPT.
Duran et al.	Child maltreatment prevalence and mental disorders outcomes among American Indian women in primary care. <i>Child and Abuse Neglect</i>	2004/ N 234 mulheres de tribos indígenas	GHQ CIDI CTQ	Transversal	76,5% sofreram maus tratos na infância. E estes apresentavam associação com Transtorno de Humor na vida adulta.

<b>Cutajar et al.</b>	Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. <i>Child Abuse and Neglect</i>	2010/ N 2759	Registros medicos forenses	Coorte	O abuso sexual na infância se correlaciona com vários transtornos mentais, inclusive os Transtornos do Humor
<b>Ibarra-Alcantar et al.</b>	Correlates of childhood physical maltreatment in adult women with dysthymic disorder 317 or major depression. <i>Salud Mental</i>	2010/ N 317 mulheres	MINI BDI CPMI	Transversal	Mulheres que sofreram abuso físico e sexual na infância, têm mais chance de apresentar Depressão e Distímia na vida adulta.
<b>Alloy et al.</b>	Role of Parenting and Maltreatment Histories in Unipolar and Bipolar Mood Disorders: Mediation by Cognitive Vulnerability to Depression. <i>Clinical Child And Family Psychology Review</i>	2006/ N ???	Questionário de 3 perguntas	Transversal	Existe associação entre maus tratos na infância e Transtornos do Humor Unipolares e Bipolares
<b>Carey et al.</b>	Risk indicators and psychopathology in traumatized children and adolescents with a history of sexual abuse. <i>European Child &amp; Adolescent Psychiatry</i>	2007/ N 94	Entrevista de triagem CTQ	Transversal	O abuso sexual é fator de risco para psicopatologias no adulto como transtornos do humor.
<b>Young et al.</b>	Suicidal Behavior in African American Women with a History of Childhood Maltreatment. <i>Psychoanalytic Psychology</i>	2006/ N 274	R-RR BSI BHS MMPI BDI MAST TSS	Transversal	Eventos traumáticos em Mulheres americanas afrodescendentes, aumenta risco de suicídio e índices de transtornos do humor.

Os artigos encontrados possuem diferentes formas de avaliar e de identificar transtornos de humor e trauma na infância. A grande maioria utiliza dados sócio-demográficos e um- ou mais- instrumento de autorrelato. Segundo Lima, Tassi, Novo e Mari (2005), os estudos epidemiológicos, em geral, são delineados de duas formas: transversais ou de coorte. Os transversais têm a vantagem de não apresentarem perda amostral significativa e rapidamente identificar fatores associados aos “novos” e “antigos” casos em determinada população. Porém, parecem ser menos sensíveis às particularidades de cada indivíduo. Os estudos encontrados nesta revisão são, em sua grande maioria, transversais. Outro fator referido pelos autores é que, na grande maioria deste tipo de estudo, se opta por instrumentos de autorrelato, pois demandam menos habilidade dos aplicadores e são aplicados em tempo menor. Tal realidade, também, foi encontrada nos estudos selecionados.

Por outro lado, os estudos de coorte apresentam maior sensibilidade para detectar particularidades, principalmente por acompanhar os indivíduos por mais tempo. Porém, muitas vezes, são menos específicos na detecção de fatores associados. A vantagem deste delineamento é a possibilidade de detecção das incidências dos transtornos em questão. Na revisão acima, encontrou-se apenas dois estudos de coorte.

Quanto aos instrumentos utilizados nos artigos selecionados, percebe-se uma variedade entre entrevistas diagnósticas, registros e, mais frequentemente, instrumentos de autorrelato. Em geral, estudos com este tipo de instrumento servem para caracterizar e nortear estratégias de prevenção e intervenção.

Dos fatores associados que se mostram mais ressaltados, podemos citar: cuidados parentais insuficientes, histórico de doença mental na família, trauma (abuso físico, sexual, emocional ou negligência física ou emocional) e abuso sexual na infância- este sendo apontado como grande fator predisponente de psicopatologia na vida adulta.

Quando falamos em mau trato na infância, Ibarra-Alcantar, Ortiz-Guzman, Alvarado-Cruz, Graciano-Morales e Jimenez-Genchi (2010) afirmam que é um fator definitivo na presença de transtorno mental na vida adulta. Todos os demais artigos selecionados corroboram a mesma afirmativa, salientando ainda que estes traumas fazem com que o indivíduo desenvolva uma capacidade diminuídas de identificação e controle de humor.

Alloy et al. (2006) descrevem que indivíduos com Transtorno de Humor Bipolar I, com histórico de maus tratos, têm uma versão agravada do seu transtorno de humor.

Ainda, quando existe trauma na infância, as estratégias de enfrentamento e regulação do humor ficam prejudicadas, segundo Pfeiffer, Kaemmerer, Mearns, Catanzaro e Backenstrass (2011).

Enfim, quanto à associação entre trauma na infância e transtornos do humor, todos os autores trazem como existente e importante. A grande maioria aponta, também, para a relação com outros transtornos mentais da vida adulta, como os de ansiedade e abusos de substâncias, por exemplo.

O número amostral dos estudos apresentou-se muito variado e irregular, sendo algumas pesquisas em população clínica (a maioria) e outras em população geral. Três dos

dez estudos foram realizados com população unicamente feminina. Tal fato reforça a sempre citada dificuldade de realizar pesquisa populacional, principalmente quando nos referimos ao custo deste delineamento. Lima et al. (2005) trazem ainda um histórico, concernente ao Brasil, de desvalorização de pesquisas epidemiológicas. O que em nada retrata sua real importância para estabelecer medidas de intervenção e prevenção.

Kendall-Tack, Williams e Finkelhor (1993) realizaram uma revisão de 45 estudos que tratavam somente de Abuso Sexual, verificando, na literatura, um amplo espectro de sintomas e dificuldades de desenvolvimento a partir deste fenômeno. Com isto postularam a chamada síndrome da criança abusada. Esses autores referem que esse tipo de estudo, revisando achados de outros estudos, colabora nas decisões para tratamento e identificação de fatores associados, os quais favorecem estratégias de intervenção precoce e prevenção. Podendo, assim, ter maior possibilidade de um melhor prognóstico.

### Conclusão

O que fica evidente, nesta revisão, é a inexistência, ou a escassez, de estudos deste estilo descrevendo a realidade brasileira. Ao longo de toda a revisão, buscou-se encontrar algo equivalente realizado no Brasil.

Encontraram-se algumas publicações que descreviam o trauma na infância, como em Pires e Miyazaki (2005), porém tratavam-se de revisões da literatura ou relato histórico do fenômeno. Estudos epidemiológicos, no Brasil, não foram encontrados, quando nos referimos a traumas psicológicos.

Quando buscou-se a associação entre trauma e transtornos do humor, encontrou-se artigos de caso controle, que relacionam um grupo clínico (que sofreu abuso sexual ou físico) a um grupo controle (sem indícios de abuso), como é o artigo de pesquisadores gaúchos transtornos do humor no adulto e trauma psicológico na infância que verifica tal associação

com o delineamento descrito (Zavaschi, Graeff, Menegassi, Mardini, Pires, Carvalho, Rohde, & Eizerik, 2006).

Verificou-se ainda artigos como transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático (Quarantini, Netto, Andrade-Nascimento, Almeida, Sampaio, Miranda-Scippa, Bressan & Koenen, 2009), mas estes, no entanto, relatam revisão de literatura em bases atuais.

A partir da revisão de literatura, o que fica evidente é que os estudos analíticos descritivos que são muito realizados nos Estados Unidos, por exemplo, ainda são pouco realizados na realidade brasileira. Dentre os fatores que influenciam no número baixo deste tipo de estudos está a falta de registros uniformes em nossa realidade e as poucas condições financeiras para realização deste tipo de estudo.

Apesar destas dificuldades, salienta-se a importância deste tipo de trabalho, levando em conta a realidade que vivemos no Brasil, onde o trauma na infância ainda é uma questão tabu, apesar de claramente presente. Existe um movimento significativo, desde 1988, quando se criou o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), o qual visa resguardar e garantir os direitos da criança e do adolescente. Apesar desta elaboração, a implementação se dá de forma gradual e quanto mais podermos contribuir para a aceleração deste processo, mais garantiremos tais direitos.

Segundo a maioria dos autores descritos acima, o trauma na infância é estreitamente relacionado com o desenvolvimento de psicopatologia na vida adulta. Seguindo esta premissa, podemos inferir que este tipo de estudo é fundamental para criação de novas estratégias de prevenção- principalmente de conhecimentos que sirvam para evitarmos estes fenômenos tão prejudiciais ao desenvolvimento e bem estar dos indivíduos- e intervenção.

Por fim, é importante ressaltar a necessidade de estudos deste tipo na população brasileira, pois não foi encontrado nenhum estudo com tal descrição. Na ausência de tais

estudos, a organização e desenvolvimento de políticas de prevenção e intervenção tornam-se difíceis.

### Referências

- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Moller, H. & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 1(Suppl 59), S5-S30.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Smith, J. M., Gibb, B. E., & Neeren, A. M. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(1), 23-64.
- Angst (2002). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 143-151.
- Atallah, N. A., & Castro, A. A. (1998). Revisão sistemática da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para a tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. *Diagnóstico & Tratamento*, 2(1), 12-15.
- Carey, P. D., Walker, J. L., Rossouw, W., Seedat, S., & Stein, D. J. (2007). Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(2), 93-98.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect*, 34(11), 813-822.
- Duran, B., Malcoe, L. H., Sanders, M., Waitzkin, H., Skipper, B., & Yager, J. (2004). Child maltreatment prevalence and mental disorders outcomes among American Indian women in primary care. *Child Abuse and Neglect*, 28(2), 131-145.
- Ghaemi, N. (1998). Understanding manic-depressive illness. *Archives of General Psychiatry*, 55, 23-25.

- Gopinath, S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Ludman, E. J. (2007). Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *Journal of Affective Disorders, 101*(1-3), 57-63.
- Hill, J., Davis, R., Byatt, M., Burnside, E., Rollinson, L., & Fear, S. (2000). Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: a general population study. *Psychological Medicine, 30*, 1283-1291.
- Ibarra-Alcantar, M. C., Ortiz-Guzman, J. A., Alvarado-Cruz, F. J., Graciano-Morales, & H., Jimenez-Genchi, A. (2010). Correlates of childhood physical maltreatment in adult women with dysthymic disorder 317 or major depression. *Salud Mental, 31*7-324.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finklehor, D. (1993). Impact of Sexual Abuse on Children: A review and Synthesis of recent Empirical Studies. *Psychological Bulletin, 113* (1), 164-181.
- Lima, M. S. de; Tassi, J., Novo, I. P., & Mari, J. J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica, 32*(1), 15-2.
- Pfeiffer, N., Kaemmerer, A., Mearns, J., Catanzaro, S. J., & Backenstrass, M. (2011). Generalized expectancies for negative mood regulation and major depressive disorder: the role of previous depressive episodes and comorbid mental disorders. *Psychopathology, 44*(3), 152-157.
- Pires, A.L.D., & Miyazaki, M.C.O.S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciência e Saúde, 12* (1), 42-49.
- Quarantini, L. C., Netto, L. R., Andrade-Nascimento, M., Almeida, A. G., Sampaio, A. S., Scippa, A. M., et al. (2009). Transtornos de humor e de ansiedade em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31*(2), 58-65.
- Weil, K., Florenzano, R., Vitriol, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., et al. (2004). Trauma infante juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Revista Médica de Chile, 132*(12), 1499-1504.

Young, S., Twomey, H., & Kaslow, N. (2006). Suicidal behavior in african american women with a history of childhood maltreatment. *Suicide Science*, 221-240.

Zavaschi, M. L., Graeff, M. E., Menegassi, M. T., Mardini, V., Pires, D. W., Carvalho, et al. (2006). Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 184-190.

## **CAPÍTULO 2**

Estudo Empírico

**TRAUMA NA INFÂNCIA EM UMA POPULAÇÃO CLÍNICA**

## Introdução

A partir de 1990, com a criação e a sanção do ECA (Estatuto da Criança e Adolescente), um dos assuntos que mais trazia discordâncias no dia-a-dia passou a ter uma regulamentação própria. O ECA nasceu para garantir que todas as crianças e adolescentes possam gozar integralmente dos direitos fundamentais que possuem. A lei define também como o poder público e a sociedade irão tratar dos direitos que a criança e o adolescente possuem (fixa a linha de ação da política de atendimento dos governos e da sociedade).

Segundo Pires e Miyazaki (2005), os maus tratos na infância são motivo de preocupação crescente em nosso país. Tais autores dividem os maus tratos da seguinte forma: negligência e abandono, negligência física, negligência educacional, emocional, sevícias ou abuso físico, abuso psicológico e abuso sexual. Estas situações, segundo as autoras, são a primeira causa de morte na faixa etária de cinco a dezenove anos, o que acaba evidenciando que, no Brasil, as crianças morrem mais por maus tratos do que por doenças físicas. Estes dados aparecem de forma impactante, levando em conta que, além da mortalidade, a maioria dos autores que trabalha com trauma e maus tratos referem que estas situações estão estreitamente relacionadas com sintomas e transtornos mentais na vida adulta. Portanto, indica que o trauma na infância acarreta sérias consequências tanto na vida do indivíduo, como para a sociedade como um todo.

Kerr-Corrêa, Tarelho, Crepaudi, Camiza e Villanassi (2011) relatam que o transtorno de humor depressivo é a principal consequência mental adulta do trauma infantil, além de causar sintomas ligados à impulsividade, agressividade e sexualidade.

Briere e Elliott (2002) relatam crianças abusadas sexualmente são mais propensas a se vitimar. Isto faz com que tenham mais sintomas de transtornos mentais e, conseqüentemente, torna mais vulneráveis a transtornos de humor e a vínculos familiares disfuncionais.

López, Capintero, Hernández, Martín e Fuertes (1995) falam que os sintomas do humor são os mais prevalentes após abuso sexual, principalmente aqueles que se referem a hostilidade, agressividade e vergonha.

Beard, Galea e Vlahov (2008) trazem o trauma na infância como o principal fator associado ao desenvolvimento de transtornos do humor. Se este está associado a uma história familiar positiva de transtorno do humor, as chances de desenvolvimento se tornam maiores. Tais autores indicam uma necessidade de estudar-se a prevalência destes transtornos na população geral, pois adultos com sintomas de humor têm maior probabilidade de negligenciar sua prole por consequência destes. Também, os sintomas de ansiedade são apontados como sintomas frequentes pós-negligência.

Segundo Lima (2006), a maneira com que o trauma na infância tem sido encarado vem se modificando significativamente. O que outrora era visto como usual e, até mesmo, indolor, hoje em dia, passou a ser considerado como fator de risco. Segundo Canha (2000), o trauma é fator definitivo na fisiopatologia da vida.

Segundo Grassi (2006), o trauma pode ser uma marca para toda vida, tanto no desenvolvimento psicológico, como biológico e neuropsicológico no indivíduo. O autor aponta ainda para a associação com déficits cognitivos e de memória a partir de um trauma infantil.

Segundo Pires e Miyazaki (2005), a preocupação com os maus tratos na infância, nos EUA, começou em 1874. Em 1946, foi publicado o primeiro artigo sobre abuso físico neste mesmo país. O primeiro momento em que o assunto foi encarado como um problema foi em 1961, quando Henry Kempe postulou a “Síndrome da Criança Espancada”, que foi reconhecida pela academia americana de Pediatria como uma síndrome.

Bordin e Offord (2000) apontam, como principais consequências da violência doméstica, os transtornos de conduta e antissocial, frisando a necessidade de realizar um

diagnóstico diferencial destes com um episódio maníaco. Já Tucci (2005) coloca que a negligência infantil ocorre mais vezes em familiares de dependentes químicos. Monteiro (2010) afirma que o trauma na infância torna o indivíduo vulnerável na vida adulta.

Beard, Galea e Vlahov (2008) afirmam que o trauma na infância é um dos principais fatores etiológicos para o transtorno de humor, principalmente o depressivo.

Segundo Gonçalves e Kapczinski (2008), a satisfação com a vida, como um todo, nos indivíduos, diminui muito na presença de transtornos mentais. Para estes autores, a satisfação com a vida tem relação com a capacidade de vivenciar os fatos de uma forma positiva. Espera-se que o humor, as emoções e autoavaliações sejam afetadas negativamente, quando existe um transtorno mental, especialmente quando este não é tratado. A sintomatologia mental contribui significativamente para o descontentamento e a insatisfação com o dia-a-dia. Herman, Perry e Van Der Kolk (1989) citam que as dificuldades no relacionamento interpessoal podem advir de experiências traumáticas na infância, haja visto que, segundo os autores, a negligência na infância colabora para o desenvolvimento de um padrão de comportamento marcado por instabilidade emocional e impulsividade. Van Der Kolk (1996) diz que os sintomas psicológicos, apresentados por indivíduos acometidos de trauma infantil, estão relacionados à imagem distorcida de *self*. Elliot (1997) relata que, nas últimas décadas, as investigações científicas demonstram uma associação clara entre trauma infantil e sintomas psicológicos clinicamente significativos na vida adulta. Sugere, também, que os transtornos unipolares de humor podem advir das distorções cognitivas, somatizações e dissociações que, frequentemente, são evidenciadas após um evento traumático na infância.

Post, Leverich, Xing e Weiss (2001) postulam que trauma precoce gera uma propensão neurobiológica a transtornos mentais na vida adulta; dentre estes transtornos mentais, ressaltam fortemente o transtorno bipolar. Hammen (2001) relaciona trauma infantil com transtorno bipolar.

## Objetivo

Levando em conta a relevância da identificação do trauma na infância para prevenção e tratamento deste fenômeno nocivo e frequente na nossa sociedade, o presente estudo visa identificar indícios de trauma na infância em uma população clínica do município de Porto Alegre.

## Método

Método quantitativo, transversal.

## *Delineamento*

Trata-se de um estudo observacional analítico transversal.

## *Amostra*

A amostra foi constituída com os indivíduos a partir de 18 anos, da cidade de Porto Alegre, que estiverem na sala de espera do Campus aproximado da PUCRS esperando para algum tipo de atendimento e aceitaram o convite de participar da pesquisa. O Campus aproximado da PUCRS é um local de atendimento a saúde básica, constituído de estudantes da área da saúde e professores da PUCRS. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa nos meses de maio a outubro do ano de 2010.

## *Local do estudo*

O Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, é um centro de extensão onde se

realizam práticas de saúde por estudantes e professores da PUCRS. O local é uma referência para os moradores deste setor censitário do município de Porto Alegre. Ele se constitui de uma equipe interdisciplinar composta por médicos, psicólogos, dentistas, assistentes sociais, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, equipe administrativa, psicopedagogas, alunos de graduação e residentes de saúde mental e medicina.

### *Instrumentos*

Os instrumentos a serem utilizados neste estudo são: questionário sociodemográfico; Questionário de trauma na infância de auto relato QUESI e a ficha sócio demográfica.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletados dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, ocupação), aspectos relacionados a saúde, hospitalizações, uso de medicamentos, percepção subjetiva da saúde, uso de substâncias psicoativas) entre outras questões. Os dados da ficha sociodemográfica foram pensados a partir dos fatores associados mais referidos na literatura atual.

O QUESI é um instrumento clínico no auxílio de detecção de maus tratos na infância. Ele não pode ser usado como instrumento diagnóstico e sim como inventário para indícios de situações na história de vida pregressa do sujeito (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006). A versão brasileira do instrumento vem sendo validada, sendo uma adaptação do americano CTQ (Chidrenhood Trauma Questionary). Este questionário é composto por vinte e oito questões respondidas através de uma escala Likert, através medida de autorrelato que avalia a presença de histórico de situações de abuso ou rejeição durante a infância do indivíduo. Compõe-se de cinco subescalas, sendo elas abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional. Estas subescalas são avaliadas distintamente no instrumento e depois de uma forma integrada.

Ficha sociodemográfica: A Ficha sócio demográfica é composta de questões que a partir da revisão sistemática foram apontadas como principais fatores associados com trauma na infância. Além de questões para identificação da população em questão.

#### *Procedimentos de Coleta dos Dados*

O projeto foi encaminhado para a Comissão Científica e para o Comitê de Ética da universidade. A escolha dos participantes será realizada de acordo com o cadastramento na setorização e frequência no Centro de Extensão Universitária Vila Fátima.

Para o treinamento da equipe, foi elaborado um manual de aplicação, além de reuniões semanais organizadas pela doutoranda, para aperfeiçoamento e renovação do conhecimento dos participantes em transtornos do humor, instrumentos de avaliação, e terapia cognitivo-comportamental. Tais encontros foram realizados semanalmente durante toda a coleta e nos seis meses anteriores a coleta.

#### *Procedimentos para análise dos dados*

O programa SPSS 11.0 foi utilizado para identificar a frequências e percentuais as médias e desvios-padrão das variáveis. A regressão Linear foi utilizada para examinar a associação entre a ficha sócio demográfica e Trauma na infância, separando este constructo por domínios como na escala QUESI.

### *Aspectos éticos*

Assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos das pesquisas, o presente projeto foi encaminhado à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e, posteriormente, ao Comitê de Ética da PUCRS.

Foi fornecido, durante a apresentação da pesquisa e antes da coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. O termo assegura o anonimato do nome e qualquer informação que possa identificar os participantes e seus familiares. Para isso, essas informações foram alteradas na apresentação do estudo. Informou-se que os sujeitos não receberão nenhum benefício direto, mas que, fazendo parte da pesquisa, contribuirão para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Tal participação foi voluntária e, caso o participante desejasse desistir a qualquer momento, teve absoluta liberdade de fazê-lo. A entrevista foi em local adequado e sigiloso.

Após esse levantamento, os participantes que apresentarem Sintomas Mentais foram contatados e lhes foi oferecido acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, podendo este ser realizado em clínicas-escolas da cidade de Porto Alegre, RS.

### *Procedimentos*

A equipe foi dividida em duplas, sempre um pesquisador já formado em psicologia. A estratégia de coleta estabelecida deu-se da seguinte forma: todo início de aplicação o psicólogo fazia uma introdução geral na sala de espera do CAMPUS, e os sujeitos que manifestavam interesse eram abordados individualmente.

Estes então eram orientados e situados quanto aos objetivos específicos da pesquisa e seu livre arbítrio na participação desta. A partir do aceite, então os sujeitos eram conduzidos a um ambiente mais reservado (ou no salão de grupos do CAMPUS, ou em alguma outra sala disponível no dia), onde eram respondidos primeiramente os instrumentos de auto relato e posteriormente a entrevista SCID.

A aplicação dos instrumentos seguiu a seguinte ordem: Ficha Sócia Demográfica e a QUESI.

O tempo médio de aplicação foi de 40 horas, inicialmente, após a primeira semana se conseguiu um tempo médio de 30 minutos.

## Resultados

Primeiramente, será feita a descrição da população investigada. Esta descrição será descrita através da Tabela 1:

Tabela 1

Dados descritivos da amostra

Variável independente	Frequência	Percentual Válido
Sexo		
Feminino	119	80,4
Masculino	29	19,6
Categorias etárias		
18- 29 anos	47	31,8
30-44 anos	53	35,8
45 ou mais	48	32,4
Escala ABEP (nível sócio econômico)		
D/E	27	23,7
C	69	22,8
B	18	60,5
Informações perdidas	34	15,8

---

Tempo total de escolaridade

Até 4 anos		
5-8 anos	40	27
9 ou mais anos	62	41,9
	46	31,1

Estado Civil

Solteiro	70	47,6
Casado ou união estável	77	52,4
Informações perdidas	1	

---

Número de Filhos

Nenhum filho	67	45,3
1-2	34	23
3 ou mais	47	31,8

---

Trabalho Remunerado (no último ano)

Não	60	40,5
Sim	88	59,5

---

---

Prática Religiosa (última semana)

Nunca fui no último mês	54	38,3
Fui 1 vez	28	19,9
Fui 2 ou mais vezes	59	41,8
Informações perdidas		

---

Escala CAGE

Não	129	87,2
Sim	19	12,8

---

Uso de Tabaco

Não	95	66,1
Sim	51	34,9
Informações perdidas	2	

---

Problema de Saúde

Não	66	44,6
Sim	82	55,4

---

Internação Psiquiátrica

Não	134	91,2
Sim	13	8,8
Informações perdidas	1	

---

Utiliza medicação de uso continuado		
Não	75	51
Sim	72	49
Informações perdidas	1	

Tratamento psicológico ou psiquiátrico		
Não	108	73,5
Já fez	20	13,6
Faço atualmente	19	12,9
Informações perdidas	1	

Após a descrição da amostra, realizou-se a regressão linear para vislumbrar se alguma das variáveis da ficha sociodemográfica tinha associação com algum dos domínios da QUESI. Não foram encontradas associações entre as variáveis sociodemográficas e a QUESI.

Tabela 2

Associação a partir da regressão linear com variáveis sócio demográficas e o QUESI

Variável	Beta	Significância P (95%)
Sexo	-4,472	0,226
Estado Civil	-2,960	0,316
Escala ABEP (nível sócio econômico)	-3,642	0,158
Trabalho remunerado último ano	-0,589	0,844
Número de filhos	-0,563	0,740
Anos de escolaridade	-1,286	0,505

Prática religiosa	-0,563	0,854
CAGE	2,228	0,612
Uso de Tabaco	-2,147	0,485
Uso de medicação continuada	1,102	0,709

Enfim levantou-se a prevalência de indicativos de Trauma na Infância desta população total a partir da QUESI e depois subdividindo por domínio da escala.

Tabela 3

Domínios de Trauma na Infância segundo escala QUESI

Quesi Domínios	Frequência	Percentual Válido
Negligência física	14	9,6
Negligência emocional	15	10,4
Abuso Sexual	9	6,1
Abuso Físico	12	8,3
Abuso Emocional	14	9,5
Total	64	44,22

Nos 148 indivíduos que participaram da pesquisa, 44,22% referiram ter vivenciado algum evento traumático, segundo as respostas da QUESI. Destes, 9,6% pontuaram no domínio negligência física, 10,4% negligência emocional, 6,1% Abuso Sexual, 8,3% Abuso físico, e 9,5% abuso emocional. Em um estudo de 2011 (Shannon, Maguire, Anderson, Meenagh & Mulholland, 2011), a prevalência do trauma na infância é de 33,3%, aproximadamente, dependendo do questionário utilizado para detecção.

A partir da Tabela 4 estratificou-se, por domínio da QUESI, a incidência de trauma.

Tabela 4  
Domínio Negligência Física – QUESI

Negligência Física	Frequência	Percentual Total	Percentual Válido
Presente	92	62,2	62,2
Ausente	56	37,8	37,8
Total	148	100,0	100,0

A frequência de negligência física encontrada foi semelhante à referida por Costa et al.1 (2007) de 38,5%, no Brasil, a partir dos dados reportados pelos conselhos tutelares. Ainda segundo as mesmas, a negligência é um fenômeno difícil de ser identificado, pois o sujeito que o sofre geralmente o toma como padrão, pois não experimentou outra forma de cuidado.

Além de ser um fenômeno de difícil detecção, temos que atentar ainda para as consequências deste na vida do indivíduo. Reichenheim, Hasselmann, Moraes (1999) afirmam que a negligência física acarreta déficits importantes na vida do indivíduo em diferentes áreas. Destacam, como principais prejuízos, a perda na capacidade cognitiva, maior suscetibilidade a problemas de saúde geral, dificuldade de relacionamentos, sintomas e transtornos mentais e dificuldade em estabelecer vínculos de confiança.

Tabela 5  
Domínio Negligência Emocional- QUESI

Negligência Física	Frequência	Percentual Total	Percentual Válido
Não	111	75,0	76,0
Sim	35	23,6	24,0
Total	146	98,6	100,0

A negligência emocional, segundo a maioria dos autores, pode ser considerada tanto como o abandono, como a ausência de cuidados emocionais por parte dos cuidadores (cuidados emocionais se define por todo suporte afetivo para o desenvolvimento da criança). Os autores colocam, ainda, que, por ser um conceito subjetivo, dificulta tanto a percepção do próprio indivíduo, como de profissionais da área do fenômeno (Martins & Jorge, 2009, Reichenheim, Hasselmann & Moraes, 1999).

A partir da QUESI, na população estudada, verificou-se, por autorrelato, a ocorrência de negligência emocional em 24% dos indivíduos. Já no estudos de Martins & Jorge, 2009, este mesmo fenômeno foi relatado por 43,4% dos sujeitos. Esta diferença pode estar relacionada à forma de investigação. As autoras colocam que, quando utiliza-se entrevista clínica, além do instrumento de autor-relato, consegue-se avaliar com maior sensibilidade e acurácia o fenômeno.

Tabela 6  
Domínio Abuso Emocional- QUESI

Domínio Abuso Emocional	Frequência	Percentual Total	Percentual Válido
Não	109	73,6	74,7
Sim	37	25,0	25,3
Total	146	98,6	100,0

Na população estudada, 25,3% dos indivíduos referiram, a partir do QUESI, terem vivido abuso emocional na infância. Buscou-se algum estudo semelhante no Brasil e o que encontrou-se foi uma referência feita por Brodski (2010) sobre a ausência de estudos com o intuito de verificar abuso sexual no Brasil. Segundo a mesma autora, tal situação ocorre pela evolução do que é entendido como abuso emocional. Esta traz a seguinte definição: o abuso emocional deve ser identificado a partir da omissão ou autoritarismo de atos realizados pelos cuidadores.

Tabela 7  
Domínio Abuso Físico- QUESI

Domínio Abuso Físico	Frequência	Percentual Total	Percentual Válido
Não	110	74,3	75,3
Sim	36	24,3	24,7
Total	146	98,6	100,0

Já, quando referimos abuso físico, existe uma gama enorme de estudos que descrevem o fenômeno. O Abuso físico pode ser identificado tanto quando a criança ou adolescente são vítimas de violência, como quando presenciam violência física (Martins & Jorge, 2009).

No Brasil a prevalência de abuso físico com crianças e adolescentes é estimada em 44,1% (Zanoti-Jeronymo, Zaleski, Pinsky, Caetano, Figlie & Laranjeira, 2009). Este estudo

leva em conta tanto ter sofrido agressão, como ter presenciado algum ato de violência. Na amostra estudada, encontrou-se uma menor prevalência deste domínio, porém cabe ressaltar que não realizou-se uma entrevista clínica avaliando tal fenômeno.

Tabela 8  
Domínio Abuso Sexual- QUESI

Domínio Abuso Sexual	Frequência	Percentual Total	Percentual Válido
Não	128	86,5	87,7
Sim	18	12,2	12,3
Total	146	98,6	100,0
Total	148	100,0	

Abuso sexual pode ser definido como exposição a conteúdo sexual ou a atividade (forçada ou não) sexual precocemente (Amazarray & Koller, 1998). Atividade entendida como jogo, carícia ou ato com ou sem penetração. A prevalência estimada em alguns estudos, como Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker e Gammerman (2003), em uma população escolar do RS, é de, aproximadamente, 6,7% na infância.

Encontrou-se, na população estudada, a prevalência de 12,3%. Esta diferença pode ser explicada, principalmente, pelo fato de que a população estudada é uma população que estava buscando auxílio clínico, ou seja, já apresentava viés de apresentar algum tipo de problema de saúde.

Na população estudada, 44,22% dos sujeitos, a partir da escala QUESI, referiram ter passado por alguma situação traumática na infância. Quando dividiu-se o resultado por domínios, 9,6% referiram negligência física, 10,4% negligência emocional, 6,1% abuso sexual, 8,3% abuso físico, e 9,5% abuso emocional. Destaca-se que o alto número de indivíduos que responderam positivamente para a presença de trauma na infância.

Segundo Pascolat, Santos, Campos, Valdez, Busato e Marinho (2001), o trauma na infância é relatado em 40% dos indivíduos que buscam auxílio clínico (não necessariamente mental) nos Estados Unidos. Dado que, apesar de alto, é muito semelhante ao encontrado na população clínica estudada. Os autores colocam, ainda, que o trauma é um fator determinante na vida do indivíduo para o seu desenvolvimento funcional ou disfuncional.

É importante ressaltar, ainda, que as crianças que vivenciaram ou foram testemunhas de algum tipo de ato violento no seu dia-a-dia (abusos) podem desenvolver uma percepção de que tais fatos são “normais” e, progressivamente, irem desenvolvendo uma dessensibilização a estes. Tais experiências fazem com que, pouco a pouco, o indivíduo deixe de reagir negativamente aos eventos, incorporando-os ao seu dia-a-dia (Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker e Gammerman, 2003).

O domínio que descreve negligência física foi pontuado por 9,6% dos participantes. A negligência é caracterizada pela ausência de capacidade do cuidador de prestar os cuidados básicos para o desenvolvimento saudável do menor, desde ficar atento a questões médicas, ou de higiene e subsistência. Ainda, segundo os autores, é o resultado de atos ou omissões dos responsáveis que não estão de acordo com os padrões mínimos de cuidados impostos pela sociedade (Marques, 1999). A totalidade dos estudos encontrados descreviam o abuso ou violência física, pois a negligência, segundo os autores, é mais difícil de ser detectada por não apresentar marcas físicas (Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker e Gammerman, 2003; Davoli, Palhares, Corrêa-Filho, Dias, Antunes, Serpa, & Schincariol, 1994).

A negligência emocional foi referida por 10,4% dos participantes. Ela é descrita como todas as situações onde as necessidades emocionais são ignoradas, privando de afeto e suporte emocional. Neste mesmo estudo, as autoras referem ter encontrado, em Portugal, 13,34% de sujeitos que faziam parte de uma população clínica que relatavam terem tido tal experiência. Ainda, as autoras ressaltam a dificuldade de identificar este fenômeno com precisão, pois devemos considerar a interpretação individual de cada sujeito sobre afeto e suporte emocional (Maia e Williams, 2005). Ainda tem-se que levar em consideração que a população estudada na presente pesquisa foi uma população clínica, que pelo estado de fragilidade inerente a busca de auxílio à saúde, pode ter enviesado a sua resposta para este domínio.

Enquanto a negligência se caracteriza pela ausência ou omissão, o abuso caracteriza-se pelo ato intencional- ou não- que possa interferir no desenvolvimento saudável do indivíduo. Segundo autores como Pfeiffer e Salvagni (2005), o abuso é um fenômeno que causa marcas significativas durante toda a vida do indivíduo. Na população em questão, 6,1% dos indivíduos relataram terem sofrido abuso sexual. A prevalência maior no presente estudo pode se explicar por estarmos tratando de uma população clínica. Segundo a maioria dos autores, o abuso sexual aumenta a procura de serviços médicos gerais e pode estar relacionado a 50% das psicopatologias da vida adulta. Em um estudo em população geral, em Porto Alegre, a prevalência de abuso sexual encontrada foi de 2,3% (Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker e Gammerman, 2003).

Segundo Cutajar, Mullen, Ogloff, SThomas, Wells & Spataro (2010), quando falamos em trauma, o abuso sexual na infância é o que acarreta prejuízos mais intensos ao longo de toda a vida do indivíduo. Afirmam, ainda, que está amplamente associado com psicopatologia na vida adulta e que é uma ferida que sempre deixa intensas cicatrizes nas mais diversas áreas da vida do indivíduo.

O abuso físico é apontado na literatura como uma forma de mau trato que ainda é questionada socialmente. Segundo alguns autores, os pais das crianças são vistos como -e se colocam no papel de- disciplinadores e tutores dos bons hábitos. Historicamente, as crianças foram descritas como incapazes de fazer o que é “certo” e de se disciplinarem de forma adequada, sendo necessários punição e controle externo para alcançar tais objetivos. Tais ações, muitas vezes, são executadas através da violência, que, segundo o agressor, geralmente, é referida como uma forma de educação (Davoli, Palhares, Corrêa-Filho, Dias, Antunes, Serpa, & Schincariol, 1994).

Os mesmos autores realizaram um estudo visando identificar a prevalência de tal fenômeno em uma população de clínica pediátrica, em São Paulo, e afirmaram que 10,8% da população, com menos de 11 anos, apresentava marcas físicas de violência. No presente estudo encontramos 8,3% dos sujeitos que referiram ter sofrido abuso físico na sua infância.

Por fim, 9,5% dos sujeitos referiram ter sido vítimas de abuso emocional. O abuso emocional é descrito como o ataque direto, por parte de um adulto, ao desenvolvimento psicológico de uma criança. Os autores destacam três como as principais formas de abuso emocional: 1) aterrorizar a criança; 2) forçar a criança a viver em ambiente arriscado e 3) expor a criança a modelos parentais negativos – que comete atos infracionais, e limitados – que possuem poucas estratégias de coping (Sani, 2006).

Em estudos de prevalência desta situação, em realidades brasileiras, com populações clínicas, encontrou-se a descrição de 9%, o que fecha com o número encontrado (Lorenzi, Pontalti & Flech, 2001). As autoras ainda ressaltam que, na maioria das vezes, este tipo de abuso ocorre intrafamiliarmente, o que acarreta, também, ao indivíduo, um enfraquecimento na capacidade de confiar naqueles que o cercam, que pode se estender pela maior parte de sua vida.

## Conclusão

A partir dos resultados achados, ressalta-se a importância de maiores pesquisas que possam, além de identificar a prevalência do trauma na infância, investigar se existem fatores de risco para que se possam estabelecer estratégias de intervenção e, principalmente, de prevenção. Segundo Alvez e Cavalcanti (2001), se médicos, dentistas e os demais profissionais da saúde forem treinados, a identificação de maus tratos na infância seria realizada com maior frequência e precisão e, por consequência, evitaríamos todos os danos que estes acarretam.

Kairys (2007) afirma que, se a identificação da negligência e do abuso na infância for realizada precocemente, poder-se-á evitar problemas cognitivos, físicos e emocionais, podendo, inclusive, diminuir a mortalidade infantil. Segundo Hagbizang (2007), mesmo com o tratamento adequado, os danos na vida adulta são, muitas vezes, irreversíveis.

Segundo Blank (2005), as principais estratégias para prevenir traumas na infância seriam:

- orientar as pessoas de risco para alterar seu comportamento e melhorar sua proteção;
- mudanças de comportamentos individuais através de leis ou regras administrativas;
- proteção automática a partir de políticas que reforcem a segurança.

Os progressos mais significativos, na prevenção do trauma, são alcançados pela aplicação prática da epidemiologia, mais do que através dos conhecimentos de biomecânica ou de mudança de comportamento, associados à concentração de recursos humanos e econômicos nas intervenções apoiadas em evidências científicas. Conclui-se que os acidentes são passíveis de controle, através do atendimento de urgência e cuidados hospitalares adequados e da reabilitação efetiva. Encontrou-se muita dificuldade em achar estudos com este delineamento que realmente pudessem auxiliar na organização de estratégias eficientes de prevenção na realidade brasileira.

Porém, o mais importante a ser ressaltado, ao finalizar este estudo, é a necessidade, cada vez maior, de estudos epidemiológicos, para que possamos, inicialmente, definir, conhecer e caracterizar tal fenômeno, na nossa população, com o objetivo de diminuir sua incidência e, por consequência, diminuir seus danos à vida dos indivíduos.

#### Referencias

- Alves, P., Cavalcanti, A. L. (2001). Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão da literatura. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 9 (4): 29-35.
- Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(3), 546-555.
- Beard, J.R., Galea, S. & Vlahov, D. (2008). Longitudinal population-based studies of affective disorders: Where to from here?. *BMC Psychiatry*, 8, 1-11.
- Bordin, I. A. & Offord, D. R. (2000). Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, suplemento II, 12-15.
- Briere, J & Elliott D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205–1222.
- Briere, J & Elliott D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205–1222.
- Brodski, S. K. (2010). Abuso emocional : suas relações com autoestima, bem-estar subjetivo e estilos parentais em universitários. Unpublished doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.
- Costa M. C., Carvalho R. C., Santa, B. J., Santos, C. A., Gomes, W. A., Sousa, H. L. O. (2007). Perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc. saúde coletiva*, 12(5): 1129-1141.

- Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl* 34, 813-22.
- Davoli A, Palhares FA, Correa-Filho HR, Dias AL, Antunes AB, Serpa JF, Schincariol P. (1994). Prevalência de violência física relatada contra crianças em uma população de ambulatório pediátrico. *Cad Saude Publica*. 10(1):92-8
- Elliot , A. (1997). Integrating the “classic” and “contemporary” approaches to achievement motivation: A hierarchical model of achievement motivation. In M. Maehr & P. Pintrich (eds.), *Advances in motivation and achievement* (Vol. 10, pp. 243-279), Greenwich, CT: JAI press.
- Gonçalves D. M., Kapczinski F. (2008). Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 24(7): 1641-1650.
- Grassi-Oliveira, R. Stein, L. M. & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública* [online], 40, n.2 [cited 2010-10-21], pp. 249-255 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)
- Grassi-Oliveira, R. Stein, L. M. & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública* [online], 40, n.2 [cited 2010-10-21], pp. 249-255 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia teoria e Pesquisa*. 21(03), 341-348.
- Hammen, C. & Garber, J. (2001). Vulnerability to depression across the lifespan. In R. Ingram and J. Price (Eds.), *Handbook of Vulnerability to Psychopathology: Risk Across the Lifespan* (pp. 258-267). New York: Guilford Press.
- Herman, J. L, Perry, J. C, & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 146, 490–495.

- Kairys, S. (2007). American medical association: national advisory council on violence and abuse: saltzman symposium: article: the early identification of child physical abuse and neglect by health care providers. *The pole journal of health care law*, 23.
- Kerr-Corrêa, F., Tarelho, L. G., Camiza, L. D., & Villanassi, R. (2000). Abuso sexual e dependência de álcool e drogas: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49 (4), 85-95.
- Lima, L. (2006). *Os maus-tratos infantis*. Monografia de curso de especialização. Centro de estudos Multiculturais, Lisboa.
- Lopez, F., Carpintero, E. , Hernandez, A., Martin, M. J. , Fuertes, Y. A. (1995). Prevalence and Consequences of Child Sexual Abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect*, 19 (9), 1039-1050.
- Lorenzi, D. R., Pontalti L., Flech R. M. (2001).Maus tratos na infância e adolescência: Análise de 100 casos. *Rev. Cient. AMECS*, 10, (1) 47-5
- Marques, M. E. (1999). A Percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários acerca dos Maus Tratos Infantis. *Dissertação de mestrado*, Universidade do Porto, Cidade do Porto.
- Martins C. B., & Jorge, M. H. (2009). Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 12(3): 325-337.
- Monteiro, S. R. T. (2010). Maltrato por Omissão de Conduta a Negligência Parental na Infância Estudo de Caso “Uma década e diferentes visões do desenrolar de histórias de vidas.”. *Dissertação de mestrado*, Universidade do Porto, Cidade do Porto.
- Pascolat, G., Santos, F., Campos, C. Valdez, L., Busato, D., & Marinho, D. (2001). Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J Pediatr*, 77(1), 35-40
- Pfeiffer, N., Kaemmerer, A., Mearns, J., Catanzaro, S. J., & Backenstrass, M. (2011). Generalized expectancies for negative mood regulation and major depressive disorder: the role of previous depressive episodes and comorbid mental disorders. *Psychopathology*, 44(3), 152-157.
- Pires, A.L.D., Miyazaki, M.C.O.S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de ciência e Saúde*, 12 (1), 42-49.

Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenker, R., & Gammerman, P. W.

(2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 8-14.

Post, R.M., Leverich, G.S., Xing, G., Weiss, S.R.B., (2001). Developmental vulnerabilities to the onset and course of bipolar disorder. *Dev. Psychopathol.* 13, 581–598 (Special Issue: Stress and development: Biological and psychological consequences).

Reichenheim, Michael E., Hasselmann, Maria Helena and Moraes, Claudia Leite

Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciênc. saúde coletiva*, 1999, vol.4, no.1, p.109-121.

Sani, A. I. (2006). Vitimação indirecta de crianças em contexto família. *Análise Social*, 180, 849-864.

Shannon C, Maguire C, Anderson J, Meenagh C, Mulholland C. (2011). Enquiring about traumatic experiences in bipolar disorder: a case note and self- report comparison. *J Affect Disord.*133(1-2):352-5.

Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F., & Souza-Formigon, M. L., Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 34, 95–104.

Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat trauma: Revictimization, attachment and “masochism.” *The Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389–41.

Zanoti-Jeronymo, D., Zaleski, M., Pinsky, I. Caetano, R., Figlie, R., & Laranjeira, R. (2009). Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cad. Saúde Pública*, 25(11),2467-2479.

## **CAPÍTULO 3**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

# **A ASSOCIAÇÃO DE TRAUMA NA INFÂNCIA COM TRANSTORNO DE HUMOR NA VIDA ADULTA**

## Introdução

O trauma na infância é apontado como um fator de risco para desenvolvimento de transtorno mental na vida adulta. Dentre os transtornos que podem ser desenvolvidos os transtornos do humor são apontados como frequentes (Zavaschi, 2002). Porém, existem poucos estudos que realizem esta associação na população brasileira.

A literatura aponta para uma carência de estudos epidemiológicos que descrevam a população brasileira no que se refere a transtornos mentais. Mostra, ainda, que, por carência deste tipo de estudo, as estratégias propostas pelas políticas de saúde pública são insuficientes e, por vezes, ineficazes, acarretando um prejuízo significativo aos que necessitam deste tipo de auxílio (Assis, Avanci, Pesce & Ximenes, 2009)

Encontra-se, na literatura, autores que afirmam que o trauma na infância é um preditor de transtorno do humor na vida adulta e que sua “marca”, pode junto com componentes biológicos, definir o desencadeamento deste (Centeno et al., 2009)

Uma das principais estratégias de prevenção e de intervenção na situação de trauma gerado por abuso ou negligência, citada pela maioria dos autores, refere que um treinamento dos profissionais da saúde para identificação precoce destas situações de risco e de maus tratos diminuiria consideravelmente as consequências, não só no momento, mas na vida adulta dos indivíduos. Tais autores trazem, ainda, a dificuldade que aparece em trabalhar com crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, muitas vezes para o próprio profissional é um tema tabu ou, até, que pode trazer a tona algo que também foi vivenciado por ele mesmo (Scherer & Scherer, 2000).

A partir deste contexto, o presente estudo tem como objetivo verificar, em uma população clínica do município de Porto Alegre, se há associação entre trauma na infância e transtornos de humor na vida adulta, podendo, a partir da verificação de tal associação, traçar estratégias de identificação precoce e intervenção.

## Método

### *Delineamento*

Trata-se de um estudo observacional analítico transversal.

### *Amostra*

A amostra foi constituída com os indivíduos a partir de 18 anos, da cidade de Porto Alegre, que estiverem na sala de espera do Campus aproximado da PUCRS esperando para algum tipo de atendimento e aceitaram o convite de participar da pesquisa. O Campus aproximado da PUCRS é um local de atendimento a saúde básica, constituído de estudantes da área da saúde e professores da PUCRS. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa nos meses de maio a outubro do ano de 2010.

### *Local do estudo*

O Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, é um centro de extensão onde se realizam práticas de saúde por estudantes e professores da PUCRS. O local é uma referência para os moradores deste setor censitário do município de Porto Alegre. Ele se constitui de uma equipe interdisciplinar composta por médicos, psicólogos, dentistas, assistentes sociais, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, equipe administrativa,

psicopedagogas, alunos de graduação e residentes de saúde mental e medicina.

### *Instrumentos*

Os instrumentos a serem utilizados neste estudo são: questionário sociodemográfico; a Escala de Avaliação de Hipomania (EAH), Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV-TR – Versão para o Clínico (SCID-CV) e Questionário de trauma na infância de auto relato QUESI.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletados dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, ocupação), aspectos relacionados a saúde, hospitalizações, uso de medicamentos, percepção subjetiva da saúde, uso de substâncias psicoativas) entre outras questões. Os dados da ficha sociodemográfica foram pensados a partir dos fatores associados mais referidos na literatura atual (foi realizada revisão sistemática) sobre sintomas do humor em população geral.

A Escala de Avaliação de Hipomania (EAH) é um instrumento que consiste em 32 itens de auto-relato para hipomania (Angst et al., 2005). Os sujeitos são solicitados a lembrar um período em que estavam em um estado “para cima” e indicar se comportamentos, pensamentos ou emoções específicos estiveram presentes neste estado, como, por exemplo, “Eu necessito menos sono”, “Eu estou menos tímido e inibido” ou “Eu estou mais paquerador e/ou estou mais ativo sexualmente”. O questionário também inclui questões sobre a duração destes estados “para cima”. Além disso, os sujeitos são perguntados sobre o impacto de tais “para cima” como: “positivo e negativo”, “positivo”, “sem impacto” ou “negativo” em sua vida familiar, vida social, trabalho e recreação. Também, os comentários e reações de outras pessoas a tais episódios são questionados (positivamente, sem comentários ou negativamente).

A versão em português brasileiro foi validada pela Dra. Dóris Hupfeld Moreno. Tal versão foi reconhecida pelo Dr. Jules Angst e consentida, por ele, para uso, com total liberdade, no presente estudo.

O Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) compreende em 21 itens, em uma escala de 0 a 3, onde o sujeito deve indicar a afirmativa que melhor descreve como se sente nas duas últimas últimas semanas. O escore total resulta da soma dos escores dos itens individuais (Beck, Steer & Brown, 1996).

A Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV-TR – Versão para o Clínico - SCID-CV (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997) é uma entrevista semi-estruturada para uso por clínicos. Esse instrumento é composto por questões estruturadas, mas a avaliação é baseada na evolução clínica e os clínicos podem fazer perguntas adicionais, de modo a esclarecer o significado exato da indagação. Contudo, na avaliação de episódios hipomaníacos passados, se o paciente responde negativamente, em vez de ir para o acesso de transtorno distímico (como requerida pela instrução de *skip-out* da SCID-CV), o paciente sempre é questionado sobre todos outros sintomas maníacos/hipomaníacos que não de humor. Este tipo de abordagem pode levar o paciente a lembrar episódios de comportamento hipomaníaco no passado (comumente hiperatividade, aumento de atividades prazerosas e taquilalia). Então, quando o paciente se recorda de comportamento hipomaníaco no passado, freqüentemente lembra que o humor estava elevado ou irritável durante o episódio (quando no rastreio padrão de humor hipomaníaco a resposta seria negativa). Somente quando, re-questionado o paciente, a mudança de humor é admitida – não somente mudança para comportamento hipomaníaco – o diagnóstico confiável de hipomania é feito.

O QUESI é um instrumento clínico no auxílio de detecção de maus tratos na infância. Ele não pode ser usado como instrumento diagnóstico e sim como inventário para indícios de

situações na história de vida pregressa do sujeito (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006). A versão brasileira do instrumento vem sendo validada, sendo uma adaptação do americano CTQ (Childhood Trauma Questionary). Este questionário é composto por vinte e oito questões respondidas através de uma escala likert, através medida de autorrelato que avalia a presença de histórico de situações de abuso ou rejeição durante a infância do indivíduo. Compõe-se de cinco subescalas, sendo elas abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional. Estas subescalas são avaliadas distintamente no instrumento e depois de uma forma integrada.

#### *Procedimentos de Coleta dos Dados*

O projeto foi encaminhado para a Comissão Científica e para o Comitê de Ética da universidade. A escolha dos participantes será realizada de acordo com o cadastramento na setorização e frequência no Centro de Extensão Universitária Vila Fátima.

Para o treinamento da equipe, foi elaborado um manual de aplicação, além de reuniões semanais organizadas pela doutoranda, para aperfeiçoamento e renovação do conhecimento dos participantes em transtornos do humor, instrumentos de avaliação, e terapia cognitivo-comportamental.

#### *Procedimentos para análise dos dados*

O levantamento da incidência ao longo da vida levou em conta os critérios operacionais do DSM-IV-TR (APA, 2002) para transtorno bipolar para mania e hipomania, alterando-se o número de dias de hipomania para uma detecção dimensional. O programa SPSS 11.0 foi utilizado para identificar a frequências e percentuais as médias e desvios-

padrão das variáveis. A regressão Linear foi utilizada para examinar a associação entre os grupos (subtipos bipolares e não bipolares) e uma série de variáveis consideradas independentes: características sociodemográficas, grau de escolaridade, situação profissional, uso de serviços clínicos gerais e psicológicos no mês anterior à entrevista, procura de auxílio profissional, uso de medicamentos e consequências na vida devido ao transtorno, risco de suicídio e as comorbidades com outros diagnósticos psiquiátricos do DSM-IV-TR. Foi utilizado o teste ANOVA para verificar associação entre os fatores do QUESI com os sintomas do HCL, BDI-II, SCID, variáveis sociodemográficas.

#### *Aspectos éticos*

Assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos das pesquisas, o presente projeto foi encaminhado à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e, posteriormente, ao Comitê de Ética da PUCRS.

Foi fornecido, durante a apresentação da pesquisa e antes da coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. O termo assegura o anonimato do nome e qualquer informação que possa identificar os participantes e seus familiares. Para isso, essas informações foram alteradas na apresentação do estudo. Informou-se que os sujeitos não receberão nenhum benefício direto, mas que, fazendo parte da pesquisa, contribuirão para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Tal participação foi voluntária e, caso o participante desejasse desistir a qualquer momento, teve absoluta liberdade de fazê-lo. A entrevista foi em local adequado e sigiloso.

Todos os questionários foram identificados com o nome do participante (previamente autorizado) para o conhecimento dos casos com Hipomania verificados através da Escala de

Avaliação de Hipomania (EAH), o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV-TR – Versão para o Clínico (SCID-CV) e a o questionário QUESI. Após esse levantamento, os participantes que apresentarem Transtornos Mentais serão contatados e ser-lhes-á oferecido acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, podendo este ser realizado em clínicas-escolas da cidade de Porto Alegre, RS.

### *Procedimentos*

A equipe foi dividida em duplas, sempre um pesquisador já formado em Psicologia (para aplicação da SCID) e um auxiliar de pesquisa que iniciava com a ficha sócio demográfica e os demais instrumentos de auto relato. A estratégia de coleta estabelecida deu-se da seguinte forma: todo início de aplicação o psicólogo fazia uma introdução geral na sala de espera do CAMPUS, e os sujeitos que manifestavam interesse eram abordados individualmente.

Estes então eram orientados e situados quanto aos objetivos específicos da pesquisa e seu livre arbítrio na participação desta. A partir do aceite, então os sujeitos eram conduzidos a um ambiente mais reservado (ou no salão de grupos do CAMPUS, ou em alguma outra sala disponível no dia), onde eram respondidos primeiramente os instrumentos de auto relato e posteriormente a entrevista SCID.

Sempre que o sujeito apresentava algum sintoma emergente grave, já era encaminhado para algum serviço de atendimento, ou no próprio Campus ou no SAPP. Houve duas situações no piloto que os indivíduos foram encaminhados para o SAPP, por manifestarem necessidade espontânea.

A aplicação dos instrumentos seguiu a seguinte ordem: Ficha Sócia Demográfica, BDI, HCL, QUESI e SCID.

O tempo médio de aplicação foi de 02 horas, inicialmente, após a primeira semana se conseguiu um tempo médio de 1h a 1 hora e 30 minutos.

## Resultados

O total de participantes, durante o período, foi de 148. As principais características sociodemográficas da população pesquisada foram apresentadas vide Tabela 1, do Capítulo 1. Pode-se observar que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino. Dividiu-se a população em três faixas etárias com o objetivo de avaliar-se por intervalos categóricos. A maior parte dos sujeitos fazem parte da Classe C, segundo a classificação da Associação Brasileira de Estatística e Pesquisa (ABEP).

A maioria dos indivíduos tem entre 5-8 anos de estudo formal, é casado, e tem um ou mais filhos. Destes, 39,9% participam de algum tipo de ritual religioso duas ou mais vezes por semana, e 40,5% não realizou trabalho remunerado no último ano. Quanto aos indicativos de uso de substâncias utilizados para álcool e tabaco, 12% pontuaram positivamente na escala CAGE, a qual verifica indicativos de dependência ao álcool; 34,9% fazem uso regular de tabaco.

Tabela 1

Resultados descritivos dos instrumentos utilizados

Respostas aos Instrumentos	Frequência	Percentual Válido
BDI-II		
Não pontuou	102	68,9
Pontuou moderado ou grave	46	31,1
HCL- 32		
Não pontuou	110	78,6
Pontuou	30	21,4
Informações perdidas	8	
SCID-I (Transtorno Distímico)		
Ausente	142	96,6
Presente	5	3,4
Informações Perdidas	1	
SCID-I (Transtorno Bipolar I)		
Ausente	140	95,2
Presente	7	4,8
Informações Perdidas	1	
SCID-I (Transtorno Bipolar II)		
Ausente	135	91,2
Presente	13	8,8

SCID-I (Transtorno Bipolar SOE)

Ausente	143	96,6
Presente	5	3,4

SCID-I (Transtorno Depressivo Maior)

Ausente	130	87,8
Presente	18	12,2

QUESI

Negligência física	14	9,6
Negligência emocional	15	10,4
Abuso Sexual	9	6,1
Abuso Físico	12	8,3
Abuso Emocional	14	9,5
Total	64	44,22

Apesar de estar-se pesquisando em um serviço de saúde, 44,6% referem não apresentar nenhum problema de saúde. Desta população, 8,8% já foram internados por motivos psiquiátricos; 49% utilizou algum tipo de medicação continuado nos últimos 6 meses, e 26,5% já fez, ou faz, tratamento psicológico ou psiquiátrico.

Descrevendo-se a partir dos instrumentos utilizados, encontra-se a seguinte realidade: 31,1% dos sujeitos apresentam sintomas moderados ou graves de depressão no BDI-II; 21,4% já apresentou ou apresenta sintomas hipomaníacos durante sua história pelo HCL-32; segundo a SCID-I-CV, 3,4% dos indivíduos é portador de Transtorno Distímico, 4,8% de Transtorno do Humor Bipolar I, 8,8% de Transtorno do Humor Bipolar II, 3,4% de

Transtorno do Humor Bipolar SOE, 12,2 % de Transtorno do Humor Depressivo Maior; 44,22% apresentam pontuação para trauma na infância na QUESI. As prevalências apresentaram maiores porcentagens do que as referidas na literatura mundial, com prevalência para a vida, em muitos estudos, (entre 17 e 24% Bijl, Ravelli & van Zerssen, 1998; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003; Szadoczky, Papp, Vitrai, Rihmer, & Furedi, 1998. Kessler et al. (2003) observaram a ocorrência de 24,2% de Transtorno Depressivo Maior. O estudo de Zurique apresentou 24,2% para todos os transtornos de humor (Angst et al., 2005) por tratar-se de uma população clínica.

Posterior à prevalência, buscou-se verificar a associação entre os sintomas e os transtornos do humor e o trauma na infância.

Tabela 2

Regressão linear entre instrumentos para verificação da associação entre Transtorno do Humor e Trauma na infância (QUESI)

Instrumento	Beta	Significância P (95%)
BDI-II	7,730	0,014**
HCL-32	-2,300	0,513
SCID- I-CV (Distimia)	16,461	0,042**
SCID- I- CV (THBI)	17,771	0,010**
SCID- I- CV (THBII)	7,184	0,165

Quando se verifica associação entre sintomas e transtornos de humor e trauma na infância, encontramos em relação a sintomas depressivos moderados e graves no BDI-II, Transtorno Distímico e Transtorno de Humor Bipolar I e uma tendência com Transtorno do Humor Bipolar II. Tem-se levar em conta que o THB-II segundo alguns autores, com o Angst (2005) é subdiagnosticado na entrevista SCID-I-CV, pois esta o verifica de forma categórica. Lu, Mueser, Rosenberg e Jankowski (2008) encontraram em um estudo empírico, com 254 adultos com Transtorno do Humor severo, uma associação de 50% destes transtornos com relato de trauma na infância. Levando em conta que na população geral o trauma na infância é estimado em 33,3% (Shannon, Maguire, Anderson, Meenagh, e Mulholland, 2011) considera-se que esta associação é significativa.

A história familiar de Transtorno de Humor pode mostrar-se, por vezes, menos preditiva de Transtorno do Humor, do que a ocorrência de trauma na infância (Leverich e Post, 2006). No que se refere à prevalência de trauma em pacientes com THB, encontra-se uma porcentagem de 61,7%, o que ainda reforça tal associação. Ainda, sugere-se que, em pacientes com episódio maníaco, a história de trauma na infância cria atrasos na recuperação destes episódios e provoca diminuição de estratégias funcionais de enfrentamento, piorando o prognóstico (Yan-Meier et al, 2011).

A respeito da relação entre Transtorno Depressivo e Transtorno Distímico com abuso e negligência emocional na infância, Kaplan, Pelcovitz, Labruna (2009) apontam que há uma associação, quando existe este fenômeno por parte da cuidadora materna. No presente estudo, não foi encontrado nenhuma associação significativa nas respostas dos domínios da QUESI, porém no domínio de abuso emocional, verificou-se uma tendência para tal associação ( $p=0,094$ ).

Tabela 3

Relação QUESI (total e por domínio) com Transtorno Bipolar (TB I, II ou SOE)

QUESI	Transtorno Bipolar I, II ou SOE	N	Média	Desvio Padrão
QUESI Total	Não	122	42,6557	17,56018
	Sim	25	51,8400	17,59422
Negligência Física	Não	122	9,4918	4,10049
	Sim	25	10,6400	4,36730
Negligência Emocional	Não	122	10,0984	5,44759
	Sim	25	11,9600	5,51120
Abuso Sexual	Não	122	6,1066	3,48742
	Sim	25	6,2000	2,82843
Abuso Físico	Não	122	7,8852	4,09232
	Sim	25	10,9200	5,07379
Abuso Emocional	Não	122	9,0738	5,02419
	Sim	25	12,1200	5,43384

Em um estudo multicêntrico com 631 pacientes bipolares, encontrou-se uma associação entre abuso sexual e físico na infância e Transtorno Bipolar I e II na vida adulta (Leverich et al 2002). No presente estudo, encontrou-se uma associação significativa entre abuso emocional e abuso físico, considerando que as médias dos bipolares foram significativamente maiores do que os demais indivíduos (vide Tabela 5) . Existem indicativos que ambos os tipos de abusos, bem como famílias conflitivas, são fatores de risco para o desenvolvimento do THB (Meyerson, Long, Miranda e Marx, 2002).

#### Discussão dos Resultados

Na população estudada, o trauma na infância (TI) foi relatado por um número significativo de indivíduos (44,22%); já os Transtornos do Humor foram verificados em 32,6% da população, a partir da entrevista SCID-I-CV. Destes, o Transtorno Distímico e o Transtorno de Humor Bipolar I são os mais significativamente associados ao TI (TD  $p=0,042$  e THB-I  $p=0,010$ ). Ressalta-se, ainda, a associação verificada entre os sintomas de humor depressivo (BDI-II) e o TI ( $p=0,014$ ).

A associação entre TI e THB é amplamente descrita na literatura, tanto como fator preditivo, como fator agravante do prognóstico, assim como fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento para os Transtornos do Humor Bipolares na vida adulta (Angst, Gamma, Russler, Ajdacic, Klein, 2010). Leverich & Post, 2006, afirmam que 51% dos adultos com THB referem histórico de TI.

Segundo a literatura, o abuso sexual é o tipo de situação traumática que mais predispõe transtornos mentais na vida adulta (Kendler, et al, 2000). Neste estudo, esta relação não foi verificada. Uma das justificativas que podemos utilizar é que os indivíduos passaram por uma única avaliação, tendo pouco vínculo com o entrevistador para relatar fato tão pessoal, considerado um tabu na sociedade.

Porém, encontrou-se uma relação entre abuso emocional e físico e Transtorno de Humor Bipolar. Leverich et al(2002) ainda postula que o trauma precoce (abuso físico) pode ser considerado fator preditivo para o THB. Quanto ao abuso emocional, Garino, Goldenberg, Ramirez e Ritzler (2005) relacionam o mesmo com THB- II, argumentando que estes eventos aumentam a predisposição ao suicídio. Esses autores ainda colocam que abuso emocional associado ao THB-II faz com que o sujeito tenha um empobrecimento de insight.

Mello et al. (2007) coloca que o TI altera sistemas de resposta do indivíduo ao estresse e, por consequência, aumenta a vulnerabilidade do indivíduo para sintomas

depressivos. Além disso, na população estudada na presente pesquisa, foi verificada uma tendência para a associação entre abuso emocional e Transtorno Depressivo.

### Conclusão

A partir do presente estudo observou-se que o Trauma na Infância é identificado como fator preditivo, agravante e de risco para os Transtornos de Humor. Além disso, o Trauma na Infância diminui a consolidação de estratégias de enfrentamento na vida adulta, fato que piora o prognóstico de indivíduos acometidos por tais transtornos.

Percebeu-se que há diferença entre o relato de tipos de traumas sofridos na infância e a psicopatologia que se desenvolve na vida adulta. Enquanto, na literatura mundial, o abuso sexual é descrito como maior fator preditivo, na nossa amostra, o abuso emocional e físico foram apontados como principais fatores associados.

Observou-se, ainda, que, apesar de identificar-se fatores associados com Transtornos de Humor (gênero, escolaridade, nível socioeconômico e religiosidade), não foram encontradas estas associações para ser vítima de trauma na infância. Este fato nos faz pensar que o TI está mais relacionado com o responsável ou cuidador, do que com o perfil do próprio sujeito acometido. Ainda neste sentido, considera-se que a psicopatologia dos pais é preditiva de TI na criança, portanto é necessário o esclarecimento destes sujeitos cuidadores para tal situação.

A prevalência relacionada a Transtorno de Humor na vida adulta, também, nos remete a falta de identificação e intervenção de TI precocemente. Ressalta-se a importância de capacitar os profissionais da saúde, em geral, o reconhecimento e manejo de situações traumáticas.

Verificou-se a escassez de estudos que relacionem tais fenômenos na população brasileira. Esta escassez faz com que as políticas de intervenção tornem-se ineficazes ou praticamente inexistentes no nosso contexto. Assim, aponta-se a necessidade de mais estudos epidemiológicos nesta população.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, (4ª ed. – TR). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L.H.S.G. de, Viana, M.C., Silveira, C.M. (2006). Epidemiology of women's psychiatric disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.
- Angst, J., Adolfsson, R., Bennazi, F., Gamma, A., Hantouche, E. et al. (2005). The HCL-32: a self – assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88, 217-233.
- Angst, J., Gamma, J, Rössler, W., Ajdacic V. & Klein, D. (2010). Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261 (1), 21-27.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P. & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc. saúde coletiva*, 14 (2), 349-361.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company. San Antonio.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV)*, Washington (DC): American Psychiatric Press.

- Grassi-Oliveira, R. Stein, L. M. & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública* [online], 40, n.2 [cited 2010-10-21], pp. 249-255 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)
- Kaplan, S. J., Sunday, S. , Labruna, V., Pelcovitz, B. & Salzinger, S. Psychiatric Disorders of Parents of Physically Abused Adolescents. *Journal of Family Violence* 24, (5), 273-281.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Keretz, D., Merikangas, K. R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105.
- Leverich G. S., Post R. M. (2006). Course of bipolar illness after history of childhood trauma. *Lancet*, 367, 1040–1042.
- Lu, W., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., & Jankowski, M. K. (2008). Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatric Services*, 59, 1018–102.
- Scherer E. A. & Scherer Z. A. P. (2000) A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 8(4): 22-29.
- Shannon C, Maguire C, Anderson J, Meenagh C, Mulholland C. (2011). Enquiring about traumatic experiences in bipolar disorder: a case note and self- report comparison. *J Affect Disord*.133(1-2):352-5.
- Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z. & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*, 50, 153-162.
- Yan-Meier L., Eberhart N. K., Hammen C. L., Gitlin M., Sokolski K., Altshuler L. (2011). Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for mania in bipolar disorder. *Psychiatry* 186, 267–271.
- Zavaschi, M. L., Graeff, M. E., Menegassi, M. T., Mardini, V., Pires, D. W., Carvalho, et al. (2006). Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 184-190.

### Considerações Finais

Na população clínica estudada, é marcante a maior frequência de participantes do sexo feminino. Quando se verifica, na literatura atual, encontra-se alguns autores que relatam esta realidade também é encontrada em outros contextos. Por exemplo, Andrade, Viana e Silveira (2006) descrevem que, na idade adulta, emergem diferenças significativas entre a saúde mental de homens e mulheres. As mulheres apresentam vulnerabilidade marcante, principalmente em relação a sintomas depressivos e ansiosos. O transtorno depressivo é, no panorama mundial, a segunda causa de morte por suicídios em mulheres e a primeira causa de incapacitação laboral nas mesmas. Tais transtornos apresentam, ainda, uma associação com doenças físicas altamente significativas.

Já, segundo Gopinath, Katon, Russo & Ludman (2006), episódios recorrentes de depressão deixam marcas importantes nas estratégias de enfrentamento e, por consequência,

empobrecem os recursos funcionais e laborais. Pode-se estabelecer relação entre tal dado, no presente estudo, onde o número expressivo (maior que 40%) de indivíduos que não realizaram nenhuma atividade laboral remunerada no último ano. Poderia inferir-se que tais sujeitos teriam um cônjuge que contribuísse para o sustento, porém o número não está associado aos casados.

O percentual de sujeitos que apresentam doença ou problemas de saúde (55,4%) explica-se pelo fato da pesquisa realizar-se em um centro de atendimento clínico. Muitas destas pessoas, independente da faixa etária, estavam aguardando atendimento médico. Segundo Lima, Soares e Mari (1999), a prevalência de pontuação na CAGE para uso nocivo de álcool, na população geral, está em torno de 4%; quando falamos em populações clínicas, pode chegar ao dobro desta. Na população estudada, encontramos 12,8%, dado que não fica distante do descrito na literatura, conforme descrevem, ainda, Primo & Stein (2004), que colocam 10% em populações clínicas do sexo feminino e 20% em populações clínicas do sexo masculino.

Quanto ao uso de tabaco, Cavalcante e Pinto (2010) realizaram um levantamento do uso de tabaco, na população brasileira, e verificaram uma associação com o grau de pobreza e o número de tabagistas. Segundo estas, a população que representa as camadas C a E, da população brasileira, é a que mais utiliza tabaco a partir de idades muito precoces (13 anos). Encontrou-se 34,5% de uso de tabaco nos sujeitos estudados, enquanto, em outro estudo, realizado em Porto Alegre, porém em população universitária (maior parte dos sujeitos pertencentes a classe A e B), a prevalência foi de aproximadamente 4% (Figueiredo, 2009). Outro dado que, segundo as mesmas autoras, é fator associado ao aumento do uso de tabaco é o dos anos de escolaridade formal. Na população estudada, a grande maioria dos indivíduos estudou entre 5 e 8 anos (aproximadamente 42%), tendo desta forma não concluído o ensino fundamental (9 anos).

A frequência de internações psiquiátricas na população estudada foi de 8,8%, enquanto Abreu e Candiago (2007) descrevem que este índice vem crescendo de forma progressiva, no Rio Grande do Sul, desde o ano de 2000, podendo chegar, hoje em dia, a, aproximadamente, 19% da população geral. Referem, ainda, que aumentaram o número de internações devido a Transtornos do Humor. Segundo Ribeiro, Alves, Silva & Vieira (2009), 37,8% da população geral apresenta necessidade de cuidados com a saúde mental. Neste estudo, encontrou-se 26% de indivíduos que afirmam utilizarem, ou já terem utilizado, auxílio psiquiátrico e psicológico. Esse dado nos aponta uma carência ainda no oferecimento destes serviços na população.

Quando perguntou-se a respeito de uso de medicações continuadas (no mínimo, pelos últimos seis meses), 49% dos indivíduos referiu utilizar. Na literatura, autores referem que, a cada década de vida, hoje em dia, se tem um tipo de medicação contínua associada ao indivíduo. Relatam, ainda, que a frequência deste uso, em idosos (acima de 60 anos), passa de 64% (Vasconcelos, Victor, Moreira e Araújo, 2005).

A partir do uso do BDI-II, identificou-se que a prevalência, nesta população, de sintomas depressivos graves e moderados é de 31,1%. É maior do que a maioria dos estudos encontrados a respeito deste dado na população clínica geral (Veras, Rassi, Valença e Nardi, 2006; Bijl, Ravelli & van Zerssen, 1998; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003; Szadoczky, Papp, Vitrai, Rihmer, & Furedi, 1998). Dado esse que pode justificar-se pelo fatores associados, os quais os próprios autores acima citam como: baixo poder aquisitivo, ser a maioria do sexo feminino, dificuldades ocupacionais e problemas de saúde geral.

Os sintomas de hipomania estiveram presentes em 20,3% da população, o que pode ser justificado (número alto e não coincidente com a literatura) por dificuldades que verificaram-se no instrumento: como a dificuldade de compreensão das palavras “altos”

usada para designar humor alterado para cima, ou da confusão que se estabelece entre fatos da vida corriqueira (alegrias) com alteração do humor (Figueiredo, 2009).

O questionário QUESI, usado como rastreador ou identificador de sinais de trauma, trouxe uma frequência de aproximadamente 44% de indivíduos que pontuaram em algum dos cinco domínios do instrumento (abuso sexual físico ou emocional e negligência física ou emocional). Como instrumento de rastreio, levando em conta a abrangência de seus domínios e a situação sócio econômica da população pesquisada, os resultados parecem estar de acordo.

A prevalência dos transtornos mentais, identificados com a SCID-I-CV, com exceção do Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Distímico, apresentou variações em relação à literatura mundial. O Transtorno Depressivo Maior foi detectado em 12,2% dos entrevistados. Na literatura, encontramos uma variação entre 17 e 24%, o que não aponta diferença significativa, observando-se as diferenças na forma de detecção (Bijl, Ravelli & van Zerssen, 1998; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003; Szadoczky, Papp, Vitrai, Rihmer, & Furedi, 1998). No Transtorno Distímico, a prevalência relatada, na literatura, é de, aproximadamente, 3,2% (Castel e Scalco, 1997). A detectada na população em questão foi de 3,4%, sendo extremamente semelhante.

Nos Transtornos do Humor Bipolares, foram encontradas diferenças: THB I 4,7%, THB II 8,8%, e THB SOE 3,4%; enquanto, na literatura, de a prevalência de todos os transtornos bipolares é 1% a 1,5% (Bebbington & Ramana, 1995). Porém, em estudos mais atuais, como Angst (1998), a prevalência apontada é de 3 a 8%. O que cabe ressaltar é que pesquisou-se em uma população que buscava auxílio clínico geral. Autores, como Angst (2003), ressaltam que a busca a serviços médicos, em portadores de THB, aumenta entre 3 e 4 vezes em relação a população geral.

A associação que entre Transtornos do Humor (TH) e Trauma na Infância (TI), a qual é amplamente referida, na literatura, por diversos autores (Hills, Davis, Byatt, Burnside, Rollinson & Fear, 2000; Weil, Florenzano, Vitriol, Cruz, Carvajal, Fullerton & Muñiz, 2004), foi verificada na população estudada, com os seguintes coeficientes associativos em relação a TI: pessoas que apresentam TI apresentam 16,46 mais chances de apresentar Transtorno de Humor Depressivo; 17,77 mais chances de apresentar Transtorno de Humor Bipolar I, e uma tendência de 5,14 vezes maior de apresentar Transtorno de Humor Bipolar II.

Já quando avaliamos sintomas para Depressão (BDI-II) e Hipomania (HCL-32), existe associação entre sintomas graves e moderados no BDI-II e TI. Por outro lado, não se encontra tal associação, quando relaciona-se o HCL-32 e TI, dado que confirma a hipótese sobre a dificuldade no uso do HCL; quando fala-se no BDI-II, reforça a relação com a literatura.

Ressalta-se a necessidade e a importância de realizar-se mais estudos descritivos e de identificação de fatores associados na realidade brasileira. Pois, através destes, poder-se-á construir mais estratégias de prevenção e intervenção, levando em conta as características específicas da população em questão.

O trauma na infância aparece, na literatura, como um grande problema social, estando, frequentemente, associado a consequências definitivas no desenvolvimento do indivíduo, podendo gerar desde sintomas simples até severos transtornos mentais.

Podemos observar, nestes estudos, que estas consequências são de natureza psicológica, física ou neuropsicológica. Os transtornos mentais estão, frequentemente, associados a incapacidade laborativa na vida do sujeito, fato que tanto psicologicamente, como socialmente acarreta prejuízos.

A partir do momento que podemos identificar situações de vulnerabilidade e maior frequência, podemos prevenir uma série de situações de extremo dano para o indivíduo. Tendo em vista que os transtornos do humor estão estreitamente relacionados aos traumas na infância, e que estes causam prejuízos tais como diminuição da expectativa de vida, menor capacidade laborativa e menor satisfação nas relações interpessoais, conclui-se que a elaboração de uma intervenção preventiva destes transtornos seria uma excelente medida. Muitas vezes, na vida de um indivíduo, encontra-se uma associação entre estes dois fenômenos: trauma na infância e transtorno do humor, o que é apontado na literatura como fator preditivo de pior prognóstico na evolução psicopatológica do sujeito.

Segundo alguns estudos, o trauma ocorre, em geral, dentro da casa de indivíduos que de alguma forma já vivenciaram esta situação no seu dia-a-dia. Ainda, observa-se, nos estudos, que indivíduos portadores de transtorno do humor, frequentemente, estão mais vezes envolvidos em provocar traumas e maus tratos, principalmente se tratados inadequadamente.

É importante destacar que os constructos, trauma na infância, e transtorno mental presente na vida adulta, estão estreitamente relacionados, podendo, inclusive, inferir-se que estes estabeleçam, entre si, uma relação causal, sendo o trauma da infância um dos preditores de transtornos do humor. Não se pode, como destacam alguns autores, dizer que um acarreta o outro, mas pode-se afirmar que se associam e se relacionam diretamente.

Por fim, observa-se que, tendo-se um olhar mais amplo sobre os fenômenos acima descritos, podemos entender de forma significativa a interação entre estes e perceber que uma situação acaba podendo agravar a outra e que, se esta relação for descrita com clareza, pode contribuir na organização e sistematização de estratégias de intervenção e prevenção. Pode ser destacado, ainda, que, tendo-se detecção e identificação precoce, pode-se, inclusive,

prevenir situações como o próprio trauma infantil e, mais ainda, evitar o número acentuado de consequências na vida adulta.

#### Referências

- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Moller, H. & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders, 1* (Suppl 59): S5-S30.
- Alloy, B.L., Abramson, L.Y., Smith, J.M., Gibb, B.E. & Neeren, A.M. (2006). Role of Parenting and Maltreatment Histories in Unipolar and Bipolar Mood Disorders: Mediation by Cognitive Vulnerability to Depression. *Clinical Child and Family Psychology Review, 9*, 1, 23-64.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, (4ª ed. – TR). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L.H.S.G. de, Viana, M.C., Silveira, C.M. (2006). Epidemiology of women's psychiatric disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(2), 43-54.
- Angst, J (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders, 50*, 143-151.

- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D. & Rössler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 73, 133-146.
- Angst, J., Adolfsson, R., Bennazi, F., Gamma, A., Hantouche, E. et al. (2005). The HCL-32: a self – assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88, 217-233.
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. et al. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich cohort study: a twenty year prospective study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 68-76.
- Bauer, M. S., Crits-Christoph, P., Ball, W. A., Dewees, E., McAllister, T., Alahi, P. et al. (1991). Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. *Archives of General Psychiatry*, 48, 807-812.
- Bebbington, P. & Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 279-292.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company. San Antonio.
- Beard, J.R., Galea, S. & Vlahov, D. (2008). Longitudinal population-based studies of affective disorders: Where to from here?. *BMC Psychiatry*, 8, 1-11
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Blechert, J. & Meyer, T. D. (2005). Are the scales hypomanic personality, impulsive nonconformity and rigidity predictors of bipolar symptoms? *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 15-27.
- Bowden, C. L. (2001). Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 52, 51-55.
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck Jr, P. E. et al. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (4), 425-432.

- Canals, A. A. (2011). *Satisfação conjugal em indivíduos atendidos em um serviço de atenção primária à saúde de um setor da cidade de porto alegre: Sua associação com sintomas do transtorno do humor*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Candiago R. H. & Abreu, P. B. (2007). Use of Datasus to evaluate psychiatric inpatient care patterns in Southern Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 41(5): 821-829.
- Castel S, Scalco M. Z. Distímia: quadro clínico e diagnóstico. In: Cordás TA, Nardi AE, Moreno RA, Castel S. *Distímia - do Mau Humor ao Mal do Humor*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1997. p. 23-41.
- Couto, M. & Maia, A. (2009). Adversidades na infância explica sintomas actuais em homens de meia- idade. *Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas*, Actas do primeiro congresso dos países de língua portuguesa, 265-275.
- Cunha, J.A. (2000). *Psicodiagnóstico- V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dunner, D. L. (2003). Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 456-463.
- Dupue, R.A., Slater, J. F., Wolfstetter-Kausch, H., Klein, D., Goplerud, E. & Farr, D. (1981). A behavioral paradigm for identifying persons at risk for bipolar depressive disorder: a conceptual framework and five validation studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 381-437.
- Eckblad, M. & Chapman, L. J. (1985). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 214-222.
- Engum, S. A., Mitchell, M. K., Scherer, L. R. (2000). Prehospital triage of the injured pediatric patient. *J Pediatr Surg*, 35, 82-87.
- Figueiredo, A.L. (2008). *Prevalência de Sintomas do Humor em uma População de Alunos de uma Universidade Privada do Município de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV)*, Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E. E. & Goodwin, F. K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*, 804-808.
- Ghaemi, S. N., Ko, J. Y & Goodwin, F. K. (2002). “Cade’s Disease” and beyond: Misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *47*, 125-134.
- Gonçalves, D. M., Kapczinski, F. (2008). Transtorno Mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Revista de Saúde Pública*, *42* (6), 1060-1066.
- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness*. New York. Oxford University Press.
- Grassi-Oliveira, R. Stein, L. M. & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública* [online], *40*, n.2 [cited 2010-10-21], pp. 249-255 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)
- Hill, J., Davis, R., Byatt, M., Burnside, E., Rollinson, L., & Fear, S. (2000). Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: a general population study. *Psychological Medicine*, *30*, 1283-1291.
- Hantouche, E. G., Angst, J. & Akiskal, H. S. (2003). Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders*, *73*, 39-47.
- Hirschfeld, R. M. A., Calabrese, J. R., Weissman, M. M., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A. et al. (2003a). Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 53-59.
- Hirschfeld, R. M. A., Lewis, L. & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? Results of the national depressive and manic-

- depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 161-174.
- Hirschfeld, R. M. A., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck Jr, P. E. et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1873-1875.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, *34*, 597-611.
- Kapczinski, F., Frey, B. N., Andreazza, A.C., Kauer-Sant'Anna, M., Cunha, A. B. M., Post, R.M. (2008). Increased oxidative stress as a mechanism for decreased BDNF levels in acute manic episodes. *Revista Brasileira de psiquiatria*, *30*, 243-245.
- Keller, M. B. & Bolland, R. J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, *44*, 348-360.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Keretz, D., Merikangas, K. R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, *289*, 3095-3105.
- Kinder, L., Katon W., Ludman, E., Russo, J., Simon, G., Lin, E., Ciechanowski, P., Von Korff, M., Young, B. (2006). Improving depression care in patients with diabetes and multiple complications. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(10): 1036-41.
- Klein, D. N., Dickstein, S., Taylor, E. B. & Harding, K. (1989). Identifying chronic affective disorders in outpatients: validation of the General Behavior Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 106-111.
- Kwapil, T. R., Miller, M. B., Zinser, C., Chapman, L. J., Chapan, J. P. & Eckblad, M. (2000). A longitudinal study of high scorers on the Hypomanic Personality Scale. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 222-226.

- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorder in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (4), 454-463.
- Lima, L. (2006). *Os maus-tratos infantis*. Monografia de curso de especialização. Centro de estudos Multiculturais, Lisboa.
- Lovejoy, M. C. & Steuerwald, B. L. (1995). Subsyndromal unipolar and bipolar disorders: comparisons on positive and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 381-384.
- Meyer, T. D. & Hautzinger, M. (2002). Screening for bipolar disorders using the Hypomanic Personality Scale. *Journal of Affective Disorders*, 75, 149-154.
- Meyer, T. D. & Keller, F. (2003). Is there evidence for a latent class called “hypomanic temperament”? *Journal of Affective Disorders*, 75, 259-267.
- Miller, C. J., Klugman, J., Berv, D. A., Rosenquist, K. J. & Ghaemi, S. N. (2004). Sensitivity and sensibility of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 81, 167-171.
- Monteiro, S. R. T. (2010). Maltrato por Omissão de Conduta a Negligência Parental na Infância Estudo de Caso “Uma década e diferentes visões do desenrolar de histórias de vidas.”. *Dissertação de mestrado*, Universidade do Porto, Cidade do Porto.
- Nascimento, R. S.G.F do. (2006). Estudo normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para São Paulo: resultados dos índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-COM. *Avaliação Psicológica*, 5,1 (páginas).
- Norgren, M. de B. P., Souza, R. M. de, Kaslow, F., Hammerschmidt, H., Sharlin, A. S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia* 2004, 9(3), 575-584
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação Internacional de Doenças*, 10ª Ed.
- Perlin, G. D. B. (2006). Casamentos contemporâneos: um estudo sobre os impactos da relação família- trabalho na satisfação conjugal. *Tese apresentada no Instituto de Psicologia de Brasília*, Brasília.

- Pires, A.L.D., Miyazaki, M.C.O.S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de ciência e Saúde*, 12 (1), 42-49.
- Ribeiro M. S., Alves M. J., Silva P. M., & Vieira E. M. (2009) Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* 31(1): 40-50.
- Sanchez-Moreno, J., Vieta, E., Lahuerta, J., Zaragoza, S., Sánchez, G., De Grazia, M. et al. (2005). Desarrollo y validación de um instrumento para la detección hipomanía: El "Hypomania checklist" (HCL-32). *Actas Luso-Españolas de Neurologia y Psychiatry*, 134(páginas).
- Shugar, G., Schertzer, S., Toner, B. B. & Di Gasbarro, I. (1992). Development, use, and factor analysis of a self report inventory for mania. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 325-331.
- Simon, G. E. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54, 208-215.
- Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L. et al. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67, 45-69.
- Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z. & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*, 50, 153-162.
- Vasconcelos, F. F., Victor, J. F., Moreira, M. T, Araújo, T. L. (2005). Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza. *Acta Paul Enferm*, 18(2):178-8.
- Weil P. K., Florenzano U. R., Vitriol, G. V., Cruz, M. C., Carvajal, A. C., Fullerton, U. C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Rev. méd. Chile*, 132(12), 1499-1504.
- Wicki, W. & Angst, J. (1991). The Zurich Study X: hypomania 28- to 30-year-old cohort. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 240, 339-348.

Zimmerman, M., Posternak, M. A., Chelminsky, I. & Solomon, D.A. (2004). Using questionnaires to screen for bipolar disorders in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 605-610.

ANEXO 1 – Parecer Comitê de Ética



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-126/10

Porto Alegre, 21 de janeiro de 2010.

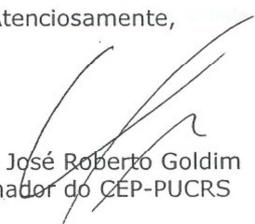
Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 09/04910 intitulado **"Rastreamento do Transtorno de Humor Bipolar em uma vila da cidade de Porto Alegre"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. José Roberto Goldim  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.  
Profa. Irani Iracema Argimon  
FAPSI  
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

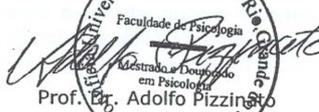
Ofício 005/2011 – FCC

Porto Alegre, 11 de maio de 2011.

Senhor(a) Pesquisador(a)

A Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo intitulado **"Associação entre trauma na infância e transtorno do humor na vida adulta"**

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, sem a necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido à aprovação dos projetos maiores **"Rastreamento do Transtorno de Humor Bipolar em uma vila da cidade de Porto Alegre"**, conforme ofício CEP nº 126/10.

Atenciosamente,  
  
 Prof. Dr. Adolfo Pizzinato  
 Coordenador da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia

Ilmo(a) Sr(a)

Orientador(a): Irani Iracema de Lima Argimon

Pesquisador(a): Ângela Leggerini de Figueiredo

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6681 – P. 11- 9º andar – CEP 90619-900  
Porto Alegre – RS – Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633  
E-mail: [psicologia-pg@puccrs.br](mailto:psicologia-pg@puccrs.br)  
[www.pucrs.br/psipos](http://www.pucrs.br/psipos)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar de um estudo para avaliar a saúde e o bem estar. Somos uma equipe de profissionais do curso de pós-graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Fazem parte da equipe os psiquiatras José Caetano Dell'Aglio júnior e Aneron de Avila Canals, e a psicóloga Ângela Leggerini de Figueiredo. Este trabalho tem a orientação e supervisão da Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon.

Tal estudo prevê a participação de pessoas com idade acima dos 18 anos. Sua participação envolve o preenchimento de alguns questionários relacionados à sua saúde. Este procedimento terá uma duração aproximada de 90 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Todas as informações que permitam identificá-lo (a) serão omitidas.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para pensarmos em melhores propostas para atendimento à saúde, bem como contribuindo para a produção de conhecimento científico.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante) fui informado dos objetivos específicos acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 3320-3633, sub-ramal 7739, da Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo telefone (51) 3320-3345.

Consinto em participar desta pesquisa e declaro ter recebido cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
local e data

\_\_\_\_\_  
Prof., Dr. Irani de Lima Argimon

## MANUAL DE INSTRUÇÕES DO TRABALHO DE CAMPO

**1 – Verificar dia e horário que está programado para ir até o Campus Avançado.**

**2 – Passar no grupo de pesquisa para pegar material de aplicação, para depois dirigirem-se até o transporte**

**3 – Após chegar no Campus Avançado dirigirem-se até a residência previamente sortida**

Apresentação: Meu nome é XXXX, sou do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e estamos realizando um trabalho sobre aspectos da saúde da população desta comunidade. Faço parte da equipe de entrevistadores. O estudo está sendo realizado com vários indivíduos desta comunidade. **você foi um dos sorteados para participar desta pesquisa** e gostaria de fazer algumas perguntas e esclarecimentos sobre este trabalho.

### APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR AOS INFORMANTES

Seguir os passos abaixo:

- a) Apresentação: “Meu nome é XXXX, sou do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e estamos realizando um trabalho sobre transtornos de humor na população. Faço parte da equipe de entrevistadores e gostaria que vocês participassem do estudo respondendo alguns questionários”. Salientar que “é muito importante a colaboração do(a) indivíduo neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde desta população, podendo assim ajudar mais as pessoas e oferecer serviços mais adequados e de maior efetividade”. Passar e recolher consentimentos;
- b) “Para participar do estudo é necessário a assinatura de um termo de consentimento. A pesquisa não oferece riscos a saúde dos participantes, que são livre para decidir não participar ou desistir durante a aplicação. Primeiro, uma ficha de dados sócio demográficos será respondida visando coletar informações sobre o perfil do participante. Logo após, vamos solicitar o preenchimento de duas escalas que avaliam sintomas de humor que possam indicar alguma alteração significativa. As características perguntadas, **não** podem ser referentes a uma situação específica e sim a um padrão de reação ao longo da vida. Por períodos de “altos” serão entendidas aquelas situações onde espontaneamente tu te sentes mais **irritado ou eufórico sem uma relação com algum fato específico**. Qualquer dúvida estamos aqui.”
- c) Se houver recusa, anote, mas não desista antes de outra tentativa, **não** será selecionada outra pessoa para substituir esta.

## ORIENTAÇÕES GERAIS

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória. **LEVE COM VOCÊ SEMPRE:**

- Manual de instruções;
- Termos de consentimento;
- Questionários;
- Canetas.
- Crachá de identificação
- Avental branco

- Procure se apresentar de forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Não utilize roupas muito curtas ou decotadas. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar as pessoas. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer participante. Orientamos também de não portarem adereços que possam chamar a atenção (relógios, jóias) e cuidado com o uso do celular (sugerimos não levarem o celular).

- Se necessário forneça o número do telefone do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (3320-3633) para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.

- **Nunca esquecer:** seja sempre gentil e educado(a), pois as pessoas não têm obrigação de responder ao questionário.

- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com os indivíduos do domicílio sorteado, trate os com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de questionamentos ou demora ao responder ao questionário.

- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das perguntas (ou respostas) que se evidenciarem.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **o mais neutra possível** com relação às respostas.

- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado (a) com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de responder a questionamentos.

- **Nunca** influencie ou sugira respostas. Dê tempo ao entrevistado para que reflita e encontre a resposta.

- Procure manter um diálogo aberto com os coordenadores da pesquisa, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer das aplicações. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. **DEPENDEMOS DE VOCÊS!!!!**

- o Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista. Podendo usar, por exemplo, a seguinte expressão: **“preciso verificar no nosso manual sobre este questionamento”**.

### TELEFONES PARA CONTATO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia 3320-3633

Mestrandos:

Aneron Canals 92824695

Ângela Figueiredo 9919 7739

Igor Finger 9999.3580

José

### RESIDÊNCIAS A SEREM VISITADAS

- ◆ O pesquisador ... estará no grupo de pesquisa com a função de entregar e receber o material para ser aplicado na entrevista. **HORÁRIOS????**
- ◆ Nunca entre no pátio ou na residência sem permissão do responsável. Peça permissão para falar da pesquisa, para após autorização e aceite do responsável entrar na residência.

### INSTRUÇÕES GERAIS PARA VERIFICAÇÃO DO PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS:

Verificar sempre se **todas as questões foram assinaladas**. Fazer isso na frente do entrevistado de forma breve. Qualquer pergunta em branco não hesite em solicitar o preenchimento ao participante novamente.

Observe se as **letras** e **números** estão assinalados de maneira **compreensível**, sem deixar margem para dúvidas. Caso exista dúvida, pergunte ao estudante.

- o **???????** Pessoas sem condições físicas de responder ao questionário, como por exemplo, cegos, são considerados como exclusões (**não fazem parte do estudo**). Colete as informações possíveis (nome, sexo, idade, etc) destas pessoas e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistadas. Estas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. **?????????**

### INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

O **entrevistador** deverá preencher (Poderá ser depois da aplicação para poupar tempo de aula):

APLICADOR: Anotar seu nome.

DATA DA APLICAÇÃO: Anotar o dia do mês em que a entrevista foi executada.

QUESTIONÁRIO: ESTE QUADRADO DEVERÁ PERMANECER EM BRANCO.

O participante deverá preencher: **INSTRUIR OS PARTICIPANTES A NÃO PREENCHEREM NADA NA COLUNA A SUA DIREITA NEM O QUADRADO QUESTIONÁRIO!**

**DATA DE NASCIMENTO:** Anotar a data de nascimento - Dia/Mês/Ano.

**IDADE:** relato da idade em anos completos. Ex: "Faço 26 amanhã".- relatar 25!

**SEXO:** O entrevistado deverá informar seu sexo – masculino ou feminino.

**ESTADO CIVIL:** preencher o mais adequado à situação. União estável, legalmente, se refere a dois meses morando na mesma residência.

**DESDE A 1ª SÉRIE DO 1º GRAU, HÁ QUANTOS ANOS ESTÁS ESTUDANDO?:** Contar desde que a 1ª série do 1º grau quantos anos a pessoa estudou. Em caso de reprovação, contar o ano repetido (Ex: caso pessoa tenha "rodado" na primeira série e estudou até a segunda, contar 3 anos.). Em caso de interrupção de estudos não contar anos "parados". Ex: pessoa completou o 2º grau e cinco anos depois começou a faculdade – não contar estes 5 anos (mesmo que estudasse em pré-vestibular). A realização de outros cursos universitários ou técnicos contam! Mesmo que a pessoa não tenha concluído.

**NOS ÚLTIMOS 12 MESES, REALIZASTE TRABALHO REMUNERADO?:** Caso a aplicação seja em Abril - o estudante deverá relatar se desde Abril de 2007 realizou trabalho remunerado (em troca de dinheiro - qualquer valor).

**SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO TU TRABALHAS?** \_\_\_\_\_ MESES: Quem não trabalhou marcar 0. Ressaltar que são meses.

**NA TUA CASA TEM:**

Anotar quantos itens têm na casa: **(cuidar para não confundir a quantidade de itens = (0), (1), (2), (3), (4 ou +) com a pontuação da codificação!!!)**

- TELEVISÃO EM CORES
- RÁDIO
- BANHEIRO
- AUTOMÓVEL
- EMPREGADA MENSALISTA
- ASPIRADOR DE PÓ
- MÁQUINA DE LAVAR
- VÍDEO CASSETE E/OU DVD
- GELADEIRA
- FREEZER (APARELHO INDEPENDENTE OU PARTE DA GELADEIRA DUPLEX)

**QUAL A ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (= pessoa de maior renda)?**

**RELIGIÃO:** Qualquer religião!

**PRÁTICA RELIGIOSA:** qualquer atividade! Não necessariamente precisam ter marcado que tem religião! Qualquer atividade espiritual pode ser considerada prática religiosa!

**ATIVIDADES DE LAZER:** Ter praticado nos últimos 12 meses, pelo menos uma vez, alguma das atividades apontadas como forma de lazer (entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se). Não vale a trabalho ou outro compromisso!

**ATIVIDADES FÍSICAS (2 questões):** Referente aos últimos 7 dias!! Exemplo: Faz academia duas vezes por semana e caminha duas vezes por semana. A média será o tempo somando de todas as quatro atividades dividido por 4.

**PROBLEMA DE SAÚDE:** Ex: Diabetes, Hipertensão, etc...

**HOSPITALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA:** Se a pessoa já foi internada por dificuldades emocionais/"problema dos nervos".

**MEDICAÇÃO:** Utilização de medicação por pelo menos três meses. Tanto durante como no início do tratamento. Pessoa que esteja tomando medicação ou irá tomar por pelo menos 3 meses.

**TRATAMENTO:** Se refere a psicoterapia – de qualquer referencial teórico!

**PERCEPÇÃO DE SAÚDE:** Se refere a auto-percepção da saúde da pessoa durante o último mês.

**BEM-ESTAR:** Diz respeito a como a pessoa se sentiu no último mês – seu "grau de felicidade".

**CAGE (Questões sobre álcool):** São perguntas sobre o costume de ingestão de bebidas alcoólicas e suas conseqüências. Aluno deve preencher todas! Mesmo que na primeira pergunta a resposta seja negativa.

**FUMO (2 questões):** A primeira trata sobre a situação do aluno em relação ao consumo de tabaco. Se a pessoa parou de fumar um dia antes de responder o questionário deve assinalar ex-fumante! Contudo, na questão seguinte deve relatar quantos cigarros em média a pessoa fumou por dia no último mês. "Tradução" da segunda pergunta: *No mês passado, mais ou menos quantos cigarros tu fumou por dia?*

### **CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS**

- ◆ Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto as respostas na coluna da direita. Sempre que o espaço definido para a resposta for insuficiente utilizar também as margens da folha. Não anote nada na coluna da direita. Este espaço está reservado somente para a codificação.
- ◆ No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários já aplicados e faça a codificação das questões utilizando a coluna da direita do formulário. Codifique apenas as questões "fechadas", isto é, aquelas cujas respostas são do tipo múltipla escolha e quando não tiver dúvida quanto a que código usar. Caso tenha dúvidas, deixe a questão em branco. As questões abertas – aquelas que deverão ter sido respondidas por extenso – serão codificadas posteriormente.

**ATENÇÃO:** Não deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

#### ➤ **IGNORADA (IGN):**

Quando o informante não assinalou resposta. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** (código 9, 99, 999, ...), deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Por **exemplo**, se

a pessoa marcou que não trabalhou de forma remunerada nos últimos 12 meses e deixou a questão tempo de trabalho em branco – assinalar 00 e não 99 na questão.

Se não houver resposta clara (e o entrevistador não tenha percebido no momento da entrega), anotar por extenso e discutir com o supervisor.

Lembre-se: uma resposta não coletada é uma resposta perdida. **TENHA O CUIDADO PARA NÃO INDUZIR UMA RESPOSTA NA CODIFICAÇÃO.**

#### **RESUMO DOS PROCEDIMENTOS**

**Reunião equipe na 5ª feira;**

**Passar no grupo de pesquisa antes de se deslocar até o Campus Avançado para solicitar o material a ser aplicado;**

**Explicar para o participante o objetivo da pesquisa;**

**Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;**

**Entrega da ficha sócio-demográfica;**

**Início da aplicação dos demais instrumentos;**

**Retorno ao grupo de pesquisa para entrega de todo o material, identificado, que foi aplicado;**

#### **ESCALAS – PONTUAÇÕES E CORREÇÕES:**

As escalas de humor (HCL-32, BDI II e BDRS) serão pontuadas e corrigidas pela equipe de pesquisa posteriormente assim como os encaminhamentos àqueles com escores acima dos pontos de corte.

## ANEXO 5 – Ficha Sócio-Demográfica

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia  
Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital

Por favor, tente responder o melhor que puder e marque sempre a alternativa que acreditares mais adequada. Obrigado!

**FICHA DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

Aplicador:	Data da aplicação: / /	Aplic Datapl
Data Nascimento: / /	Idade (em anos completos):	Datanasc Idade
Sexo: (1) Feminino (2) Masculino		Sexo
Estado Civil: (1) Casado (2) União estável (3) Solteiro (4) Viúvo (5) Separado (6) Divorciado (7) Outro Qual? _____		Estciv  Qualout
Se teu estado civil for <u>casado ou união estável</u> , responda as seguintes questões e também o inventário de satisfação conjugal, caso contrário pule para a questão escolaridade.		
Qual o sexo do teu cônjuge? (1) Feminino (2) Masculino		Sexoconj
Já teve relacionamentos anteriores (casado ou união estável)? (0) Não (1) Sim, quantas vezes _____		Relant Quezes
Quanto tempo está casado ou vivendo em união estável (relacionamento atual)? (0) menos de 1 ano (1) 1 a 5 anos (2) 6 a 12 anos (3) 13 a 20 anos (4) mais de 20 anos		Temprel
Quantos filhos tu tens? _____ Como tu avalias tua relação? (0) Totalmente insatisfatória (1) Insatisfatória (2) Regular (3) Satisfatória (4) Totalmente satisfatória		Nfilhos avrel
Desde a 1ª série do 1º grau, há quantos anos estás estudando? ____ anos		Anosest
NOS ÚLTIMOS 12 MESES, realizaste trabalho remunerado? (0) Não (1) Sim		Trab
Se sim, há quanto tempo tu trabalhas (ou trabalhou) neste emprego? ____ anos ____ meses		Temptra
Tu tens televisão colorida em casa? (0) não (1) sim Quantas? ____		TVs
Tu tens radio em casa? (0) não (1) sim Quantos? ____		Radio
Tu tens banheiro na tua casa? (0) não (1) sim Quantos? ____		Banheir
Tu tens carro? (0) não (1) sim Quantos? ____		Carro

Tu tens empregada doméstica mensalista? (0) não Quantas? __	(1) sim	Empreg
Tu tens aspirador de pó?	(0) não (1) sim	Aspipo
Tu tens máquina de lavar roupa?	(0) não (1) sim	Maqlav
Tu tens videocassete ou DVD?	(0) não (1) sim	Vidvd
Tu tens geladeira?	(0) não (1) sim	Gelad
Tu tens freezer separado, geladeira duplex?	(0) não (1) sim	Freez
Qual é a tua ocupação atual? (1) Trabalhando em tempo integral (2) Trabalhando em tempo parcial (3) Trabalhando como autónomo (4) Trabalha informalmente (5) Realiza trabalho voluntário (6) Em benefício (7) Aposentado (8) Pensionista (9) Nunca trabalhou (10) Dona de casa (11) Desempregado(a) (12) Outro: _____		Ocupat
De qual fonte provém a tua renda? (1) Pensão (2) Salário (3) Ajuda de terceiros (4) Aposentadoria (5) Outro _____		Renda
Tu tens religião? (0) Não (1) Sim		Relig
NO ÚLTIMO MÊS, com que frequência tu foste a alguma atividade religiosa (missa, culto, reunião ou sessão na tua religião)? (0) nunca vou (1) fui uma vez (2) duas vezes (3) de 3 a 6 vezes (4) de 7 a 10 vezes (5) de 11 a 20 vezes (6) mais de 21 vezes		Freqmis
NOS ÚLTIMOS 12 MESES, tu realizaste as atividades de lazer abaixo? Ler livros, revistas e/ou jornais (0) Não (1) Sim Escutar música (0) Não (1) Sim Assistir televisão (0) Não (1) Sim Ir ao cinema (0) Não (1) Sim Viajar (0) Não (1) Sim Ir a festas (0) Não (1) Sim Jogar jogos eletrônicos e/ou de tabuleiros (0) Não (1) Sim Usar o computador (0) Não (1) Sim Outro (0) Não (1) Sim Qual?		Livros Escmusic Asstv Ircine Viaj Irfest Jogoele Uscomp Outatv Qualatv
NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes tu fizeste algum esporte, dança, jogo ou exercício físico a ponto de ficar suando ou cansado? (0) Nenhuma (1) Uma vez (2) Duas vezes (3) Três vezes (4) Quatro vezes (5) Cinco vezes (6) Seis vezes ou mais		Exfisc
Se praticaste, em média, quanto tempo durou cada atividade? (0) até 10 minutos (1) de 11 a 20 minutos (2) de 21 a 30 minutos (3) de 31 a 45 minutos (4) de 46 a 60 minutos (5) de 61 a 90 minutos (6) mais de 90 minutos (88) Não se aplica		Tpexfis

<p>orrecem porque criticam o teu modo de tomar bebida</p> <p>(1) Sim</p>	Criticalc
<p>eadado(a) pela maneira como tu costumavas tomar bebidas</p> <p>(1) Sim</p>	Chatalc
<p>nar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o ssaca?</p> <p>(1) Sim</p>	Bebman
<p>atualmente? ei. passado, mas parei de fumar.</p>	Fumat
<p><b>ATUALMENTE RESPONDA AS QUESTÕES A SEGUIR, O ENCERRE ESSE QUESTIONÁRIO POR AQUI.</b></p> <p>pois de acordar você fuma o primeiro cigarro?</p> <p>utos (1) Entre 6-30 minutos utos (3) Após 60 minutos</p>	Cigacord
<p>não fumar em lugares proibidos?</p> <p>(1) Sim</p>	Ciglugpr
<p>dia trás mais satisfação? manhã (1) Outros</p>	Cigsatis
<p>você fuma por dia?</p> <p>(1) De 11 a 20 (3) Mais de 30</p>	Cigdia
<p>mais frequência pela manhã?</p> <p>(1) Sim</p>	Cigmanha
<p>o doente?</p> <p>(1) Sim</p>	Cigdoent

## ANEXO 6 – HCL-32

**ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE HIPOMANIA R1****Energia, Atividade e Humor**

Em diferentes períodos durante a vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor (“altos e baixos” ou “para cima e para baixo”). O Objetivo deste questionário é o de avaliar as características dos períodos “altos” ou “para cima”.

---

**1. Antes de tudo, como você está se sentindo hoje comparando com seu estado normal?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito pior do que o normal       | <input type="checkbox"/> Um pouco melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Pior que o normal                | <input type="checkbox"/> Melhor que o normal          |
| <input type="checkbox"/> Um pouco pior que o normal       | <input type="checkbox"/> Muito melhor que o normal    |
| <input type="checkbox"/> Nem pior nem melhor que o normal |   |

**2. Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?**

Independente de como você se sente hoje, por favor, conte-nos como você é normalmente comparado com outras pessoas, marcando qual dos seguintes itens melhor o descreve.

Comparando com outras pessoas, meus níveis de atividade, energia e humor...

- ... sempre são mais para estáveis e equilibrados
- ... geralmente são maiores
- ... geralmente são menores
- ... freqüentemente passo por períodos de altos e baixos

**3. Por favor, tente lembrar de um período em que você esteve num estado "para cima". Como você se sentia na época?**

Por favor, responda a todas estas questões, **independente do seu estado atual**.

Em tal estado:

1. Preciso de menos sono.   
Sim  Não
2. Eu me sinto com mais energia e mais ativo(a).   
Sim  Não
3. Fico mais autoconfiante.   
Sim  Não
4. Me entusiasmo mais com meu trabalho.   
Sim  Não
5. Fico mais sociável (faço mais ligações telefônicas, saio mais).   
Sim  Não
6. Quero viajar ou viajo mais.   
Sim  Não
7. Tenho tendência a dirigir mais rápido ou a me arriscar mais enquanto dirijo.   
Sim  Não
8. Gasto mais ou gasto dinheiro demais.   
Sim  Não
9. Arrisco-me mais em minha vida diária (no meu trabalho e/ou outras atividades).   
Sim  Não
10. Fico mais ativo (a) fisicamente (esporte, etc.).   
Sim  Não
11. Planejo mais atividades e projetos.   
Sim  Não
12. Tenho mais idéias, fico mais criativo(a).   
Sim  Não
13. Fico menos tímido (a) ou inibido (a).   
Sim  Não
14. Uso roupas/maquiagem mais coloridas e extravagantes.   
Sim  Não

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 15. Quero me encontrar ou de fato me encontro com mais pessoas.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não           | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fico mais interessado (a) em sexo e/ou tenho desejo sexual aumentado.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> |
| 17. Paquero mais e/ou fico mais ativo (a) sexualmente.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não                    | <input type="checkbox"/> |
| 18. Falo mais.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não  | <input type="checkbox"/> |
| 19. Penso mais rápido.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não  | <input type="checkbox"/> |
| 20. Faço mais piadas ou trocadilhos quando falo.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não                          | <input type="checkbox"/> |
| 21. Eu me distraio com mais facilidade.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não                                   | <input type="checkbox"/> |
| 22. Eu me envolvo em muitas coisas novas.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não                                 | <input type="checkbox"/> |
| 23. Meus pensamentos pulam de assunto rapidamente.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não                        | <input type="checkbox"/> |
| 24. Faço coisas mais rapidamente e/ou com maior facilidade.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não               | <input type="checkbox"/> |
| 25. Fico mais impaciente e/ou fico irritado (a) mais facilmente.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não          | <input type="checkbox"/> |
| 26. Posso ser cansativo (a) ou irritante para os outros.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não                  | <input type="checkbox"/> |
| 27. Eu me envolvo em mais discussões e disputas.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não                          | <input type="checkbox"/> |
| 28. Meu humor fica melhor, mais otimista.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não                                 | <input type="checkbox"/> |
| 29. Bebo mais café.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não   | <input type="checkbox"/> |
| 30. Fumo mais cigarros.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não   | <input type="checkbox"/> |
| 31. Bebo mais álcool.<br>Sim <input type="checkbox"/> Não   | <input type="checkbox"/> |

32. Uso mais drogas (sedativos, tranqüilizantes, estimulantes, entre outros).   
 Sim  Não

#### 4. Impacto dos seus "altos" em vários aspectos de sua vida:

**Vida familiar**  positivo e negativo  positivo  negativo   
 nenhum impacto

**Vida social**  positivo e negativo  positivo  negativo   
 nenhum impacto

**Trabalho**  positivo e negativo  positivo  negativo   
 nenhum impacto

**Recreação**  positivo e negativo  positivo  negativo   
 nenhum impacto

#### 5. Reação e comentários das pessoas sobre seus "altos":

Como as pessoas próximas a você reagiram ou comentaram seus "altos"?

- Positivamente (encorajando ou apoiando)
- Neutros
- Negativamente (preocupadas, aborrecidas, irritadas, críticas)
- Positivamente e negativamente
- Nenhuma reação

#### 6. Via de regra, qual foi a duração de seus "altos" (em média):

- |                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 dia      | <input type="checkbox"/> 4 – 7 dias         | <input type="checkbox"/> maior que 1 mês            |
| <input type="checkbox"/> 2 – 3 dias | <input type="checkbox"/> maior que 1 semana | <input type="checkbox"/> não posso julgar / não sei |

**7. Você sentiu tais “altos” durante o último ano?**

- Sim  Não

**8. Se **sim**, por favor, calcule quantos dias você passou nestes “altos” durante os últimos doze meses.**

Levando **todos dias** em conta foram cerca de  dias.

## ANEXO 7 – BDI-II

**BDI-II**

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada um deles cuidadosamente. Depois, escolha um de cada grupo, o que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **últimas duas semanas, incluindo o dia de hoje**. Marque com um círculo o número correspondente à afirmação escolhida. Se mais de uma afirmação de cada grupo te parecer igualmente apropriado, escolha a de número mais alto. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, inclusive o número 16 (Mudança no sono) e o número 18 (mudanças no apetite).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2. Pessimismo</b></p> <p>0 Não estou desanimado (a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado (a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p><b>3. Fracasso passado</b></p> <p>0 Não me sinto um (a) fracassado (a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p><b>4. Perda de prazer</b></p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p><b>5. Sentimentos de culpa</b></p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado (a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo.</p>	<p><b>6. Sentimentos de punição</b></p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p> <p><b>7. Autoestima</b></p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) hoje do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p><b>9. Pensamentos ou desejos suicidas</b></p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso a diante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10. Choro</b></p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>
---	---

<p><b>11. Agitação</b></p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p><b>12. Perda de interesse</b></p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por algo.</p> <p><b>13. Indecisão</b></p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes.</p> <p>3 Tenho dificuldades pra tomar qualquer decisão.</p> <p><b>14. Desvalorização</b></p> <p>0 Não me sinto sem valor.</p> <p>1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.</p> <p>2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.</p> <p>3 Eu me sinto completamente sem valor.</p> <p><b>15. Falta de energia</b></p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter.</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para nada.</p> <p><b>16. Alterações no padrão de sono</b></p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia.</p> <p>3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p>	<p><b>17. Irritabilidade</b></p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual</p> <p>3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p> <p><b>18. Alterações de apetite</b></p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.</p> <p>1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.</p> <p>2a Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a Não tenho nenhum apetite.</p> <p>3b Quero comer o tempo todo.</p> <p><b>19. Dificuldade de concentração</b></p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.</p> <p>2 É muito difícil pra mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.</p> <p>3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p> <p><b>20. Cansaço ou fadiga</b></p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.</p> <p>2 Eu me sinto cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.</p> <p>3 Estou me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p> <p><b>21. Perda de interesse por sexo</b></p> <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	--

Subtotal página 2

Subtotal página 1

Pontuação total

## ANEXO 8 – QUESI

**QUESI**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

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

ANEXO 9 – Grade de Respostas SCID-I

GRADE DE REPOSTAS DA SCID

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_  
 / / Hora de Início: \_\_\_\_\_ Hora do Término: \_\_\_\_\_  
 TÍPICOS: \_\_\_\_\_

ODIO DE HUMOR

IO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15

IO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15

IO MANÍACO ATUAL ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

7	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A28	A29

IO MANÍACO PASSADO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

7	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A28	A29

IO HIPOMANÍACO ATUAL ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

1	A32	A33	A34	A35	A36	A37	A38	A39	A40	A41	A42	A43	A44

IO HIPOMANÍACO PASSADO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

1	A32	A33	A34	A35	A36	A37	A38	A39	A40	A41	A42	A43	A44

ORNO DISTÍMICO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) ATUAL ( ) PASSADO

A46	A47	A48	A49	A50	A51	A52	A53	A54	A55	A56	A57
A59	A60										

DE HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) ATUAL ( ) PASSADO

2	A63	A64

DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) ATUAL ( ) PASSADO

3	A67	A68	A69

OMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) ATUAL ( ) PASSADO

B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15

MAS PSICÓTICOS	CONTEÚDO	ÉPOCA DURANTE A QUAL O SINTOMAS ESTEVE PRESENTE (REGISTRAR SE ATUAL)

## AGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

C1
----

IZOFRENIA ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

C3	C4	C5	C6	C7
----	----	----	----	----

C8 PARANÓIDE	C9 CATATÔNICA	C10 DESORGANIZADA	C11 INDIFERENCIADA	C12 RESIDUAL
-----------------	------------------	----------------------	-----------------------	-----------------

ST ESQUIZOFRENIFORME ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

C14	C15
-----	-----

ST ESQUIZOAFETIVO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

C17	C18	C19	C20
-----	-----	-----	-----

ST DELIRANTE ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

C22	C23	C24	C25	C26
-----	-----	-----	-----	-----

ST PSICÓTICO BREVE ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) ATUAL ( ) PASSADO  
C28 C29 C30 C31

ST PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) ATUAL ( ) PASSADO  
C33 C34

ST PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) ATUAL ( ) PASSADO  
C36 C37 C38

ST PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) ATUAL ( ) PASSADO

## ANSTORNO DE HUMOR

ST HUMOR BIPOLAR I ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

D2	D3	D4 (CODIGO)
----	----	-------------

ST HUMOR BIPOLAR II ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

D6	D7	D8	D9 (CODIGO)
----	----	----	-------------

ST HUMOR BIPOLAR SEM OUTRAS ESPECIFICAÇÕES ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

D11	D11 (CODIGO)
-----	--------------

IT DEPRESSIVO MAIOR ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

D14	D15	D16 (CODIGO)
-----	-----	--------------

IT DEPRESSIVO MAIOR SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

D18	D11 (CODIGO)
-----	--------------

TRANSTORNOS DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) ATUAL ( ) PASSADO