

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CLARISSE DE AZAMBUJA FARIAS

**TRAUMA NA INFÂNCIA E DESFECHOS CLÍNICOS EM ADULTOS JOVENS
COM TRANSTORNO BIPOLAR**

Pelotas

2015

CLARISSE DE AZAMBUJA FARIAS

**TRAUMA NA INFÂNCIA E DESFECHOS CLÍNICOS EM ADULTOS JOVENS
COM TRANSTORNO BIPOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karen Jansen

Pelotas

2015

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CLARISSE DE AZAMBUJA FARIAS

**TRAUMA NA INFÂNCIA E DESFECHOS CLÍNICOS EM ADULTOS JOVENS COM
TRANSTORNO BIPOLAR**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Dr.^a Mariane Acosta Lopez Molina

Orientadora Prof.^a Dr.^a Karen Jansen

Sumário

I. PROJETO.....	1
1. Identificação	1
2. Resumo	2
3. Introdução	3
4. Objetivos.....	5
4.1 Objetivo geral	5
4.2 Objetivos específicos	5
5. Hipóteses.....	6
6. Revisão de literatura	7
6.1 Estratégias de busca.....	7
6.2 Quadros de revisão	10
6.3 Fundamentação teórica	14
7. Método	17
7.1 Delineamento.....	17
7.2 Participantes	17
7.2.1 Critérios de inclusão	17
7.2.2 Critérios de exclusão	17
7.3 Logística do estudo.....	17
7.4 Cálculo amostral	18
7.5 Definição das variáveis.....	18
7.6 Instrumentos	19
7.6.1 Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus (MINI-Plus)	19
7.6.2 Escala Wechsler de Inteligência para Adultos - 3ª edição (WAIS III).....	20
7.6.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....	20
7.6.4 Classificação econômica.....	21
7.7 Seleção e treinamento de pessoal	21
7.8 Coleta de dados.....	22
7.9 Processamento e análise de dados	22
7.10 Aspectos éticos	23
7.11 Cronograma	23
7.12 Orçamento	24
8. Referências	25
II DECLARAÇÃO	30
III ARTIGO	31
Abstract	33

1. Introduction	34
2. Method.....	35
2.1 Design and participants	35
2.2 Measures	36
2.3 Statistical analyses.....	37
3. Results.....	38
3.1 The clinical outcomes of the young adults with bipolar disorder with and without childhood trauma	38
3.2 Childhood trauma and global functioning impairment scores of the community sample of young adults with bipolar disorder	38
4. Discussion	39
5. References.....	42
Table 1: Socio-demographic and economic characteristics of the community sample of young adults with bipolar disorder with and without childhood trauma.....	48
Table 2: Clinical outcomes of the community sample of young adults with bipolar disorder with and without childhood trauma.....	49
Figure 1: Correlation between childhood trauma and global functioning impairment scores of the community sample of young adults with bipolar disorder.....	50
ANEXOS	51
Anexo – A: Termo de consentimento livre e esclarecido	52
Anexo – B: Carta de aprovação no comitê de ética	55
Anexo – C: Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus (MINI-Plus)	56
Anexo – D: Protocolo de respostas da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos- 3ª edição (WAIS III)	63
Anexo – E: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....	65
Anexo – F: Classificação econômica - ABEP	67
Anexo – G: Functioning Assessment Short Test (FAST).....	68
Anexo – H: Young Mania Rating Scale (YMRS)	69
Anexo – I: Escala de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS).....	72
Anexo – J: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).....	76
Anexo – K: Documento de devolução - desempenho cognitivo	79

I. PROJETO

1. Identificação

Título: Vivências traumáticas na infância e desempenho cognitivo em adultos jovens

Discente: Clarisse de Azambuja Farias

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karen Jansen

Linha de pesquisa: Psicologia da Saúde

Instituição: Universidade Católica de Pelotas

Centro: Centro de Ciências da Vida e da Saúde

Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

Revista a ser submetido o artigo produzido neste estudo: *Child Abuse & Neglect*

Data: Agosto, 2014

2. Resumo

Introdução: O trauma na infância é uma experiência complexa que pode se caracterizar tanto por abuso (emocional, físico e sexual) quanto por negligência (emocional e física). Exposição a situações traumáticas durante a infância pode estar associada ao desenvolvimento ou precipitação da expressão de transtornos de humor e prejuízos no desempenho cognitivo ao longo da vida.

Objetivo: Avaliar o impacto de vivências traumáticas na infância sobre o desempenho cognitivo de adultos jovens, tendo como mediador o diagnóstico de transtorno de humor, bem como verificar quais os prejuízos cognitivos que estão relacionados aos subtipos de trauma na infância.

Método: Trata-se de um estudo transversal aninhado a um estudo de coorte realizado com adultos jovens com idades entre 23 e 30 anos. As vivências traumáticas foram avaliadas através do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e o desempenho cognitivo será avaliado pelos Índices Fatoriais da *Escala Wechsler de Inteligência para Adultos* (WAIS III). Além disso, a presença de transtornos de humor foi verificada por meio da *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus (MINI-Plus) e será considerada mediadora da associação entre trauma e desempenho cognitivo.

Resultados esperados: Espera-se que vivências traumáticas na infância tenham efeito negativo sobre o desempenho cognitivo durante a vida adulta, além disso, acredita-se que as dificuldades cognitivas variam de acordo com o subtipo de trauma.

Palavras-chave: Trauma na infância; desempenho cognitivo; transtornos de humor.

3. Introdução

O trauma na infância é uma experiência complexa que pode se caracterizar tanto por abuso (emocional, físico e sexual) quanto por negligência (emocional e física)^{1,2}. O abuso e a negligência de crianças tornam-se cada vez mais um problema grave na sociedade moderna em todo o mundo³, visto que a ocorrência de vários tipos de maus-tratos durante a infância é bastante descrita na literatura^{2,4-7}.

A exposição a situações traumáticas durante a infância acarreta uma série de efeitos adversos, em crianças e adolescentes, abrangendo prejuízos cognitivos^{4,6,7-13}, emocionais^{2,5,6} e psicossociais^{4,13}. Diante disso, nos últimos anos, vem crescendo o interesse de investigações sobre as consequências do trauma na infância durante a vida adulta. Estudos realizados com adultos verificaram maior prevalência de vivências precoces de traumas entre as mulheres¹⁴⁻¹⁶. Tais vivências também têm sido associadas ao baixo nível de escolaridade^{17,18} e econômico¹⁹. Além disso, autores sugerem que vivências traumáticas na infância estão associadas ao desenvolvimento ou a precipitação da expressão de transtornos de humor (TH)²⁰⁻²³ e a prejuízos no desempenho cognitivo ao longo da vida^{14,22,24,25}.

No que tange aos efeitos das vivências traumáticas durante a infância sobre a cognição na vida adulta, um crescente corpo de evidências sugere que os prejuízos do funcionamento executivo, domínios da memória e velocidade de processamento estão associados ao trauma na infância tanto em indivíduos com transtornos psiquiátricos^{22,25-27} quanto em indivíduos saudáveis^{14,24,25}. Já a atenção e Quociente de Inteligência (QI) têm sido associados a experiências traumáticas na infância de adultos com diagnóstico de transtorno bipolar e esquizofrenia^{22,26}. Sendo também verificada uma tendência a pior habilidade verbal em portadores de transtornos psiquiátricos com esse tipo de trauma²⁶. Além disso, alguns estudos sugerem que as dificuldades cognitivas variam de acordo com o subtipo de trauma^{24,25}.

Quanto ao TH e a cognição, estudos mostram que indivíduos com esse diagnóstico apresentam prejuízos no desempenho cognitivo referente à memória²⁸⁻³⁰, atenção²⁸⁻³¹, funções executivas²⁸⁻³¹, fluência verbal³¹, aprendizagem verbal^{29,30}, velocidade de processamento psicomotor e QI³⁰. Contudo, também há evidências de que um significativo déficit cognitivo associado ao TH está presente apenas em estágios mais avançados e que o número de episódios desencadeia prejuízo cognitivo^{32,33}.

Em suma, a literatura sugere que o trauma na infância está associado a prejuízos cognitivos tanto nos indivíduos com diagnóstico de TH^{22,26} quanto nos indivíduos saudáveis^{10,11,14,24}, porém as dificuldades cognitivas relacionadas ao trauma podem ser diferentes entre eles. Autores sugerem que o padrão de comprometimento cognitivo pode variar quando há a co-ocorrência de trauma na infância e transtornos psiquiátricos²².

Até o momento, há uma grande quantidade de estudos direcionados aos prejuízos cognitivos de crianças e adolescentes, saudáveis^{4,7-13} e com transtornos psiquiátricos^{6,10}, expostos a eventos traumáticos. Com relação à população de adultos jovens, a literatura apresenta estudos que avaliam o desempenho cognitivo em relação ao trauma na infância de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e outros transtornos com sintomas psicóticos^{26,27,34}. Contudo, ainda são escassos os estudos que verifiquem essa associação em adultos jovens com TH (transtorno bipolar e transtorno depressivo maior), bem como em um grupo de controles populacionais.

Portanto, verifica-se a necessidade de mais estudos destinados a essa problemática, sendo direcionados a adultos jovens, os quais poderão contribuir para uma maior compreensão dos efeitos das vivências de traumas durante a infância sobre a cognição na vida adulta, podendo assim nortear estratégias de prevenção e intervenções. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar o impacto de vivências traumáticas na infância sobre o desempenho cognitivo de adultos jovens residentes da zona urbana da cidade de Pelotas-RS, tendo como mediador o diagnóstico de transtorno de humor. Além disso, objetiva-se verificar quais os prejuízos cognitivos que estão relacionados aos subtipos de trauma na infância.

4. Objetivos

4.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto de vivências traumáticas na infância sobre o desempenho cognitivo de adultos jovens residentes da zona urbana da cidade de Pelotas-RS, tendo como mediador o diagnóstico de transtorno de humor.

4.2 Objetivos específicos

- Avaliar se a frequência de vivências traumáticas na infância está associada a menores escores dos Índices Fatoriais: Compreensão Verbal (ICV), Organização Perceptual (IOP), Memória Operacional (IMO) e Velocidade de Processamento (IVP) que compõem a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos;
- Correlacionar a frequência de vivências traumáticas na infância com os escores dos Índices Fatoriais (ICV, IOP, IMO e IVP) estratificando por grupo diagnóstico;
- Verificar se os adultos jovens que vivenciaram pelo menos um subtipo de trauma na infância apresentarão menores escores nos Índices Fatoriais quando comparados aos que não sofreram trauma;
- Verificar quais os componentes de trauma na infância (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física) estão associados a menores escores dos Índices Fatoriais (ICV, IOP, IMO e IVP).

5. Hipóteses

- Quanto maior a frequência de vivências traumáticas na infância menor será o desempenho nos Índices Fatoriais;
- A frequência de vivências traumáticas na infância está associada a maior prejuízo no desempenho dos Índices de Memória Operacional, de Organização Perceptual e de Velocidade de Processamento no grupo controle e nos quatros Índices Fatoriais no grupo com transtornos de humor;
- Os adultos jovens que vivenciaram pelo menos um subtipo de trauma na infância apresentarão menores escores nos Índices Fatoriais quando comparados aos que não sofreram trauma;
- O abuso/negligência emocional e o abuso sexual estão associados ao pior desempenho dos Índices de Memória Operacional e de Organização Perceptual. Enquanto, o abuso/negligência física estão relacionados o menor desempenho dos Índices de Velocidade de Processamento, de Memória Operacional e de Organização Perceptual.

6. Revisão de literatura

6.1 Estratégias de busca

Tabela 1. Número de estudos encontrados de acordo com os descritores utilizados e bases de busca bibliográfica. Pesquisa realizada até o mês de agosto de 2014-sem restrições.

Descritores utilizados	Números de artigos encontrados	
	Pubmed	*BVS
Childhood Trauma Questionnaire AND Cognitive Impairment	10	11
Childhood Trauma Questionnaire AND Cognitive Abilities	6	2
Childhood Trauma Questionnaire AND Cognitive Deficit	1	3
Childhood Trauma Questionnaire AND WAIS III	0	0
CTQ AND WAIS III	0	0
Childhood Trauma Questionnaire AND WAIS	2	1
Childhood Trauma AND WAIS III	0	0
Childhood Trauma AND WAIS	5	1
Childhood Trauma AND Cognitive Impairment	65	106
Childhood Trauma AND Cognitive Abilities	34	30
Childhood Trauma AND Cognitive Deficit	25	64
Childhood Trauma AND Cognitive Functioning	80	197
Childhood Trauma Questionnaire AND Cognitive Functioning	22	34
Child Abuse AND Neglect AND Cognitive Abilities	4	39
Child Abuse AND Neglect AND Cognitive Deficit	7	131
Child Abuse AND Neglect AND Cognitive Impairment	12	114

*Biblioteca Virtual em Saúde.

Tabela 1. Número de estudos encontrados de acordo com os descritores utilizados e bases de busca bibliográfica. Pesquisa realizada até o mês de agosto de 2014-sem restrições (continuação).

Descritores utilizados	Números de artigos encontrados	
	Pubmed	*BVS
Child Abuse AND Neglect AND Cognitive Functioning	30	364
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND Cognitive Functioning	2	20
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND Cognitive Impairment	1	3
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND Cognitive Deficit	0	17
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND Cognitive Abilities	0	2
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND WAIS III	0	0
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND WAIS	0	0
Child Abuse AND Neglect AND WAIS III	0	0
Child Abuse AND Neglect AND WAIS	0	0
Trauma Early in Life AND Cognitive Abilities	9	7
Trauma Early in Life AND Cognitive Deficit	10	11
Trauma Early in Life AND Cognitive Impairment	28	32
Trauma Early in Life AND Cognitive Functioning	33	80
Trauma Early in Life AND WAIS III	0	0
Trauma Early in Life AND WAIS	0	0

*Biblioteca Virtual em Saúde.

Na tabela 1, pode-se observar as estratégias de busca na literatura, não sendo utilizado limites em ambas as bases de dados. A partir das buscas realizadas, foram selecionados, inicialmente, 16 e 20 estudos nas bases de dados da BVS e da Pubmed, respectivamente. Contudo, 8 estudos foram identificados em ambas as bases de dados totalizando em 28 estudos que corresponderam o tema do projeto. Destes, 10 foram

realizados com crianças/adolescentes. Do total de 18 estudos, até o momento foram avaliados quatro artigos que abrangessem trauma na infância juntamente com desempenho cognitivo em populações (saúde mental) e faixa etária semelhante a do estudo que será realizado. Além disso, também foram verificadas as listas de referências dos artigos selecionados.

6.2 Quadros de revisão

Autor (ano) País Revista	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
Majer M, et al. (2010) EUA <i>BMC Neurology</i>	Avaliar a associação entre a exposição ao trauma na infância e função cognitiva em adultos saudáveis.	<i>Delineamento:</i> Estudo transversal (piloto) <i>Participantes:</i> 47 adultos saudáveis—sem doença médica e/ou psiquiátricas (atuais ou ao longo da vida) e que não usavam psicotrópicos. <i>Captação da amostra:</i> Os 47 adultos foram selecionados a partir da amostra de um estudo maior com 227 indivíduos que participaram de um estudo caso-controle sobre a síndrome da fadiga crônica. <i>Critérios de exclusão:</i> Doença médica e/ou psiquiátrica <i>Instrumentos:</i> <i>Diagnostic Interview Schedule</i> (DIS) para transtornos psiquiátricos do eixo I, além de <i>Zung Self rating Depression Scale</i> para verificar depressão e <i>Spielberger State-Trait-Anxiety Inventory</i> para verificar ansiedade. <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (CTQ) <i>Wide-Range-Achievement-Test</i> (WRAT-3)-subteste de leitura e <i>Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery</i> (CANTAB) para avaliar a função cognitiva.	<i>Abuso emocional:</i> Esteve significativamente associado com prejuízos no desempenho da memória de trabalho (espacial). <i>Negligência física:</i> Apresentou correlação estatisticamente significativa com o desempenho da memória de trabalho (espacial) e memória de reconhecimento de padrões. <i>Abuso sexual e negligência física:</i> Foram associados negativamente com o subteste de leitura, no entanto, a associação não alcançou o nível de significância de $p < 0,01$.	Os resultados sugerem que a negligência física e abuso emocional podem estar associados com déficits de memória na idade adulta. <i>Tamanho da amostra:</i> Pequeno, o que pode ter influenciado nos resultados. Por isso optaram por um nível de significância de $p < 0,01$ entre as associações. <i>Amostra:</i> Apenas saudáveis.

Autor (ano) País Revista	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
Syal S, et al. (2014) África do Sul <i>Metabolic Brain Disease</i>	Avaliar o impacto do trauma na infância na cognição espacial em uma amostra de adultos jovens saudáveis, controlando para os possíveis efeitos mediadores de adversidade e qualquer sintomatologia psiquiátrica. Além de testar as diferenças sexuais em potencial sobre o impacto do trauma na infância no desempenho cognitivo espacial.	<i>Delineamento:</i> Transversal (piloto) <i>Participantes:</i> 55 Sul-Africanos, alunos de graduação da Universidade da Cidade do Cabo, entre as idades de 18 e 33 anos. <i>Captação da amostra:</i> Foram recrutados como parte de um estudo mais amplo sobre os efeitos da administração de opióides na função cognitiva e afetiva em uma população com exposição ao trauma na infância. <i>Critérios de exclusão:</i> <u>Estudo maior</u>: asmáticos, usuários de medicamentos psicotrópicos ou outros agentes e contraindicações para ressonância magnética funcional (MRI). <u>Estudo em questão</u>: Apresentar alguma psicopatologia e/ou sintomas depressivos. <i>Instrumentos:</i> Mini-International Neuropsychiatric Interview versão 5.0 (MINI), Beck's Depression Inventory Second Edition (BDI), Childhood trauma questionnaires short form (CTQ-SF), Life events questionnaire (LEQ) e CANTAB (foram aplicadas 4 tarefas de memória visuo-espacial).	Não houve diferenças entre os grupos com e sem trauma na infância (TI) com relação à idade e sexo. <i>Grupo com TI:</i> o abuso emocional e a negligência emocional foram significativamente maiores entre as mulheres do que nos homens. Observou-se um efeito significativo da história de trauma no padrão de aprendizagem espacial, sendo o melhor desempenho nos homens, e pior nas mulheres, em relação ao grupo sem TI.	<i>Tamanho da amostra:</i> Relativamente pequeno. Os autores consideraram como estudo piloto. <i>Amostra:</i> Saudáveis <i>Limitação dos resultados:</i> Apenas universitários <i>Foram divididos em grupos</i> Sem TI- sem evidência ou uma única "baixa a moderada" de trauma em qualquer uma das subescalas do CTQ-SF Com TI- pelo menos uma "moderada a grave". Avaliou trauma adulto como mediador potencial dos efeitos da adversidade da infância na cognição espacial.

Autor (ano) País Revista	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
Gould F, et al. (2012) EUA <i>Journal of Psychiatric Research</i>	Avaliar se as dimensões dos déficits cognitivos diferem de acordo com o subtipo de trauma na infância.	<i>Delineamento:</i> Transversal <i>Participantes:</i> 93 indivíduos, com idades entre 18 e 45 anos, com ou sem exposição a TI e com ou sem diagnóstico de transtorno depressivo maior e/ou TEPT. Nenhum dos participantes estava recebendo psicoterapia ou medicamentos. <i>Captação da amostra:</i> Foram recrutados no <i>Conte Center for the Psychobiology of Early - Life Trauma</i> e a partir de respostas a publicidade nos jornais locais e no sistema de transporte público e posteriormente selecionados de acordo com os critérios do estudo. <i>Crítérios de exclusão:</i> Doença médica instável atual, história de psicose ou transtorno bipolar, abuso de álcool ou outras substâncias dentro de 6 meses, tabagismo pesado (> 20 cigarros/dia) ou distúrbios alimentares no ano anterior. <i>Instrumentos:</i> <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)</i>, <i>Hamilton Depression Rating Scale, 21-item version (HAM-D-21)</i>, <i>CANTAB</i>, <i>Wide Range Achievement Teste</i> - subteste de leitura e <i>CTQ</i>.	<i>Abuso/Negligência emocional</i> Esteve mais associado à memória visual, funcionamento executivo e déficits de funcionamento emocional. <i>Abuso/Negligência física</i> Influenciou o funcionamento executivo, velocidade de processamento e os déficits de funcionamento emocional. <i>Abuso sexual</i> Esteve mais associado a prejuízo no funcionamento executivo e déficits de memória de trabalho espacial.	<i>Amostra:</i> incluiu significativamente mais mulheres do que homens. Os sintomas depressivos não estiveram associados ao desempenho cognitivo <i>Foram divididos em grupos</i> Expostos ao TI - notas de corte “moderado-grave” classificados como positivo em qualquer subescala do CTQ Não expostos ao TI - classificados como negativos em todas as subescala. Não teve grupo de expostos ao TI sem depressão ou TEPT. Não teve grupo de não expostos ao TI com depressão.

Autor (ano) País Revista	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
Bücker J, et al. (2012) Canadá <i>Journal of Affective Disorders</i>	Analisar o impacto do trauma na infância sob a função cognitiva em pacientes que recentemente se recuperaram de seu primeiro episódio maníaco, em comparação com indivíduos saudáveis.	<i>Delineamento:</i> Transversal <i>Participantes:</i> Pacientes com idades entre 16-34 que tiveram seu primeiro episódio de mania e que também podem ter apresentado história de comorbidade de abuso de substâncias ou álcool (N=64). Voluntários saudáveis foram pareados aos pacientes em idade, sexo e QI (N=28). <i>Captação da amostra:</i> *<u>Pacientes em 1º episódio maníaco</u> - que apresentavam o transtorno bipolar I foram recrutados a partir do Programa de Tratamento para episódios de Mania no Hospital Ciências da Saúde Centro em Vancouver e sites afiliados, bem como da comunidade e hospitalares referências de médicos e psiquiatras. <u>Saudáveis</u>-foram recrutados por anúncio da mesma área geográfica. <i>Crítérios de exclusão:</i> Foram excluídos os voluntários do grupo saudável que tivessem uma história pessoal ou familiar de transtorno psiquiátrico maior do Eixo I. <i>Instrumentos:</i> MINI, Young Mania Rating Scale (YMRS), Hamilton Depression Rating Scale, 29-item version (HAM-D-29). CTQ. Subtestes dos instrumentos de avaliação cognitiva: North American Adult Reading Test, Kaufman Brief Intelligence Test, Trial-Making Test, Stroop Color and Word Test, CANTAB, WAIS III, CVLT-II .	O TI esteve associado a um pior desempenho cognitivo nas medidas de QI dos pacientes, especialmente na atenção auditiva, memória verbal e de trabalho. Saudáveis: O TI esteve associado a um pior desempenho da memória não verbal e funcionamento executivo.	Os Sintomas depressivos e maníacos não influenciaram na associação do TI com prejuízo cognitivo O TI esteve associado com maior prejuízo da cognição de pacientes em comparação com indivíduos saudáveis. Pacientes com TI tiveram pior desempenho na tarefa de atenção auditiva do que os sem TI <i>Foram divididos em grupos</i> **Pacientes com TI Pacientes sem TI Saudáveis sem TI **Saudáveis com TI **se uma ou mais subescala do CTQ preenchesse os critérios de corte “moderado-grave”.

6.3 Fundamentação teórica

A literatura tem sugerido que o trauma na infância interage com o desenvolvimento do cérebro, causando mudanças de longa duração no seu desenvolvimento e no seu funcionamento²⁶. Diante disso, há evidências de que as vivências traumáticas na infância estão associadas a transtornos psiquiátricos²⁰ e a prejuízos no desempenho cognitivo ao longo da vida^{14,22,24,25}.

Com relação à saúde mental, especificamente aos transtornos de humor (TH), têm sido verificada a associação entre a história de trauma na infância e diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM) na vida adulta^{21,35}. Além disso, estudos mostram que a gravidade das diferentes formas de maus-tratos está associada com o comportamento suicida ao longo da vida e que, principalmente, o abuso emocional está altamente relacionado à recorrência do episódio³⁵. Evidências sugerem que o quadro clínico observado entre os adultos que foram expostos a esse tipo de trauma pode ser explicado por mudanças neurobiológicas que ocorrem no cérebro em desenvolvimento²¹.

No que se refere ao transtorno bipolar (TB), a literatura tem sugerido que a vivência de traumas graves durante a infância pode precipitar a expressão de TB em jovens geneticamente vulneráveis, independente das diversas formas de maus-tratos, além de agravar o curso deste transtorno^{22,23}. Ademais, a ocorrência de abuso físico e sexual tem sido associada ao aumento do número de episódios de humor³⁶. Quando comparados a indivíduos unipolares, é verificado que o abuso sexual é significativamente mais frequente nos indivíduos com diagnóstico de TB¹⁵. Já quando comparados a controles saudáveis, jovens com TB apresentam uma maior prevalência de abuso emocional, sendo esse associado ao transtorno³⁷. Contudo a literatura também evidencia alta prevalência dos diferentes subtipos de trauma entre adultos jovens saudáveis^{14,24}.

Quanto aos efeitos das vivências traumáticas durante a infância sobre a cognição na vida adulta, é evidenciado na literatura que os diferentes subtipos de trauma, como: abuso/negligência física, abuso/negligência emocional e abuso sexual estão associados a prejuízos no desempenho cognitivo na vida adulta, tanto nos indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos^{26,22} como nos indivíduos saudáveis^{14,24}. No que diz respeito ao impacto das vivências traumáticas na infância em relação ao gênero de adultos jovens, a literatura evidencia que indivíduos saudáveis e com transtornos psiquiátricos do sexo feminino apresentam nível significativamente maior de traumas de infância em relação aos do sexo masculino^{14-16,34}. Por conseguinte, um estudo que verificou subtipos de

vivências traumáticas na infância, em adultos jovens saudáveis, evidenciou que o abuso emocional e a negligência emocional foram significativamente maiores entre as mulheres, além da história de trauma ter um efeito negativo significativo no padrão de aprendizagem espacial específico ao gênero feminino¹⁴.

No tocante ao impacto dos diferentes subtipos de vivências traumáticas sobre as funções cognitivas na idade adulta, estudo destinado a adultos jovens saudáveis verificou através do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e da *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery* (CANTAB) que o abuso emocional esteve significativamente associado com prejuízos no desempenho da memória de trabalho espacial. Também foi encontrada uma associação significativa entre a negligência física e um pior desempenho da memória de trabalho espacial, bem como da memória de reconhecimento de padrões²⁴. Outro estudo realizado com esses instrumentos de avaliação verificou que o abuso/negligência emocional esteve associado a prejuízos na memória visual, funcionamento executivo e déficits do funcionamento emocional. Quanto ao abuso/negligência física, esse esteve associado a prejuízos no funcionamento executivo, velocidade de processamento e déficits do funcionamento emocional. Já em relação ao abuso sexual, prejuízos no funcionamento executivo e déficits de memória de trabalho espacial estiveram associados a este tipo de abuso²⁵.

Como mencionado anteriormente, a literatura tem evidenciado que indivíduos com transtornos psiquiátricos apresentam altos níveis de traumas de infância^{22,26}, além da ocorrência ser maior quando comparada com a população geral³⁷. Estudo realizado com adultos jovens com TB e saudáveis verificou que o trauma na infância teve um maior impacto sobre os prejuízos cognitivos, especificamente, nas medidas de QI, atenção auditiva, memória verbal e de trabalho no grupo diagnóstico ao ser comparado com o controle²². No entanto também foi evidenciado déficits no funcionamento executivo e na memória não verbal associados a vivências traumáticas na infância em indivíduos saudáveis²².

A literatura ainda ressalta a ocorrência de maior prejuízo cognitivo entre adultos jovens com TB com trauma na infância ao serem comparados com os indivíduos com TB sem essa história de trauma²². Além disso, estudos evidenciaram que os sintomas depressivos e maníacos de adultos jovens não influenciaram na associação entre o trauma na infância e o prejuízo cognitivo^{22,25}.

Diante os estudos apresentados, verifica-se que embora seja evidenciada a relação de traumas na infância com prejuízos no desempenho cognitivo na vida adulta, a maioria

dos resultados abordados se limitam a amostras relativamente pequenas. Além disso, grande parte dos estudos é realizada em países desenvolvidos, sendo escassos os estudos com essa problemática no Brasil, visto que a maioria desses são realizados com crianças e adolescentes.

Desta forma, verifica-se a necessidade de delinear os prejuízos cognitivos em adultos jovens associados a vivências traumáticas na infância, visto que tais vivências poderão acarretá-los, bem como agravá-los. Visando assim, o desenvolvimento de estratégias de intervenções direcionadas a minimizar os efeitos adversos que essa problemática causa na vida dos adultos jovens tanto nas áreas sociais, educacionais^{17,18}, bem como econômicas¹⁹.

7. Método

7.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal aninhado ao estudo de coorte intitulado “Fatores psicossociais e biológicos no transtorno bipolar: uma coorte populacional com jovens”.

7.2 Participantes

Adultos jovens com idades entre 23 e 30 anos de idade que participaram da fase 2 e que concluíram a primeira etapa da fase 3 (estudo maior).

7.2.1 Critérios de inclusão

- Ter participado do estudo populacional;
- Ter completado a avaliação clínica diagnóstica da segunda avaliação;
- Apresentar diagnóstico de transtorno bipolar ou de transtorno depressivo maior ou ainda, ter sido sorteado no pareamento para compor o grupo controle.

7.2.2 Critérios de exclusão

Apresentar sintomas psicóticos avaliados através da entrevista clínica estruturada para o DSM IV *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus (MINI-Plus)³⁸, e/ou retardo mental, isto é, Quociente de Inteligência (QI) abaixo de 70 obtido através da Escala Wechsler de Inteligência para adultos 3ª edição (WAIS III)³⁹.

7.3 Logística do estudo

Este estudo foi dividido em três fases, descritas a seguir:

Fase 1 (2007-2009) – No estudo de base populacional 1762 jovens de 18 a 24 anos de idade, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS, foram identificados por conglomerados. Destes, 1560 responderam aos instrumentos do estudo.

Fase 2 (2010) – 273 jovens provenientes do estudo de base populacional foram pareados, de acordo com o sexo e idade, em três grupos: com episódio de mania atual ou passado; episódio depressivo sem história de mania ou hipomania; e um grupo populacional de jovens sem história prévia de episódios de alteração de humor. Dos 273

jovens pareados, 231 foram reavaliados através de entrevista clínica diagnóstica e foram classificados da seguinte forma: 55 com TB, 82 com TDM e 94 foram considerados controles populacionais (sem história de transtornos de humor).

Fase 3 (2012-2014)– Os 1560 jovens avaliados na primeira fase do estudo, após 60 meses da primeira avaliação, foram reavaliados, incluindo a avaliação de vivências traumáticas na infância, totalizando 1249 respondentes. Logo após, os adultos jovens que participaram da fase 2 e que concluíram a primeira etapa da fase 3 serão avaliados quanto ao desempenho cognitivo.

7.4 Cálculo amostral

O objetivo geral deste estudo visa correlacionar a frequência de vivências traumáticas na infância com os índices fatoriais da WAIS III de adultos jovens. Para o cálculo da amostra foi utilizado α bilateral=0,05 e β =0,20. Assim, para testarmos uma correlação de 0,30 são necessários 85 adultos jovens, enquanto, para o teste de uma correlação de 0,40 o n amostral necessário é de 47 sujeitos.

Como a amostra deste estudo está previamente estabelecida, não foi realizado o teste t para o cálculo amostral do terceiro e quarto objetivo específico. No entanto, para todas as associações testadas será apresentado o *effect size*.

7.5 Definição das variáveis

Variável dependente

Desempenho cognitivo: WAIS III - serão considerados quatro desfechos: ICV, IOP, IMO e IVP - Contínua

Variáveis independentes

1. Sexo: masculino/feminino – Dicotômica
2. Idade em anos completos – Discreta
3. Escolaridade: em anos de estudo concluídos – Discreta
4. Vive com companheiro: sim/não – Dicotômica
5. Classificação econômica: critérios de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008) – A+B / C+D+E – Dicotômica
6. Trabalho: sim/não – Dicotômica

7. Dominância manual: destro/sinistro – Dicotômica
8. Vivências de trauma na infância: *Childhood Trauma Questionnaire* – Contínua
9. Com/sem vivências traumáticas durante a infância: *Childhood Trauma Questionnaire* – Dicotômica
10. Com/sem vivências traumáticas de acordo com os cinco subtipos de trauma na infância – Dicotômica
11. Grupo diagnóstico: transtornos de humor (transtorno bipolar ou depressão) /ausência de transtornos de humor – MINI-Plus – Dicotômica
12. Tempo de doença: em anos – Discreta
13. Uso de psicofármacos: sim/não – Dicotômica

7.6 Instrumentos

7.6.1 *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus – (MINI-Plus)

Para o diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno depressivo maior foi utilizada a MINI-Plus³⁸ que é uma entrevista clínica estruturada para o DSM-IV. Esse instrumento é uma versão mais detalhada da MINI. Explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV e da CID-10, além de gerar diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV. Essa entrevista é organizada por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falso-positivo.

Explora os transtornos atuais e passados, sendo a cotação das questões das sessões diagnósticas administradas de forma dicotômica, referente a concordar ou não com a ocorrência dos sintomas. Com exceção da sessão de transtornos psicóticos, todas as demais sessões diagnósticas permitem excluir o diagnóstico em caso de uma ou duas respostas negativas nas questões iniciais que exploram os critérios obrigatórios de cada transtorno. A disfunção induzida pelos transtornos e a exclusão de causas somáticas e/ou tóxicas dos sintomas não são sistematicamente exploradas. Além disso, fornece algoritmos integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista.

7.6.2 Escala Wechsler de Inteligência para Adultos - 3ª edição (WAIS III)

A escala WAIS III, validada para população brasileira por Nascimento (2004)³⁹, será utilizada para avaliar o desempenho cognitivo. Trata-se de um teste de avaliação clínica de capacidade intelectual destinado a adultos na faixa de 16 a 89 anos. É composto de 14 subtestes organizados em duas escalas (Verbal e Execução). Para pontuação do WAIS III, inicialmente se obtém os escores brutos de cada subteste e posteriormente, estes são transformados em escores ponderados de acordo com a faixa etária de cada examinando. O instrumento fornece três escalas de Quociente de Inteligência (QI Verbal, QI Execução e QI Total), que são obtidas através da soma dos escores ponderados do examinando nos subtestes relevantes. Para a Escala Verbal são incluídos os escores dos subtestes: Vocabulário, Semelhanças, Aritmética, Dígitos, Informação e Compreensão. Já para a Escala de Execução são considerados os escores dos subtestes: Completar Figuras, Códigos, Cubos, Raciocínio Matricial e Arranjo de Figuras. A Escala Total engloba os escores dos 11 subtestes.

Além disso, fornece quatro Índices Fatoriais denominados: Índice de Compreensão Verbal (ICV), Índice de Organização Perceptual (IOP), Índice de Memória Operacional (IMO) e Índice de Velocidade de Processamento (IVP). Cada um dos Índices é calculado a partir da soma dos escores ponderados do examinando nos subtestes relevantes. Para o Índice de Compreensão Verbal são considerados os escores dos subtestes: Vocabulário, Semelhanças e Informação. Com relação ao Índice de Organização Perceptual, são incluídos os escores dos subtestes: Completar Figuras, Cubos e Raciocínio Matricial. Já o Índice de Memória Operacional abrange os escores dos subtestes: Aritmética, Dígitos e Sequências de Números e Letras. Para o Índice de Velocidade de Processamento são incluídos os escores dos subtestes: Códigos e Procurar Símbolos. Devido a aplicação do subteste Armar Objetos ser opcional, por não computar nos escores de QI nem mesmo nos de Índices Fatoriais, esse subteste não será aplicado.

7.6.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Para avaliar as vivências de trauma na infância, foi utilizada a escala CTQ, adaptada para o Brasil por Grassi-Oliveira, *et al.* (2006)⁴⁰. Este instrumento é autoaplicável e avalia história de abuso e/ou negligência durante a infância de adolescentes, a partir de 12 anos, e adultos. É composto por 28 itens que verificam cinco

componentes traumáticos incluindo o abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. Os itens são pontuados em uma escala Likert de 5 pontos, sendo 1 = nunca, 2 = poucas vezes, 3 = às vezes, 4 = muitas vezes e 5 = sempre. A pontuação total do CTQ leva em consideração a frequência das diversas formas de abuso e/ou negligência. Além disso, para responder aos objetivos 3 e 4 deste projeto, pretende-se utilizar a sintaxe do CTQ para SPSS que gera uma variável dicotômica para definir a presença/ausência de trauma durante a infância e de cada um dos cinco subtipos de trauma.

7.6.4 Classificação econômica

A classificação econômica foi avaliada através dos critérios de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008)⁴¹. Este instrumento mensura o nível econômico através do acúmulo de bens materiais e da escolaridade do chefe da família, classificando em cinco níveis (A, B, C, D e E), sendo “A” a classificação mais alta e “E” a classificação mais baixa.

7.7 Seleção e treinamento de pessoal

Foram selecionadas psicólogas discentes do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (PPG Saúde e Comportamento da UCPel), as quais foram treinadas por doutorandas para fazerem a avaliação diagnóstica (MINI- Plus) dos adultos jovens do estudo de coorte. No que diz respeito à avaliação do desempenho cognitivo desses, foram selecionados para aplicação do instrumento WAIS III bolsistas de iniciação científica (IC) que já tenham cursado a disciplina Técnicas Psicométricas do curso de Psicologia e psicólogas discentes do PPG Saúde e Comportamento da UCPel. O treinamento para o manuseio desse instrumento foi ministrado por uma doutoranda com experiência na aplicação do teste.

Posteriormente, a esses treinamentos as psicólogas e os bolsistas de IC realizaram um piloto aplicando os instrumentos no responsável pelo treinamento, possibilitando verificar o desempenho de cada um dos avaliadores e promover as devidas correções. Serão realizadas semanalmente reuniões como o objetivo de esclarecer dúvidas e aperfeiçoar a aplicação dos instrumentos. A correção da WAIS III será realizada pela doutoranda com experiência no teste.

7.8 Coleta de dados

Os adultos jovens que foram avaliados quanto à saúde mental no estudo de base populacional (fase1) foram localizados, após 60 meses do término desse estudo, por um grupo de bolsistas de IC treinados que foram responsáveis por explicar a nova fase do estudo (fase 3) e convidá-los a participar. Dos que foram reavaliados na primeira etapa da fase 3, incluindo a avaliação de vivências traumáticas na infância, e que já foram pareados (fase 2) serão convidados, por meio de contato telefônico, a participar da avaliação cognitiva, a qual será agendada para ser realizada por psicólogas e bolsistas de IC do curso de Psicologia no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

7.9 Processamento e análise de dados

A coleta de dados foi realizada no programa Open Data Kit (ODK), instalado em tablets, exceto a avaliação do desempenho cognitivo que será realizada através dos protocolos de aplicação do teste WAIS III. Os dados coletados no ODK foram transferidos para um HD externo, a fim de garantir a segurança dos dados. Os protocolos do WAIS III serão duplamente digitados no programa Epi Info 6.04d. Para comparação e eliminação de inconsistências será utilizado o comando VALIDATE.

A análise dos dados será realizada no programa SPSS 21.0. A apresentação das medidas de posição e dispersão da amostra será realizada de acordo com a distribuição das variáveis na curva de Gauss. Se a distribuição dos dados for normal os mesmos serão apresentados por média e desvio padrão e a análise indutiva será processada através do teste t e correlação de Pearson. Caso contrário, os dados serão apresentados por medianas e intervalos interquartis, enquanto os testes de associações serão realizados por Wilcoxon e correlação de Spearman.

Através de um modelo de Regressão Linear será testado o efeito das vivências traumáticas sob o desempenho cognitivo dos jovens adultos, ajustado para o grupo diagnóstico e todas as variáveis independentes associadas à exposição e desfecho com um $p\text{-valor} < 0,2$. Para todos os testes estatísticos serão consideradas associações significativas quando $p\text{-valor} < 0,05$.

7.10 Aspectos éticos

Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Todos os adultos jovens selecionados para participarem deste estudo serão informados sobre os objetivos da pesquisa. Concordando com a participação, eles assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados quanto à confidencialidade de seus dados e sobre o cuidado que se terá em relação às informações apresentadas no estudo e nas publicações científicas, visando à manutenção da privacidade dos participantes.

Todos os adultos jovens identificados com algum transtorno mental na primeira etapa da fase 3 foram encaminhados para os serviços de saúde de acordo com a demanda. Além disso, todos os adultos jovens que participarem de avaliação cognitiva, posteriormente, receberão a devolução do seu desempenho nessa avaliação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, sob o protocolo de número 2011/46.

7.11 Cronograma–2013/2014 e 2015

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Revisão de literatura			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto					X	X	X	X																
Coleta de dados da fase 3 CTQ*	X	X	X	X	X	X	X	X																
Coleta de dados da fase 3 WAIS III**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Correção do instrumento WAIS III**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Processamento e análise dos dados															X	X	X	X						
Redação do artigo																			X	X	X	X	X	X
Defesa																								X

O mês 1 refere-se a dezembro de 2013.

* Iniciou em maio de 2012; ** Iniciou em março de 2013.

7.12 Orçamento

Itens	Valor individual	Valor total
Questionário para avaliação das vivências traumáticas na infância (CTQ)–Tablet	R\$ 950,00	R\$ 7.600,00
Teste utilizado para avaliação cognitiva – Escala de Inteligência Wechsler para adultos 3ª edição (WAIS III)	R\$ 980,00	R\$ 980,00
Materiais como: lápis, apontador, envelopes, cronômetro, folhas de respostas	R\$ 9,90	R\$ 99,00
Ajuda de custo para locomoção dos participantes	R\$ 20,00	R\$ 4.620,00
Total		R\$13.299,00

* Projeto com recursos da FAPERGS e CNPq.

8. Referências

1. Dannlowski U, Stuhrmann A, Beutelmann V, Zwanzger P, Lenzen T, Grote-gerd D, Domschke K, Hohoff C, Ohrmann P, Bauer J, Lindner C, Postert C, Konrad C, Arolt V, Heindel W, Suslow T, Kugel H. Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*. 2012; 71 (4): 286–93.
2. Bücker J, Kapczinski F, Post R, Ceresér K M, Szobot C, Yatham LN, Kapczinski NS, Kauer-Sant'Anna M. Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53:758–64.
3. Yang ZN, Pan JP, Collaborative Group for Survey of Neglect in 3 - 6 Years Old Urban Children. Investigation and analysis of child neglect in 1163 urban children aged 3 - 6 years. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2003; 41 (7): 501–7.
4. Pears KC, Kim HK, Fisher PA. Psychosocial and Cognitive Functioning of Children with Specific Profiles of Maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2008; 32 (10): 958–71.
5. Sesar K, Živčić-Bećirević I, Sesar D. Multi-type Maltreatment in Childhood and Psychological Adjustment in Adolescence: Questionnaire Study Among Adolescents in Western Herzegovina Canton. *Croat Med J*. 2008; 49: 243–56.
6. Buckle SK, Lancaster S, Powell MB, Higgins DJ. The relationship between child sexual abuse and academic achievement in a sample of adolescent psychiatric inpatients. *Child Abuse & Neglect*. 2005; 29: 1031–47.
7. Nolin P, Ethier L. Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31: 631–43.
8. Enlow MB, Egeland B, Blood E, Wright R O, Wright R J. Interpersonal Trauma Exposure and Cognitive Development in Children to Age 8 Years: A Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66 (11): 1005–10.

9. Hanson J L, Adluru N, Chung MK, Alexander AL, Davidson RJ, Pollak SD. Early Neglect Is Associated With Alterations in White Matter Integrity and Cognitive Functioning. *Child Development*. 2013; 84 (5): 1566–78.
10. De Bellis MD, Woolley DP, Hooper SR. Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: Relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse/Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. *Child Maltreat*. 2013; 18 (3): 171–183.
11. Spann MN, Mayes LC, Kalmar JH, Guiney J, Womer FY, Pittman B, Mazure CM, Sinha R, Blumberg HP. Childhood Abuse and Neglect and Cognitive Flexibility in Adolescents. *Child Neuropsychol*. 2012; 18 (2): 182–9.
12. Mills R, Alati R, O'Callaghan M, Najman JM, Williams GM, Bor W, Strathearn L. Child Abuse and Neglect and Cognitive Function at 14 Years of Age: Findings From a Birth Cohort. *Pediatrics*. 2011; 127 (1): 4–10.
13. Hoffman-Plotkin D, Twentyman CT. A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Dev*. 1984; 55 (3): 794–802.
14. Syal S, Ipser J, Phillips N, Thomas KGF, van der Honk J, Stein D J. The effect of childhood trauma on spatial cognition in adults: a possible role of sex. *Metabolic Brain Disease*. 2014; 29 (2): 301–10.
15. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2000; 2: 131–5.
16. Tucci AM, Kerr-Corrêa F, Souza-Formigoni MLO. Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*. 2010; 34: 95–104.
17. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse & Neglect*. 1994; 18: 617–33.

18. Boden JM, Horwood LJ, Fergusson DM. Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31: 1101–14.
19. Zielinski DS. Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect*. 2009; 33: 666–78.
20. Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004; 65:18–28.
21. Kuhlman KR, Maercker A, Bachem R, Simmen K, Burri A. Developmental and contextual factors in the role of severe childhood trauma in geriatric depression: The sample case of former indentured child laborers. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37: 969–78.
22. Bücker J, Kozicky J, Torres JJ, Kauer-Sant’anna M, Silveira LE, Bond DJ, Lam RW, Yatham LN. The impact of childhood trauma on cognitive functioning in patients recently recovered from a first manic episode: Data from the Systematic Treatment Optimization Program for Early Mania (STOP-EM). *Journal of Affective Disorders*. 2013; 148: 424–430.
23. Goldberg JF, Garino JL. Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*. 2009; 11: 205–8.
24. Majer M, Nater Urs M, Lin Jin-Mann S, Capuron L, Reeves WC. Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: a pilot study. *BMC Neurology*. 2010; 61:1–10.
25. Gould F, Clarke J, Heim C, Harvey PD, Majer M, Nemeroff CB. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*. 2012; 46: 500–6.

26. Aas M, Steen NE, Agartz I, Aminoff S R, Lorentzen S, Sundet K, Andreassen OA, Melle I. Is cognitive impairment following early life stress in severe mental disorders based on specific or general cognitive functioning? *Psychiatry Research*. 2012; 198: 495–500.
27. Shannon C, Douse K, McCusker C, Feeney L, Barrett S, Mulholland C. The Association Between Childhood Trauma and Memory Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2011; 37 (3): 531–7.
28. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A, Birkenaes AB, Engh JA, Hansen CF, Jónsdóttir H, Ringen PA, Opjordsmoen S, Friis S, Andreassen OA. Neurocognitive profiles in bipolar I and bipolar II disorder: differences in pattern and magnitude of dysfunction. *Bipolar Disorders*. 2008; 10: 245–55.
29. Solé B, Bonnin CM, Torrent C, Balanzá-Martínez V, Tabarés-Seisdedos R, Popovic D, Martínez-Arán A, Vieta E. Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012; 125: 309–17.
30. Helvin T, Sundet K, Simonsen C, Aminoff SR, Lagerberg TV, Andreassen OA, Melle I. Neurocognitive functioning in patients recently diagnosed with bipolar disorders. *Bipolar Disorders*. 2012; 14: 227–238.
31. Godard J, Baruch P, Grondin S, Lafleur MF. Psychosocial and neurocognitive functioning in unipolar and bipolar depression: A 12-month prospective study. *Psychiatry Research*. 2012; 196:145–53.
32. Kapczinski F, Dias VV, Kauer-Sant’Anna M, Frey BN, Grassi-Oliveria R, Colom F, Berk M. Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Rev Neurother*. 2009; 9(7): 957–66.
33. Castaneda, A.E, et al. Cognitive functioning in a population-based sample of young adults with history of non-psychotic unipolar depressive disorders without psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 110: 36-45.
34. Aas M, Dazzan P, Fisher HL, Morgan C, Morgan K, Reichenberg A, Zanelli J, Fearon P, Jones PB, Murray RM, Pariante CM. Childhood trauma and cognitive function in first-

- episode affective and non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*. 2011; 129: 12–19.
35. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin*. 2002; 66: 241–58.
36. Larsson S, Aas M, Klungsoyr O, Agartz I, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Rossberg JI, Melle I, Andreassen OA, Lorentzen S. Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:2–9.
37. Etain B, Mathieu F, Henry C, Raust A, Roy I, Germain A, Leboyer M, Bellivier F. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2010; 23: 376–83.
38. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev. Bras Psiquiatr*. 2000; 22 (3): 106-15.
39. Nascimento E. WAIS-III – Escala de Inteligência Wechsler para Adultos: Adaptação padronizada de uma amostra brasileira (3. ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
40. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do *Childhood Trauma Questionnaire*. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40 (2): 249-55.
41. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2008. Acessado em: 14 de junho de 2014. Disponível em: www.abep.org.

II DECLARAÇÃO

A proposta inicial visava avaliar o impacto de vivências traumáticas na infância sobre o desempenho cognitivo de adultos jovens, tendo como mediador o diagnóstico de transtorno de humor, bem como verificar quais os prejuízos cognitivos estariam relacionados aos subtipos de trauma na infância. Seria um estudo transversal realizado com uma subamostra proveniente de um estudo populacional, na cidade de Pelotas, que foi avaliada quanto ao desempenho cognitivo através da Escala Wechsler de Inteligência para adultos 3ª edição (WAIS-III). Contudo, devido ao número de perdas e recusas, optou-se por trocar o objetivo do estudo.

A proposta atual é um estudo transversal, mantendo o objetivo de verificar o impacto de vivências traumáticas na infância, porém, será sobre os desfechos clínicos, incluindo o funcionamento, de adultos jovens com diagnóstico de transtorno bipolar provenientes da segunda fase de um estudo de coorte intitulado “Fatores psicossociais e biológicos no transtorno bipolar: uma coorte populacional com jovens”, realizado na cidade de Pelotas.

Pelotas, 10 de Novembro de 2015.

Mestranda: Clarisse de Azambuja Farias

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karen Jansen', is centered within a rectangular box.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karen Jansen

III ARTIGO

**Clinical outcomes in bipolar disorder and childhood trauma: a community sample
of young adults**

Clarisse de Azambuja Farias^a

Taiane de Azevedo Cardoso^b

Thaise Campos Mondin^a

Luciano Dias de Mattos Souza^a

Ricardo Azavedo da Silva^a

Flávio Kapczinski^b

Pedro Vieira da Silva Magalhães^b

Karen Jansen^{a,b,*}

^a Translational Science on Brain Disorders, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, 96015-560, Pelotas, RS, Brazil.

^b Laboratório de Psiquiatria Molecular, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brazil.

*** Corresponding author:**

E-mail address: karen.jansen@pq.cnpq.br (K. Jansen)

ABSTRACT

Childhood trauma is a complex experience, much reported by subjects with bipolar disorder. There are still few studies that assess its consequences in a community sample of bipolar in early stage. The aim of the present study is to assess the association between childhood trauma and clinical outcomes in a community sample of young adults with bipolar disorder. This is a cross-sectional study with a community sample of subjects with bipolar disorder, from 23 to 30 years old, with and without childhood trauma. The trauma experiences during childhood were assessed by Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The functioning was assessed by Functioning Assessment Short Test (FAST). Ninety subjects with bipolar disorder were included in the study (30 with childhood trauma and 60 without childhood trauma). Young adults with bipolar disorder and childhood trauma showed higher prevalence of current suicide risk, higher severity of depressive symptoms, and higher functioning impairment as compared to subjects with bipolar disorder without childhood trauma. The frequency childhood trauma experiences appear to be an environmental risk factor for worse clinical outcomes and higher functional impairment.

Keywords: Bipolar disorder; childhood trauma; functioning impairment; suicide risk.

1. INTRODUCTION

The exposure to childhood trauma is associated with adverse outcomes in children and adolescents, including emotional (Bücker et al., 2012; Pears et al., 2008; Sesar et al., 2008), psychosocial (Pears et al., 2008; Sesar et al., 2008), cognitive (Bücker et al., 2012; De Bellis et al., 2013; Enlow et al., 2012; Mills et al., 2011; Pears et al., 2008), and functional impairments (Bücker et al., 2012). There is growing interest in research about the consequences of childhood trauma during adulthood. Childhood trauma can affect brain development, causing long-term functional changes (Aas et al., 2012). It has been proposed that traumatic events during childhood are important contributors to the development or manifestation of psychiatric disorders (Bücker et al., 2013; Goldberg and Garino, 2009; Kuhlman et al., 2013; Nemeroff, 2004). There is evidence that young people who are genetically vulnerable are more susceptible to develop bipolar disorder when exposed to trauma (Garino et al., 2005; Goldberg and Garino, 2009; Leverich et al., 2002).

The occurrence of physical and sexual abuse has been associated with an increase in the number of mood episodes in people with bipolar disorder (Larsson et al., 2013). Sexual abuse is significantly higher in individuals with a diagnosis of bipolar disorder, when compared to subjects with major depressive disorder (Hyun et al., 2000). When compared to healthy controls, young people with bipolar disorder show a higher prevalence of emotional abuse (Etain et al., 2010). Studies suggest that traumatic experiences can be associated with rapid cycling, substance use and abuse (Garino et al., 2005; Leverich et al., 2002; Post and Kalivas, 2013), suicide attempts (Garino et al., 2005; Leverich et al., 2002), cognitive performance impairment (Aas et al., 2012; Bücker et al., 2013), premorbid (Conus et al., 2010) and lifetime (Larsson et al., 2013) functioning impairment, and low adherence to treatment (Conus et al., 2010) of subjects with bipolar disorder.

Considering the potential consequences that childhood trauma in individuals with bipolar disorder, community studies may contribute to understanding effects of trauma in early stages of bipolar disorder. The aim of the present study is to assess the association between childhood trauma and clinical outcomes in a community sample of young adults with bipolar disorder.

2. METHOD

2.1 Design and participants

This is a cross-sectional study corresponding to the second wave of a cohort study with a population sample. The full description of the first wave has been previously published (Jansen et al., 2011). Briefly, the first wave included 1560 participants from 18 to 24 years old living in urban Pelotas (Brazil), in the period from 2007 to 2009. The second wave happened from 2012 to 2014, a mean five years after the first phase, all young adults who participated in the first phase were invited to return for a follow-up assessment. The prevalence of bipolar disorder, in the second wave, was 7.2% (n=91), being higher among women, subjects with fewer years of education, and lower economic classification. We showed a higher frequency of traumatic experiences in childhood in subjects with bipolar disorder (44.4 ± 16.5) as compared to community sample without bipolar disorder (34.3 ± 10.7 ; $p < 0.001$). We have one missing data in the CTQ scale, thus ninety young adults with bipolar disorder were considering in the analyses.

Subjects were informed about the research objectives and signed an informed consent form. Respondents who had a psychiatric disorder were referred for the health services according to demand. This study was approved by the Research Ethics Committee of the *Universidade Católica de Pelotas* under protocol number 2008/118.

2.2 Measures

Young adults answered a questionnaire with socio-demographic and economic variables to assess gender, skin color, age, conjugal status, years of education, occupational status, and economic classification. The economic classification was evaluated and defined according to criteria of the *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa* (2008). This instrument measures the economic classification through the accumulation of material goods and education of the householder, classified into five groups (A, B, C, D, and E), where "A" refers to the highest economic classification and "E" to the lowest. To data analysis, it was decided categorize the economic classification in A/B (High), C (Intermediate), and D/E (Low).

Bipolar disorder was assessed using the Mini International Neuropsychiatric Interview - PLUS (MINI-PLUS) (Amorim, 2000; Sheehan et al., 1998) by trained psychologists. In cases of doubt about bipolar disorder diagnosis, subjects were reassessed using the semi-structured clinical interview for DSM Structured Clinical Interview (SCID) (Del-Ben et al., 2001; First et al., 1996) in order to confirm the diagnosis. In addition, the MINI-PLUS was used to assess clinical history, such as age of onset of bipolar disorder, rapid cycling, lifetime hospitalization, lifetime suicide attempts and current suicide risk, and anxiety disorders comorbidity. Young adults were also asked about lifetime pharmacological treatment.

Trauma experiences were assessed using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et al., 2003; Grassi-Oliveira et al., 2006). The CTQ is a 28-item retrospective self-report questionnaire that assesses the history of abuse and/or neglect during childhood. Measures five childhood trauma subtypes, including emotional, physical and sexual abuse, and emotional and physical neglect. Items are rated on a five points Likert scale from 1 = "never true" to 5 = "very often true", according to the

frequency with which each event occurred. The total score of the CTQ takes into consideration the frequency of the various forms of abuse and/or neglect.

The severity of manic symptoms was assessed using the Young Mania Rating Scale (YMRS) (Vilela et al., 2005; Young et al., 1978). To assess the severity of depressive symptoms was used the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery and Asberg, 1979). Substance abuse or dependence was assessed with the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), the cutoff for substance abuse/dependence was four (Group W.A.W., 2002; Henrique et al., 2004). The Functioning Assessment Short Test (FAST) (Cacilhas et al., 2009; Rosa et al., 2007) was performed to assess the global functioning. FAST is a 24-item scale and assesses difficulties in six functional domains: autonomy, occupational functioning, cognitive, financial issues, interpersonal relationships, and leisure time, according to last fifteen days before the evaluation. The sum of all items provides the total score, being that, higher scores indicate higher degrees of global functional impairment.

2.3 Statistical analyses

For statistical analyses young adults with bipolar disorder were stratified into two groups according to the frequency of traumatic experiences in childhood, for such, were included in bipolar disorder group with childhood trauma those who were located in the highest tercile of the CTQ and without childhood trauma when located in the two lowest terciles. Socio-demographic, economic, and clinical characteristics of bipolar disorder groups with and without childhood trauma were analyzed using the t-test, Chi-square, and Mann-Whitney U test. To evaluate the correlation between the frequencies of traumatic experiences in childhood and global functioning impairment was used the Pearson correlation. Posteriorly was performed a model of linear regression, adjusted for possible

confounders. We considered as possible confounding factors all variables associated with scores of the FAST and CTQ with $p < 0.20$. For all statistical tests were considered significant associations when $p < 0.05$.

3. RESULTS

Ninety subjects with bipolar disorder were included in the study (30 with childhood trauma and 60 without childhood trauma). We did not verify significant differences regarding socio-demographic and economic characteristics between subjects with bipolar disorder with and without childhood trauma (Table 1).

3.1 The clinical outcomes of the young adults with bipolar disorder with and without childhood trauma

The prevalence of current suicide risk was 43.3% in subjects with bipolar disorder presenting childhood trauma and 21.7% in subjects with bipolar disorder and without childhood trauma ($p = 0.033$). Young adults with bipolar disorder and childhood trauma also reported a higher severity of depressive symptoms when compared to subjects with bipolar disorder without childhood trauma ($p = 0.011$). In addition, young adults with bipolar disorder and childhood trauma showed higher global functioning impairment as compared to subjects with bipolar disorder without childhood trauma ($p = 0.003$) (Table 2).

3.2 Childhood trauma and global functioning impairment scores of the community sample of young adults with bipolar disorder

According to data presented in figure 1, we found a moderate positive correlation between the scores of traumatic experiences in childhood (CTQ score) and the global functioning impairment (FAST score) of the young adults with bipolar disorder ($r = 0.452$; $B = 0.385$; $IC_{95\%} 0.224-0.547$; $p < 0.001$). The association between scores of traumatic experiences in childhood and global functioning impairment remained significant after

adjusted for severity of depressive symptoms and current suicide risk ($B=0.197$; $IC95\% 0.057-0.337$; $p=0.005$).

4. DISCUSSION

Young adults with bipolar disorder and childhood trauma showed higher prevalence of current suicide risk, higher severity of depressive symptoms, and higher global functioning impairment when compared to subjects with bipolar disorder without childhood trauma. Similarly, it has been shown that individuals with bipolar disorder who experienced trauma present significantly higher levels of inter-episode depressive symptoms than those without trauma history (Maguire et al., 2008).

We also showed that individuals with bipolar disorder and childhood trauma present higher current suicide risk when compared to young adults with bipolar disorder without childhood trauma. We did not find studies that evaluate the relationship between childhood trauma and the current suicide risk, especially, in subjects with bipolar disorder. However, studies suggest a powerful relation between the frequency of traumatic experiences in childhood and the number of lifetime suicide attempts (Dube et al., 2001; Leverich et al., 2002). It is noteworthy that the number of suicide attempts is a measure of course of the illness, while the current suicide risk reflect the severity of the current symptoms. In our study the prevalence of lifetime suicide attempts was low and we did not have information about the number of lifetime attempts, limiting such observation.

The higher frequency of the traumatic experiences during childhood is associate global functioning impairment in young adults with bipolar disorder. This result corroborates with the data reported in the literature (Bücker et al., 2013; Larsson et al., 2013). A study with outpatients in first manic episode assessed the functioning, through the Global Assessment of Functioning (GAF) and verified that patients with trauma

presented lower levels of functioning when compared to those presenting no trauma (Bücker et al., 2013). Another study verified that emotional abuse or neglect and physical abuse, assessed through CTQ were associated with reduced level of functioning (GAF) in patients with bipolar disorder (Larsson et al., 2013). Similar results were also observed in young adults patients with bipolar disorder-I, in the first psychotic mania episode, who suffered physical and sexual abuse in childhood or adolescence, which showed premorbid functioning impairment (Conus et al., 2010), suggesting that the trauma may cause functioning impairment even before of the first mania episode with psychotic symptoms. Furthermore, authors suggest that the global functioning can be used as a measure of staging in bipolar disorder (Rosa et al., 2014). According to results of the present study, it is suggested that childhood trauma has a negative impact on the functioning of young adults with bipolar disorder, independent of the current severity of the disorder, can also accelerate of illness progression, such as highlighted in the literature (Larsson et al., 2013; Post, 2010).

The present study has some limitations that must be highlighted. First, the data about trauma experiences during childhood were obtained retrospectively, as in the majority studies that evaluated this problematic in adults, from a self-report measure. It is worth highlighting that it is a complex issue permeated of fears and prejudices becomes often difficult to trauma approach, seeing that account of these experiences suffers influence of the recall bias. Furthermore, the CTQ don't have a cutoff for Brazilian population. However, the CTQ is an instrument frequently used in studies validated for different populations. Second, did not approach in this study the specific age in that the traumatic experience occurred and the effects of stressors events experienced in adulthood that might mediate the relationship between childhood trauma and a worse clinical manifestation of bipolar disorder. It is worth mentioning, according to

neuroimaging studies, that childhood trauma exposure at specific time points during childhood have different effects, due to a sensitive period in different parts of the brain, according to age, such as the hippocampus and frontal cortex (Andersen et al., 2008). In addition, the literature shows the occurrence of long-term sensitization of the stress response after early stress in adults (Heim and Nemeroff, 2001; Post, 2010). Finally, the study used cross-sectional data and therefore, cannot make causal inferences. Become necessary future longitudinal studies in population samples of young adults with bipolar disorder, to thereby, confirm the present findings and provide more information about the phenomenological changes in the course of bipolar disorder in subjects with childhood trauma, evaluating this experience with genetic factors and genic expression.

Despite the above limitations, we showed a relationship between childhood trauma and clinical outcomes in a community sample of young adults with bipolar disorder. This is one of the few studies wherein the sample is coming from a community study and that assess young adults. Most studies show an outpatient design and convenience samples, including patients who have more severe symptoms and/or a longer course of the illness. It is worth highlighting, according to our search, that this is the first study that evaluates the effects of childhood trauma on the functioning of subjects with bipolar disorder in a community sample. The results of this study stress the importance of identifying childhood trauma experiences as an environmental risk factor for the diagnosis of bipolar disorder, as well as for a worse clinical manifestation of the illness and higher functional impairment independent of the severity of the symptoms.

5. REFERENCES

- Aas, M., Steen, N.E., Agartz, I., Aminoff, S.R., Lorentzen, S., Sundet, K., Andreassen, O.A., Melle, I., 2012. Is cognitive impairment following early life stress in severe mental disorders based on specific or general cognitive functioning? *Psychiatry Res.* 198 (3), 495-500.
- Amorim, P., 2000. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais [Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview]. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 22 (3), 106-115.
- Andersen, S.L., Tomada, A., Vincow, E.S., Valente, E., Polcari, A., Teicher, M.H., 2008. Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 20 (3), 292-301.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2008. (Criteria of Economic Classification, Brazil) Critérios de Classificação Econômica, Brasil. <http://www.abep.org> (accessed 14.06. 14).
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcombc, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., Zule, W., 2003. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 27 (2), 169-190.
- Bücker, J., Kapczinski, F., Post, R., Ceresér, K.M., Szobot, C., Yatham, L.N., Kapczinski, N.S., Kauer-Sant'Anna, M., 2012. Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Compr. Psychiatry* 53 (6), 758-764.
- Bücker, J., Kozicky, J., Torres, I.J., Kauer-Sant'anna, M., Silveira, L.E., Bond, D.J., Lam, R.W., Yatham, L.N., 2013. The impact of childhood trauma on cognitive functioning in patients recently recovered from a first manic episode: Data from the Systematic

Treatment Optimization Program for Early Mania (STOP-EM). *J. Affect. Disord.* 148 (2-3), 424-430.

Cacilhas, A.A., Magalhães, P.V., Cereser, K.M., Walz, J.C., Weyne, F., Rosa, A.R., Vieta,

E., Kapczinski, F., 2009. Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value Health.* 12 (4), 624–627.

Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B.G., Berk, M., Daglas, R., McGorry, P.D., Lambert, M., 2010. Pretreatment and outcome correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I disorder patients with a first episode of psychotic mania. *Bipolar Disord.* 12 (3), 244-252.

De Bellis, M.D., Woolley, D.P., Hooper, S.R., 2013. Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: Relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse/Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. *Child Maltreat.* 18 (3), 171-183.

Del-Bem, C.M., Vilela, J.A.A., Crippa, J.A.S., Hallak, J.E.C., Labate, C.M., Zuardi, A.W., 2001. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português [Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version translated into Portuguese]. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 23 (3), 156-159.

Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., Giles, W.H., 2001. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA.* 286 (24), 3089-3096.

Enlow, M.B., Egeland, B., Blood, E., Wright, R.O., Wright, R.J., 2012. Interpersonal Trauma Exposure and Cognitive Development in Children to Age 8 Years: A Longitudinal Study. *J. Epidemiol. Community Health* 66 (11), 1005-1010.

- Etain, B., Mathieu, F., Henry, C., Raust, A., Roy, I., Germain, A., Leboyer, M., Bellivier, F., 2010. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J. Trauma. Stress* 23 (3), 376-383.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., 1996. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV), American Psychiatric Press, Washington (DC).
- Garno, J.L., Goldberg, J.F., Ramirez, P.M., Ritzler, B.A., 2005. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar illness. *Br. J. Psychiatry* 186 (2), 121-125.
- Goldberg, J.F., Garno, J.L., 2009. Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disord.* 11 (2), 205-208.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., Pezzi, J.C., 2006. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire [Translation and Content Validation of the Childhood Trauma Questionnaire]. *Rev. Saude. Publica* 40 (2), 249-255.
- Group, W.A.W., 2002. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 97 (9), 1183-1194.
- Heim, C., Nemeroff, C.B., 2001. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol. Psychiatry* 49 (12), 1023-1039.
- Henrique, I.F., De Micheli, D., Lacerda, R.B., Lacerda, L.A., Formigoni, M.L., 2004. Validação da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Àlcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST) [Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)]. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 50 (2), 199-206.

Hyun, M., Friedman, S.D., Dunner, D.L., 2000. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2 (2), 131-135.

Jansen, K., Ores, Lda.C., Cardoso, Tde.A., Lima, Rda.C., Souza, L.D., Magalhães, P.V., Pinheiro, R.T., da Silva, R.A., 2011. Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. *J. Affect. Disord.* 130 (1-2), 328-333.

Kuhlman, K.R., Maercker, A., Bachem, R., Simmen, K., Burri, A., 2013. Developmental and contextual factors in the role of severe childhood trauma in geriatric depression: The sample case of former indentured child laborers. *Child Abuse Negl.* 37 (11), 969-978.

Larsson, S., Aas, M., Klungsoyr, O., Agartz, I., Mork, E., Steen, N.E., Barrett, E.A., Lagerberg, T.V., Røssberg, J.I., Melle, I., Andreassen, O.A., Lorentzen, S., 2013. Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC Psychiatry* 13,1-9.

Leverich, G.S., McElroy, S.L., Suppes, T., Keck, P.E. Jr., Denicoff, K.D., Nolen, W.A., Altshuler, L.L., Rush, A.J., Kupka, R., Frye, M.A., Autio, K.A., Post, R.M., 2002. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol. Psychiatry* 51 (4), 288-297.

Maguire, C., McCusker, C.G., Meenagh, C., Mulholland, C., Shannon, C., 2008. Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. *Bipolar Disord.* 10 (2), 293-302.

Mills, R., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J.M., Williams, G.M., Bor, W., Strathearn, L., 2011. Child Abuse and Neglect and Cognitive Function at 14 Years of Age: Findings From a Birth Cohort. *Pediatrics* 127 (1), 4-10.

Montgomery, S.A., Asberg, M., 1979. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry* 134, 382-389.

- Nemeroff, C.B., 2004. Neurobiological consequences of childhood trauma. *J. Clin. Psychiatry* 65, 18-28.
- Pears, K.C., Kim, H.K., Fisher, P.A., 2008. Psychosocial and Cognitive Functioning of Children with Specific Profiles of Maltreatment. *Child Abuse Negl.* 32 (10), 958-971.
- Post, R.M., 2010. Mechanisms of illness progression in the recurrent affective disorders. *Neurotox. Res.* 18 (3), 256-271.
- Post, R.M., Kalivas, P., 2013. Bipolar disorder and substance misuse: pathological and therapeutic implications of their comorbidity and cross-sensitisation. *Br. J. Psychiatry* 202 (3), 172-176.
- Rosa, A.R., Magalhães, P.V.S., Czepielewski, L., Sulzbach, M.V., Goi, P.D., Vieta, E., Gama, C.S., Kapczinski, F., 2014. Clinical staging in bipolar disorder: focus on cognition and functioning. *J. Clin. Psychiatry* 75 (5), 450-456.
- Rosa, A.R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso-Mateos, J.L., Kapczinski, F., Vieta, E., 2007. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health* 3:5.
- Sesar, K., Živčić-Bećirević, I., Sesar, D., 2008. Multi-type Maltreatment in Childhood and Psychological Adjustment in Adolescence: Questionnaire Study Among Adolescents in Western Herzegovina Canton. *Croat. Med. J.* 49, 243-256.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C., 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry* 59 Suppl 20, 22-33, quiz 34-57.

Vilela, J.A., Crippa, J.A., Del-Bem, C.M., Loureiro, S.R., 2005. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz. J. Med. Biol. Res.* 38 (9), 1429-1439.

Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A., 1978. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br. J. Psychiatry* 133, 429-435.

Table 1: Socio-demographic and economic characteristics of the community sample of young adults with bipolar disorder with and without childhood trauma.

Characteristics	BD without trauma (n=60)	BD with trauma (n=30)	p value
Gender^a			0.448
Male	18 (30.0)	6 (20.0)	
Female	42 (70.0)	24 (80.0)	
Skin color^a			0.938
White	38 (63.3)	20 (66.7)	
Non-white	22 (36.7)	10 (33.3)	
Age (years)^b	25.73 ($\pm$ 2.15)	25.87 ($\pm$ 2.03)	0.779
Living with a partner^a			0.813
No	21 (35.0)	9 (30.0)	
Yes	39 (65.0)	21 (70.0)	
Education (years)^b	10.20 ($\pm$ 3.00)	10.10 ($\pm$ 3.28)	0.886
Economic classification^{a,*}			0.209
High	25 (42.4)	10 (33.3)	
Intermediate	31 (52.5)	16 (53.3)	
Low	3 (5.1)	4 (13.3)	
Occupation (work or study)^a			0.800
No	15 (25.0)	9 (30.0)	
Yes	45 (70.0)	21 (70.0)	

BD (Bipolar disorder).

^a Absolute (n) and relative (%) frequencies, p value according to Chi-square test; ^b Mean and standard deviation, p value according to t test. * Missing (n=1).

Table 2: Clinical outcomes of the community sample of young adults with bipolar disorder with and without childhood trauma.

Characteristics	BD without trauma (n=60)	BD with trauma (n=30)	p value
Age onset of BD^a	17.50 ($\pm$ 4.87)	18.46 ($\pm$ 6.67)	0.799
Rapid cycling^b	28 (46.7)	12 (40.0)	0.549
Lifetime hospitalization^b	5 (8.3)	2 (6.7)	0.781
Lifetime suicide attempts^b	13 (21.7)	10 (33.3)	0.347
Current suicide risk^b	13 (21.7)	13 (43.3)	0.033
Lifetime pharmacological treatment^{b,*}	34 (57.6)	15 (50.0)	0.494
Substance abuse or dependence^b	13 (21.7)	5 (16.7)	0.576
Depressive symptoms (MADRS score)^c	8 (2 – 17.5)	15 (7.5 – 22.5)	0.011
Manic symptoms (YMRS score)^c	5 (3 - 11)	7 (4.5 - 9)	0.437
Comorbid anxiety disorders^b	32 (53.3)	19 (63.3)	0.367
Global Functioning (FAST score)^c	10 (6 – 18.75)	21 (10.75 – 28.5)	0.003

BD (Bipolar Disorder).

^a Mean and standard deviation, p value according to t test; ^b Absolute (n) and relative (%) frequencies, p value according to Chi-square test; ^c Median and 25th/75th quartiles, p value according to Mann-Whitney U test. * Missing (n=1).

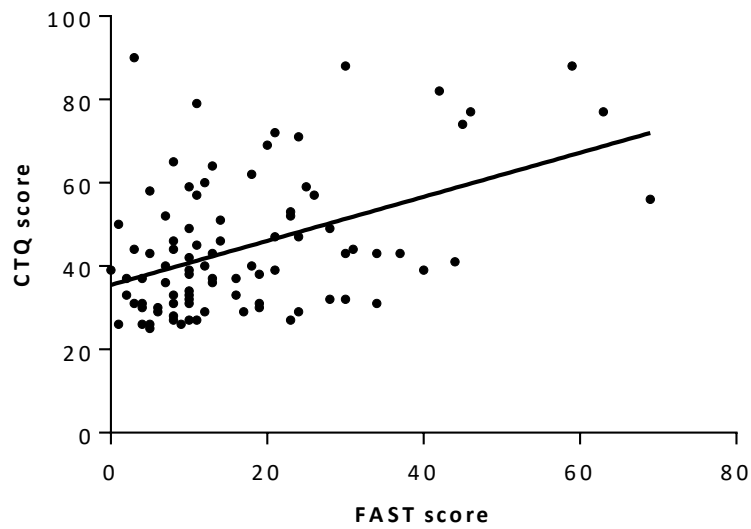


Figure 1: Correlation between childhood trauma and global functioning impairment scores of the community sample of young adults with bipolar disorder ($r=0.452$; $B=0.385$; IC95% 0.224 – 0.547; $*p<0.001$).

CTQ score (Score of the Childhood Trauma Questionnaire); FAST score (Score of the Functioning Assessment Short Test).

ANEXOS

Anexo – A: Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Com este estudo buscamos compreender quais são os fatores envolvidos na saúde e comportamento dos jovens que podem pré-determinar algumas doenças. Com a coleta de sangue poderemos entender melhor quais são as substâncias envolvidas na determinação de doenças ou transtornos.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma coleta de sangue do seu braço, na qual será retirado 10 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função.

Existem riscos em participar?

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área de saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função dos transtornos de humor.

Itens importantes:

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste hospital.

O que eu ganho com este estudo?

Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos de humor, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora dos transtornos, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

DECLARAÇÃO:

Eu, ...declaro
que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a

este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Thaíse Mondin pelos telefones:
81284090 – Karen Jansen pelo telefone: 81186112 – Ricardo Silva 91330050

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 - 81228378

Anexo – B: Carta de aprovação no comitê de ética



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2008/118

Título do projeto: *"Fisiopatologia do transtorno do humor bipolar em uma amostra de base populacional"*

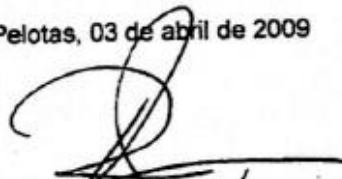
Investigador(a) principal: Ricardo Azevedo da Silva

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 19 de março de 2009, ata nº 02.

A avaliação foi realizada pelos membros do comitê, baseada na análise minuciosa do projeto, apresentada por um dos membros.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 03 de abril de 2009



Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro
Coordenador CEP/UCPel

Anexo – C: *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus (MINI-Plus)

M.I.N.I. PLUS +

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM-IV-TR

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

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

Tradução para o português (Brasil): P. Amorim
Correção: Cláudio Drews Jr.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (p. 348)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MÂNICO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?			→ NÃO	SIM	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE $\pm 5\%$ AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, $\pm 3,5$ KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? ☐ NÃO ☐ SIM

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	SIM	NÃO	11
A4	HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS “SIM” EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.						
SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	12
SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?			→		
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13
SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A7	a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? ☐ Não ☐ Sim					
	b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? ☐ Não ☐ Sim					
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).						
A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14						
SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						

A8 COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>	
Atual	☐
Passado	☐

A9 COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral (p. 394)</i>	
Atual	☐
Passado	☐

A10 COTAR **SIM** SE **A7a = SIM** E **A7 (SUMÁRIO) = NÃO**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância (p. 397)</i>	
Atual	☐
Passado	☐

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais, esses problemas de depressão ? Idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16
- A13 Há um histórico familiar de Transtorno Bipolar ou algum parente já foi tratado com estabilizador de humor? 16b

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

- | | | | Pontos |
|----|--|---------|--------|
| C1 | Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ? | NÃO SIM | 1 |
| C2 | Quis fazer mal a si mesmo (a) ? | NÃO SIM | 2 |
| C3 | Pensou em suicídio ? | NÃO SIM | 6 |
| C4 | Pensou numa maneira de se suicidar ? | NÃO SIM | 10 |
| C5 | Tentou o suicídio ? | NÃO SIM | 10 |

Ao longo da sua vida:

- C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "**SIM**" DE C1 A C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS **SIM** DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo ☐
6-9 pontos	Moderado ☐
≥ 10 pontos	Alto ☐

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO (p. 355/362)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALARNÃOEM CADA UM EPASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	1
SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO (A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).					
		SE D1a = SIM:			
	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	3
		SE D2a = SIM:			
	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
		D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	→ NÃO	SIM	

- D3 SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando sentiu- se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? ☐ NÃO ☐ SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM 5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 9
	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 10

- g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ? NÃO SIM NÃO SIM 11

D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ? NÃO SIM NÃO SIM



VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3a - D3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
☐ Não ☐ Sim

- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
☐ Não ☐ Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 12

SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM NÃO SIM 13
 COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

- D6 COTAR SIM PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO
E D5 = NÃO, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

- D7 COTAR SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO
E D5 = SIM OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

- D8 COTAR SIM SE:
D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral	
Atual	☐
Passado	☐

D9 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E **D4a** E **D5** = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **NÃO**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

SE **D8** OU **D9** = **SIM**, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>	
Atual	☐
Passado	☐

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão ?

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i> (p. 416)	

Episódio Misto

ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS – EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA.

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i> (p. 360)	

Padrão Sazonal

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO DE POLARIDADE OPOSTA (EX: DE DEPRESSÃO PARA (HIPO)MANIA) OCORREM NUM PERÍODO CARACTERÍSTICO DO ANO.

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i> (p. 415)	

Com remissão completa entre episódios

Entre os dois episódios mais recentes de euforia/ irritabilidade excessiva teve um período de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum desses problemas ?

NÃO	SIM ¹⁷
<i>Com remissão completa entre episódios</i> (p. 403)	

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É **MANÍACO** / **HIPOMANÍACO** / **MISTO** / **DEPRESSIVO**

GRAVIDADE

- | | | |
|-----------|--------------------------------|--------------------------|
| X1 | Leve | ☐ |
| X2 | Moderado | ☐ |
| X3 | Severo sem aspectos psicóticos | ☐ |
| X4 | Severo com aspectos psicóticos | ☐ |
| X5 | Em remissão parcial | ☐ |
| X6 | Em remissão completa | ☐ |

CRONOLOGIA

- | | | | |
|-----|--|----------------------------|----|
| D10 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ? | <input type="text"/> idade | 18 |
| D11 | Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve? | <input type="text"/> | 19 |

Anexo – D: Protocolo de respostas da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos- 3ª edição (WAIS III)

Página de Conversão dos Escores

SUBTESTES	Escores Brutos	Escores Ponderados - ajustados por idade						Grupo de Referência Escores Ponderados
		Verbal	Exec.	ICV	IOP	IMO	IVP	
Completar Figuras								
Vocabulário								
Códigos								
Semelhanças								
Cubos								
Aritmética								
Raciocínio Matricial								
Dígitos								
Informação								
Arranjo de Figuras								
Compreensão								
Procurar Símbolos		()						
Sequência Números - Letras		()						
Arranjar Objetos		()						
Soma dos Escores Ponderados								
		Verbal	Exec.	ICV	IOP	IMO	IVP	

Escala Total (Verbal+Exec.)

Total		=
÷ Nº de Subtestes		÷
Escore Médio		Média Total

Para converter os escores brutos em ponderados, consulte a Tabela A1 e A2 do anexo A

SUBTESTES	Escores Ponderados	Escore Médio	Diferença da Média	Significância Estatística Nível	Facilidade (+)	Dificuldade (-)	Frequência da Diferença da Amostra de Padronização	Determinação das Facilidades e Dificuldades
Vocabulário								☐ Diferença da Média Total ☐ Diferença da Média Verbal e da Média de Execução Significância estatística e frequência da diferença são fornecidas na Tabela do Manual de Aplicação
Semelhanças								
Aritmética								
Dígitos								
Informação								
Compreensão								
Sequência Números - Letras								
Completar Figuras								
Códigos								
Cubos								
Raciocínio Matricial								
Arranjo de Figuras								
Procurar Símbolos								
Arranjar Objetos								

Para determinar as facilidades e as dificuldades, veja a Tabela B3.

Procedimento Opcional	Escores Brutos	% Acumulada
Códigos -- Pareamento		
Aprendizagem espontânea		
Evocação Livre		
Códigos -- Cópia		

Para % acumulada, veja a Tabela A 11 (americana)

Página de Perfil

wechsler
ESCALA DE INTELIGÊNCIA WECHSLER PARA ADULTOS - 3ª EDIÇÃO
ADAPTAÇÃO BRASILEIRA - 1ª EDIÇÃO

QI / Índices Fatoriais	QIV	QIE	QIT	ICV	IOP	IMO	IVP
Soma dos escores ponderados							
QI / Índices Fatoriais							
Percentil							
Intervalo de Confiança							
_____ %							

Escala Verbal							
CV				MO			
V	S	I	C	A	D	SNL	
19							19
18							18
17							17
16							16
15							15
14							14
13							13
12							12
11							11
10							10
9							9
8							8
7							7
6							6
5							5
4							4
3							3
2							2
1							1

Para o perfil dos subtestes, use a Escala de escores ponderados, consultar Tabela A1.

Escala de Execução							
OP				VP			
AF	CF	CB	RM	CD	PS	AO	
19							19
18							18
17							17
16							16
15							15
14							14
13							13
12							12
11							11
10							10
9							9
8							8
7							7
6							6
5							5
4							4
3							3
2							2
1							1

QUOCIENTE INTELECTUAL			ÍNDICES FATORIAIS			
155						
150						
145						
140						
135						
130						
125						
120						
115						
110						
105						
100						
95						
90						
85						
80						
75						
70						
65						
60						
55						
50						
45						

Para obtenção dos perfis de QI e Índices, use as Tabelas A3 - A9.

Anexo – E: *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)

AUTO- APLICÁVEL

→ 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, utilize a escala abaixo para melhor descrever o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

(1) nunca (2) poucas vezes (3) às vezes (4) muitas vezes (5) sempre

Enquanto eu crescia...

1. Eu não tive o suficiente para comer. (1) (2) (3) (4) (5)
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger. (1) (2) (3) (4) (5)
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”. (1) (2) (3) (4) (5)
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família. (1) (2) (3) (4) (5)
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante. (1) (2) (3) (4) (5)
6. Eu tive que usar roupas sujas. (1) (2) (3) (4) (5)
7. Eu me senti amado (a). (1) (2) (3) (4) (5)
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido. (1) (2) (3) (4) (5)
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico. (1) (2) (3) (4) (5)
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família. (1) (2) (3) (4) (5)
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos. (1) (2) (3) (4) (5)
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram. (1) (2) (3) (4) (5)
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras. (1) (2) (3) (4) (5)
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam. (1) (2) (3) (4) (5)

- | | |
|---|---------------------|
| 15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 16. Eu tive uma ótima infância. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 18. Eu senti que alguém da minha família me odiava. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 19. As pessoas da minha família se sentiam unidas. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 22. Eu tive a melhor família do mundo. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 24. Alguém me molestou. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 28. Minha família foi uma fonte de força e apoio. | (1) (2) (3) (4) (5) |

Anexo – F: Classificação econômica - ABEP

a) Qual a escolaridade do chefe da família?

- (1) Nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto)
- (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto
- (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto
- (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto
- (5) Nível superior completo

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

Anexo – G: Functioning Assessment Short Test (FAST)

Qual é o seu grau de dificuldade com relação aos seguintes aspectos?

(0): nenhuma; (1): pouca; (2): bastante; (3): muita

AUTONOMIA

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Ser responsável pelas tarefas de casa | (0) (1) (2) (3) |
| 2. Morar sozinho | (0) (1) (2) (3) |
| 3. Fazer as compras de casa | (0) (1) (2) (3) |
| 4. Cuidar de si mesmo (aspecto físico, higiene) | (0) (1) (2) (3) |

TRABALHO

- | | |
|---|-----------------|
| 5. Realizar um trabalho remunerado | (0) (1) (2) (3) |
| 6. Terminar as tarefas tão rápido quanto era necessário | (0) (1) (2) (3) |
| 7. Obter o rendimento previsto no trabalho | (0) (1) (2) (3) |
| 8. Trabalhar de acordo com o teu nível de escolaridade | (0) (1) (2) (3) |
| 9. Ser remunerado de acordo com o cargo que tu ocupa | (0) (1) (2) (3) |

COGNIÇÃO

- | | |
|--|-----------------|
| 10. Concentrar-se em uma leitura, um filme | (0) (1) (2) (3) |
| 11. Fazer cálculos mentais | (0) (1) (2) (3) |
| 12. Resolver adequadamente os problemas | (0) (1) (2) (3) |
| 13. Lembrar o nome de pessoas novas | (0) (1) (2) (3) |
| 14. Aprender uma nova informação | (0) (1) (2) (3) |

FINANÇAS

- | | |
|--------------------------------------|-----------------|
| 15. Administrar seu próprio dinheiro | (0) (1) (2) (3) |
| 16. Fazer compras equilibradas | (0) (1) (2) (3) |

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- | | |
|--|-----------------|
| 17. Manter uma amizade | (0) (1) (2) (3) |
| 18. Participar de atividades sociais | (0) (1) (2) (3) |
| 19. Dar-se bem com as pessoas a sua volta | (0) (1) (2) (3) |
| 20. Convivência familiar | (0) (1) (2) (3) |
| 21. Relações sexuais satisfatórias | (0) (1) (2) (3) |
| 22. Capaz de defender seus próprios interesses | (0) (1) (2) (3) |

LAZER

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| 23. Praticar esportes ou exercícios | (0) (1) (2) (3) |
| 24. Ter atividades de lazer | (0) (1) (2) (3) |

Anexo – H: *Young Mania Rating Scale* (YMRS)

01. HUMOR E AFETO ELEVADOS

- (0) Ausência de elevação do humor ou afeto
- (1) Humor ou afeto discretos ou possivelmente aumentados, quando questionado
- (2) Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, autoconfiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento
- (3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso
- (4) Eufórico; risos inadequados, cantando

02. ATIVIDADE MOTORA - ENERGIA AUMENTADA

- (0) Ausente
- (1) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora
- (2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados
- (3) Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)
- (4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

03. INTERESSE SEXUAL

- (0) Normal; sem aumento
- (1) Discreta ou possivelmente aumentado
- (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado
- (3) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hipersexualidade
- (4) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas

04. SONO

- (0) Não relata diminuição do sono
- (1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual.
- (2) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual.
- (3) Relata diminuição da necessidade de sono
- (4) Nega necessidade de sono

05. IRRITABILIDADE

- (0) Ausente
- (2) Subjetivamente aumentada
- (4) Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria
- (6) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo
- (8) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível

06. FALA (VELOCIDADE E QUANTIDADE)

- (0) Sem aumento
- (2) Percebe-se mais falante do que o seu habitual
- (4) Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborréico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)
- (6) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)
- (8) Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)

07. LINGUAGEM – DISTÚRBIO DO PENSAMENTO

- (0) Sem alterações
- (1) Circunstancial; pensamentos rápidos
- (2) Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos freqüentemente; pensamentos muito acelerados
- (3) Fuga de idéias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante
- (4) Incoerência; comunicação impossível

08. CONTEÚDO

- (0) Normal
- (2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sócio-cultural do paciente, mas questionáveis
- (4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente; hiper-religioso
- (6) Idéias supervalorizadas
- (8) Delírios

09. COMPORTAMENTO DISRUPTIVO AGRESSIVO

- (0) Ausente, cooperativo
- (2) Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado
- (4) Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada
- (6) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

10. APARÊNCIA

- (0) Arrumado e vestido apropriadamente
- (1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados
- (2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero
- (3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante
- (4) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras

11. INSIGHT (DISCERNIMENTO)

- (0) Insight presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento
- (1) Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento
- (2) Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento
- (3) Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento
- (4) Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento

Anexo – I: Escala de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS)

A avaliação deve basear-se em uma entrevista clínica que se inicie com perguntas genéricas sobre sintomas e seja acompanhada de questões mais detalhadas que permitam a avaliação precisa da gravidade. O avaliador deve decidir se a avaliação se situa em graus definidos da escala (0, 2, 4, 6) ou entre eles (1, 3, 5).

1. Tristeza Aparente

Representando desânimo, tristeza e desespero (mais que um abatimento simples e transitório), refletidos na fala, expressão facial a postura. Avalie pela profundidade e incapacidade de alegrar-se.

0. Nenhuma tristeza
- 1.
2. Parece abatido, mas se alegra sem dificuldades.
- 3.
4. Parece triste e infeliz a maior parte do tempo.
- 5.
6. Parece muito triste todo o tempo. Extremamente desanimado.

2. Tristeza Relatada

Representando relatos de humor depressivo, independente de estarem refletidos na aparência. Inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo e desesperança. Avalie pela intensidade, duração e grau com que se relata que o humor é influenciado pelos acontecimentos.

0. Tristeza ocasional compatível com as circunstâncias.
- 1.
2. Triste e abatido, mas se alegra sem dificuldades.
- 3.
4. Sentimentos predominantes de tristeza ou melancolia. O humor é ainda influenciado por circunstâncias externas.
- 5.
6. Tristeza, infelicidade ou desânimo contínuos e invariáveis.

3. Tensão Interior

Representando sentimentos de desconforto indefinido, inquietação, agitação interior, tensão mental crescente chegando até pânico, pavor ou angústia. Avaliar de acordo com intensidade, frequência, duração do grau de reassentamento necessário.

0. Tranquilo, somente tensão interior fugaz.
- 1.
2. Sentimentos ocasionais de inquietação e desconforto indefinido.
- 3.
4. sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente que o paciente só consegue dominar com alguma dificuldade.
- 5.
6. Apreensão ou angústia persistente. Pânico incontrolável.

4. Sono Diminuído

Representando a experiência de redução de duração ou profundidade do sono comparadas com o padrão normal próprio do indivíduo quando está bem.

0. Dorme normalmente
- 1.
2. Leve dificuldade para adormecer ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido.
- 3.
4. Sono reduzido ou interrompido por, pelo menos, duas horas.
- 5.
6. Menos de duas ou três horas de sono.

5. Diminuição Do Apetite

Representando o sentimento de perda de apetite quando comparado ao seu normal. Avalie pela perda da vontade de comer ou pela necessidade de forçar-se a comer.

0. Apetite normal ou aumentado.
- 1.
2. Apetite levemente diminuído.
- 3.
4. Sem apetite. A comida não tem sabor.
- 5.
6. É necessário ser sempre persuadido para comer.

6. Dificuldades de Concentração

Representando dificuldades em concluir ou organizar os pensamentos chegando à falta de concentração incapacitante.
Avalie de acordo com a intensidade, a frequência e o grau de incapacidade resultante.

0. Sem dificuldade para se concentrar.
- 1.
2. Dificuldades ocasionais em concluir ou organizar os pensamentos.
- 3.
4. Dificuldades para se concentrar e sustentar o pensamento, que reduzem a capacidade para ler ou manter uma conversa.
- 5.
6. Incapaz de ler ou conversar, a não ser com grande dificuldade.

7. Lassidão

Representando a dificuldade ou a lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras.

0. Dificilmente apresenta qualquer dificuldade para iniciar atividades. Sem preguiça.
- 1.
2. Dificuldades para iniciar atividades.
- 3.
4. Dificuldades para começar atividades rotineiras simples, que são realizadas à custa de esforço.
- 5.
6. Lassidão completa. Incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda.

8. Incapacidade de Sentir

Representando a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou por atividades que são normalmente prazerosas. A capacidade de reagir com emoção apropriada às circunstâncias ou às pessoas está reduzida.

0. Interesse normal pelo ambiente e pelas outras pessoas.
- 1.
2. Capacidade reduzida de desfrutar interesses rotineiros.
- 3.
4. Perda de interesse pelo ambiente. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos.
- 5.
6. A experiência de estar emocionalmente paralisado, incapaz de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falta de sentimentos completa ou mesmo dolorosa em relação a parentes próximos ou amigos.

9. Pensamentos Pessimistas

Representando pensamentos de culpa, inferioridade, auto-reprovação, pecado, remorso e ruína.

0. Sem pensamentos pessimistas.
- 1.
2. Idéias flutuantes de falha, autoreprovação ou auto-depreciação.
- 3.
4. Auto-acusações persistentes ou idéias definidas, mas ainda racionais de culpa ou pecado. Progressivamente pessimista sobre o futuro.
- 5.
6. Delírios de ruína, remorso ou pecado irremediável. Auto-acusações que são absurdas e inabaláveis.

10. Pensamentos Suicidas

Representando o sentimento de que não vale a pena viver, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para suicídio.

Tentativas de suicídio por si só não devem influenciar a avaliação.

0. Aprecia a vida ou a aceita como ela é.
- 1.
2. Enfastiado de viver. Pensamentos suicidas transitórios
- 3.
4. Provavelmente seria melhor morrer. Pensamentos suicidas são freqüentes e o suicídio é considerado com uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas.
- 5.
6. Planos explícitos para o suicídio quando houver uma oportunidade. Providência para o suicídio.

Anexo – J: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

1 - Na tua vida, qual (is) dessas substâncias tu já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1
d.1 Crack (pedra)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

2 – Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa (s) substância (s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

3 – Durante os últimos três meses, com que frequência tiveste um forte desejo ou urgência em consumir a (s) substância (s)? (vezes quase todo dia)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de substância (s) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

5 – Durante os últimos três meses, com que frequência por causa do teu uso de substância (s) tu deixas de fazer coisas que eram normalmente esperadas por ti?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso de substância (s)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2
d.1 Crack (pedra)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

7 – Alguma vez tu já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de substância(s)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2
d.1 Crack (pedra)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

8 – Alguma vez tu já usaste substância(s) por injeção? (Apenas uso não-médico)	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

Com que idade (em anos) tu experimentaste alguma substância (incluindo álcool e tabaco) pela primeira vez? ____ anos

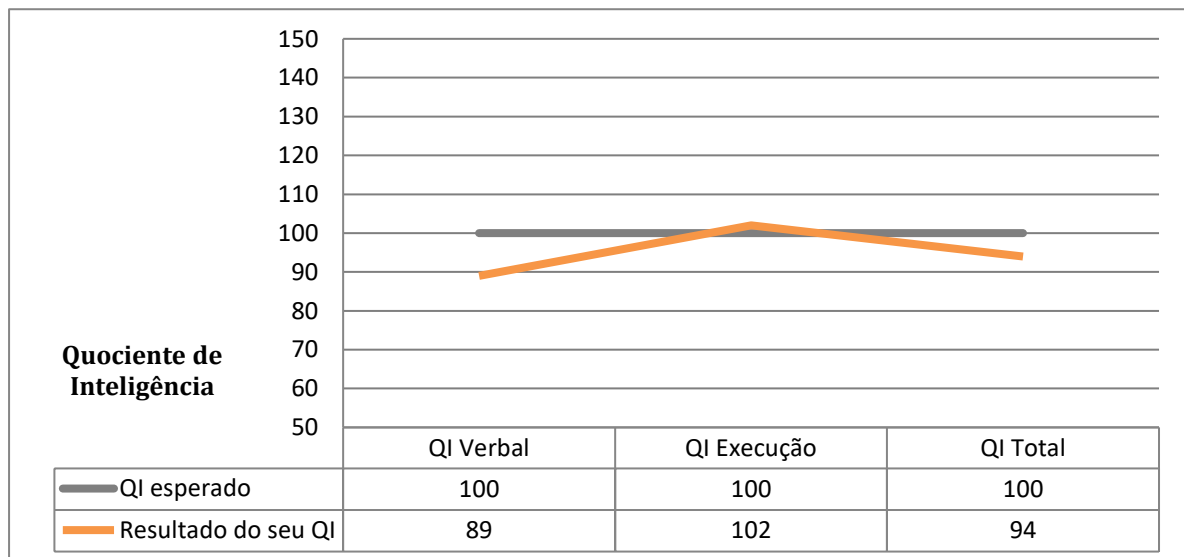
Anexo – K: Documento de devolução, desempenho cognitivo, aos participantes da pesquisa

Caro (a) **Paciente**, pacientex@xxxx.com.br

Obrigado pela sua participação em nossa pesquisa!

O teste que você realizou chama-se WAIS III. Ele é composto de vários subtestes, cada um medindo um aspecto diferente da sua inteligência (memória, atenção, resolução de problemas, etc). A soma destes subtestes resulta em três Quocientes de Inteligência (QI): QI Verbal, QI Execução e QI Total.

Confira os resultados do Teste de Inteligência que você realizou:



Veja a sua classificação grifada (em laranja) na tabela abaixo:

Pontuação de QI	Classificação / Interpretação
130 pontos ou acima	Superdotado
120 até 129 pontos	Muito acima do esperado
110 até 119 pontos	Acima do esperado
90 até 109 pontos	Dentro do esperado
80 até 89 pontos	Abaixo do esperado
70 até 79 pontos	Muito abaixo do esperado
69 pontos e abaixo	Muitíssimo abaixo do esperado

O que avalia o QI Verbal?

Avalia os conhecimentos que você adquiriu ao longo da vida, mede também seu raciocínio verbal e sua atenção.

O que avalia o QI Execução?

Avalia sua velocidade na tomada de decisões, velocidade para o processamento de uma informação, atenção a detalhes e integração entre o que é visto e executado.

O que avalia o QI Total?

É a sua capacidade intelectual global ($\text{QI Verbal} + \text{QI Execução} = \text{QI Total}$).

Atenciosamente,

Equipe de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento