

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO NA VIDA ADULTA
E TRAUMA PSICOLÓGICO NA INFÂNCIA**

Maria Lucrecia Scherer Zavaschi

Orientador: Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-orientador: Dr. Luís Augusto Paim Rohde

Porto Alegre, janeiro de 2003

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO NA VIDA ADULTA
E TRAUMA PSICOLÓGICO NA INFÂNCIA**

Maria Lucrecia Scherer Zavaschi

Orientador: Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-orientador: Dr. Luís Augusto Paim Rohde

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria, junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, janeiro de 2003

Catalogação-na-Publicação

Z39 Zavaschi, Maria Lucrecia Scherer
Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância / Maria Lucrecia Scherer Zavaschi ; orientador: Claudio Laks Eizirik, co-orientador: Luis Augusto Paim Rohde. - 2003.
63 f.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

1. Transtorno depressivo : Etiologia 2. Transtornos de estresse traumático : Complicações 3. Adulto 4. Criança 5. Adolescente I. Eizirik, Claudio Laks II. Rohde, Luis Augusto Paim III. Título

CDD 618.9289
NLM WS 350

(Bibliotecária responsável: Viviane Castanho - CRB-10/1130)

"Sócrates e Platão resistiram às teorias orgânicas de Hipócrates e afirmavam que, embora disfunções suaves pudessem ser tratadas por médicos, disfunções profundas eram a província dos filósofos.

Em Platão se originou o modelo de desenvolvimento que sugeria que a infância de um homem pode determinar a qualidade de seu caráter adulto. Fala do poder da família em determinar para o bem ou para o mal as atitudes políticas e sociais do homem no decorrer de sua vida.

Seu modelo tripartido da psique adulta - o racional, o libidinal e o espiritual - é estranhamente parecido com o de Freud.

Na verdade, Hipócrates é o avô do Prozac; Platão é o avô da terapia psicodinâmica.

Durante os dois milênios e meio entre eles e o presente foi introduzido todo o tipo de variação dos dois temas, gênio e loucura parecem ter-se alternado como pistões".

Andrew Solomon, 2002 (O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão)

Dedicatória

*A meu marido,
Olyr Zavaschi pelo companheirismo, amor e
compreensão em todas as horas*

*A meus filhos,
Guilherme, Leonardo e Letícia,
pela tolerância, carinho e estímulo
para que possamos continuar crescendo juntos*

Agradecimentos

Aos colaboradores Cláudia Ferrão Vargas, Daniela Poester, Denise Winkler Simões Pires, Fabíola Satler, Luciana Bergamo Marques, Marcos Tatit Menegassi, Maria Elisa Graeff, Rafael Homem de Carvalho, Rafael Piazenski, Victor Mardini, pela ajuda, compreensão e dedicação ao trabalho sem as quais esta dissertação jamais seria viável.

Aos colegas, que no início da jornada também colaboraram, Alceu Gomes Correia Filho, Betina Kruter, Cláudia Estrela, Daniel Barbosa, Fábio Brodacz e Heloísa Zimmermann.

À psicóloga Viviane Oliveira, pela amizade e dedicação.

Aos colegas do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência que fizeram dupla jornada de trabalho para que eu pudesse dispor do tempo necessário para realizar esta tarefa.

À bibliotecária Mônica Nodari e à estatística Vânia Naomi Hirakata pela competência que permitiram a realização deste trabalho.

Ao professor Luiz Augusto Paim Rohde pela segura orientação, imensa capacidade produtiva e intensidade com que se dedica à pesquisa e à busca incessante de novos conhecimentos.

Ao professor Cláudio Laks Eizirik, cuja capacidade de discernimento, profunda compreensão da mente humana, arrojo em suas idéias e iniciativas, singular habilidade de comunicação, generosidade e tranqüila liderança, representam para mim um grande estímulo pessoal e profissional.

Sumário

Resumo

Abstract

Lista de Tabelas

Lista de Quadros

Lista de Figuras

1	INTRODUÇÃO.....	P. 1
2	JUSTIFICATIVA.....	P. 21
3	OBJETIVOS.....	P. 23
4	HIPÓTESES.....	P. 24
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	P. 25
	5.1 Processo de Amostragem.....	P. 25
	5.1.1 <i>Critérios de inclusão</i>	P. 26
	5.1.2 <i>Critérios de exclusão</i>	P. 27
	5.2 Cálculo do Tamanho Amostral.....	P. 27
	5.3 Delineamento.....	P. 27
	5.3.1 <i>Variáveis</i>	P. 28
	5.3.2 <i>Fatores confundidores</i>	P. 29
	5.4 Instrumentos.....	P. 29
	5.5 Análise dos Dados.....	P. 30
6	RESULTADOS.....	P. 32
	6.1 Tamanho e Perda Amostral.....	P. 32
	6.2 Características Demográficas.....	P. 34
	6.3 Associação entre Depressão na Vida Adulta e Trauma Psicológico na Infância.....	P. 35
	6.3.1 <i>Análise bivariada</i>	P. 38

6.3.2 <i>Análise de regressão logística</i>	P. 39
7 DISCUSSÃO	P. 43
8 CONCLUSÕES	P. 50
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	P. 51
10 ANEXOS	P. 64

Resumo

Objetivos: Avaliar a associação entre depressão (DSM IV) na vida adulta e trauma psicológico na infância em uma amostra clínica de pacientes do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Por trauma na infância considerou-se abuso sexual, maus tratos, exposição a violência e perdas, por morte ou separação da criança de seus pais, antes dos 18 anos de idade.

Métodos: Em um estudo caso controle, foram avaliados pacientes deprimidos (n = 90) e pacientes não deprimidos (n = 50). Através do M.I.N.I. e M.I.N.I plus (Mini International Neuropsychiatric Interview / Brazilian Version 5.0.0.) avaliou-se a presença de depressão e comorbidades. Utilizou-se as escalas Screening Survey of Children's Exposure to Community Violence Richters & Martinez, 1993 Modified by Osofsky, 1995 and Zeannah, 1996 e a Familial Experiences Interview 1988 de Naomi Ogata para avaliar traumas na infância.

Resultados: encontrou-se uma maior prevalência de abuso sexual (P = 0,018), história de maus tratos físicos por parte dos pais ou cuidadores (P = 0,005) e exposição à violência (P = 0,007) no grupo de pacientes deprimidos em relação ao grupo de pacientes não deprimidos. Quanto a perdas na infância não se encontrou diferença entre os dois grupos. Quando estas variáveis foram controladas para potenciais fatores confundidores (sexo, etnia, estado civil, doença mental na família, e renda *per capita*), somente a exposição a múltiplos episódios de violência e história de maus tratos físicos por parte dos pais ou cuidadores se mantiveram como variáveis independentes.

Conclusões: Nossos achados, à semelhança de outras pesquisas, encontraram uma associação entre traumas psicológicos na infância e depressão na vida adulta, sugerindo que múltiplos estressores, em maior ou menor grau, na infância, se encontram associados a depressão na vida adulta.

Abstract

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Variáveis demográficas comparadas entre os deprimidos e não deprimidos	p. 34
Tabela 2 - Regressão Logística para verificar a independência da variável presença de maus tratos por pais e cuidadores na infância	p. 40
Tabela 3 - Regressão Logística para verificar a independência da variável escore geral de exposição a múltiplos episódios de violência na infância	p. 41
Tabela 4 - Regressão Logística para verificar a independência da variável abuso sexual na infância	p. 42

Lista de Quadros

Quadro 1 - Cálculo do Tamanho Amostral.....	p. 27
----------------------------------------------------	--------------

Lista de Figuras

- Figura 1 - Fluxograma para Processo de Amostragem..... p. 33**
- Figura 2 - Distribuição de maus tratos físicos por parte dos pais ou seus representantes entre os pacientes deprimidos e não deprimidos p. 36**
- Figura 3 - Média e intervalo de confiança de 95% do escore geral de exposição a múltiplos episódios de violência entre os pacientes deprimidos e não deprimidos p. 37**
- Figura 4 - Distribuição do abuso sexual na infância entre pacientes deprimidos e não deprimidos p. 37**
- Figura 5 - Distribuição das perdas na infância entre os pacientes deprimidos e não deprimidos p. 38**

1 INTRODUÇÃO

Vivências traumáticas na infância, como maus tratos físicos e emocionais por parte dos pais ou cuidadores, exposição a múltiplos episódios de violência, abuso sexual ou perda dos pais, por separação ou por morte, podem levar a prejuízos duradouros para o desenvolvimento das crianças e adolescentes, com manifestações na vida adulta (Heim & Nemeroff, 2001).

Os psicanalistas, de longa data, vêm relacionando as neuroses da vida adulta aos traumas infantis. Freud (1896) atribuiu às "experiências sexuais prematuras um papel determinante na etiologia das psiconeuroses na vida adulta" (p. 280). Muitos casos clínicos se sucederam, na obra de Freud (1905 e 1917a), relacionando as experiências sexuais precoces com as neuroses na vida adulta.

Os dois principais vértices deste trabalho, referentes ao trauma psicológico na infância por um lado e à depressão na vida adulta por outro, mesmo que observados de forma independente, representam uma sobrecarga social, estando na ordem do dia tanto nos relatórios da OMS de 2001 e 2002, quanto nos principais periódicos de clínica médica (Gilligan, 2000).

A depressão representa uma das mais conhecidas manifestações psicopatológicas associadas a eventos traumáticos na infância (Figueroa et al., 1997; Kessler et al., 1997; Prigerson et al., 1997; Furukawa et al., 1999; Heim et al., 2000; Heim & Nemeroff, 2001; Schestatsky, 2002).

A depressão cresce em prevalência nos estudos ao longo dos últimos anos, sendo que as taxas desta doença em todo o mundo variam de 4 a 10% na população em geral. Ao

longo da vida, a prevalência varia de 10 a 25% para as mulheres e 5 a 12% para os homens (Weissman et al., 1996; Blazer, 2000).

No Brasil, as taxas de depressão variam de 1.9% (em São Paulo) a 10.2% (em Porto Alegre), sendo que a taxa de prevalência de depressão em mulheres chega a 14% (Almeida Filho et al., 1992 e 1997).

Um estudo realizado no sul do Brasil, discutindo achados epidemiológicos da depressão nos últimos quinze anos, considerou altas as taxas de depressão, independente do lugar onde a pesquisa tenha sido conduzida e do tipo de instrumento diagnóstico utilizado. Os autores concluíram que a depressão é mais comum em mulheres, sozinhas, com renda e escolaridade baixas, desempregadas e que habitualmente freqüentam serviços médicos (Lima, 1999).

Os pacientes deprimidos representam 47% da população que busca os serviços de cuidados primários, segundo o LIDO Study, que incluiu a cidade de Porto Alegre (Chisholm et al., 2001).

A prevalência de pacientes deprimidos na população clínica, considerando pacientes não psiquiátricos, ultrapassa a encontrada na população em geral. Estudos pioneiros em Porto Alegre identificaram que 40,4% dos pacientes não psiquiátricos entrevistados em hospital geral (HCPA) eram deprimidos (Machado et al., 1988; 1989a; 1989b). Além disso, verificou-se que os pacientes de consultoria oriundos da clínica médica eram predominantemente pacientes depressivos (Cordioli, 1989; Machado et al., 1989a).

Outros estudos acerca da prevalência das depressões em contexto médico não psiquiátrico, mostram uma variação de 18 a 83%, dependendo da metodologia empregada e da condição médica em questão (Fráguas & Figueiró, 2001).

O principal documento da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), o Relatório sobre a Saúde no Mundo, focou exatamente a saúde mental, os novos

conhecimentos e as novas esperanças. O documento confere à depressão o quarto lugar entre as doenças de maior AVAD* no mundo (Zavaschi et al., 2002b) (Anexo 7), e a perspectiva é de que aumente nos próximos 20 anos.

Alguns autores têm atribuído a não-resposta terapêutica dos pacientes deprimidos a seqüelas de traumas psicológicos ocorridos na infância (Kaplan & Klinetob, 2000).

O segundo vértice deste trabalho se refere à violência, que por sua relevância e gravidade está sendo considerada pela mesma Organização Mundial da Saúde um dos maiores desafios atuais para a Saúde Pública no mundo (Krug et al., 2002). A urgência de drásticas medidas de combate à violência levou a que a OMS publicasse em 3 de outubro 2002 o "Informe mundial sobre la violencia y la salud", que traz uma análise acerca dos diferentes tipos de violência incluindo o abuso, negligência e maus tratos na infância, sugerindo políticas enérgicas e propondo para 2003 uma campanha de prevenção à violência (OMS, 2002).

A América Latina e o Caribe estão incluídas entre as áreas mais violentas do mundo. No Brasil, durante a década de 90, São Paulo teve um índice de homicídios de 50,2 por 100 mil (Cruz, 1999). Em um estudo de 16 países das Américas, Colômbia e Brasil foram os únicos países cujas taxas de mortalidade entre os adolescentes por causas externas mantiveram-se crescentes (Waiselfisz, 2000). Ainda no Brasil, 67,9% de todas as mortes de pessoas entre 15 e 24 anos decorrem de causas externas, principalmente por homicídios e acidentes de trânsito, sendo crescentes as taxas de homicídio na população adolescente (Yunes & Zubarew, 1999). As lesões corporais são a maior causa de morte de crianças de um a quatro anos nos. (American College of Surgeons, 1993). Bassols (1999) constatou que 70% das internações de crianças entre zero a quatro anos, no Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, se deviam a acidentes de trânsito, quedas e queimaduras. Em Porto Alegre, verificou-se que os adolescentes estudantes de escola pública (n=1193), foram expostos a 19,8

* AVAD: anos de vida perdidos por morte prematura e por "descapacidade".

incidentes de violência, sendo que 2,0 foram pessoalmente vividos, 8,5 deles foram testemunhados e 9,3 conheciam vítimas de violência (Zavaschi et al., 2002a). Ainda a partir da mesma amostra, 27 deles (2,3%) relataram terem sido vítimas de abuso sexual, 54 (4,5%) foram testemunhas de algum tipo de violência sexual e 332 (27%) relataram conhecer alguém que tinha sido vítima de abuso sexual (Polanczyk et al., 2003).

Há um progressivo interesse por parte dos pesquisadores no estudo da violência, que não pode mais ser vista apenas a partir da perspectiva da vítima, mas requer atenção abrangente levando em consideração todos os prejuízos dela decorrentes, desde as seqüelas impostas às testemunhas até seu alto custo para os serviços de saúde e economia global dos países (Terr, 1991; Osofsky, 1997 e 1999; Ferreira, 1999; Yehuda, 2002; Zavaschi et al., 2002a).

Da perspectiva clínica, são numerosos os relatos de casos que apresentam nítida associação de traumas infantis com patologias no adulto (Freud, 1893/1895 e 1896; Cohen, 1990; Bemporad & Romano, 1993; Fonagy & Target, 1995; Eizirik, 2001). Há mais de um século, Freud (1893/1895) encontrou na história infantil traumática de seus pacientes a elucidação dos enigmas que compunham as neuroses da vida adulta. O ataque histérico seria o retorno a um estado psíquico que a paciente já experimentara anteriormente, referindo-se à lembrança de um episódio proibido caracterizado pela sedução da paciente por parte de seu pai ou de seu representante. Posteriormente, constatou que nem todas as pacientes histéricas apresentavam efetivamente um trauma real externo em sua infância. Elas, entretanto, apresentavam lembranças de sedução, que eram resultantes de reconstruções ou de construções fantasiosas. Com esta constatação, o próprio Freud (1892/1899) colocou em xeque sua teoria da sedução como causa da histeria.

Não se tratou propriamente de um abandono da teoria, mas de uma ampliação, para situar sob sua abrangência não apenas as reais experiências infantis traumáticas, mas

também a produção fantasiosa dessas pacientes. Assim, poderia existir a sedução, real ou fantasiada, e de ambas decorreriam as mesmas conseqüências observadas a partir da sedução realmente vivida externamente.

Com isto, tanto em Freud quanto em seus seguidores, a ênfase do tratamento psicanalítico oscilou predominantemente para o campo da fantasia, em detrimento da existência ou não de uma correspondência de fatos. Esta mudança deixou marcas profundas tanto na psicanálise quanto em disciplinas correlatas. O fato de Freud ter aparentemente revogado a teoria da sedução não excluiu que as neuroses também pudessem ser expressão de traumas efetivamente ocorridos na realidade externa. É possível que, em decorrência desta maior ênfase nas fantasias, muitas crianças e adolescentes não tenham recebido o devido socorro e a questão da violência real externa contra crianças e adolescentes tenha sido subestimada.

De origem grega, o termo trauma significa ferida, furar (Ferreira, 1986), sendo utilizado na medicina para identificar as conseqüências de uma violência externa (Laplanche & Pontalis, 1970). Adaptando o conceito de trauma para o plano psíquico, Freud (1920), conferiu-lhe o significado de um choque violento, capaz de romper a barreira protetora do ego, podendo acarretar perturbações duradouras sobre a organização psíquica do indivíduo. Segundo Freud (*op. cit.*), trauma pode referir-se a um só acontecimento externo ou a um acúmulo deles. Assinalou ainda o duplo destino do trauma: aquele que estrutura e organiza o ego e o trauma negativo, que se torna um verdadeiro entrave para o desenvolvimento do psiquismo, que impede o processo de pensar, levando em alguns casos à devastadora desorganização do ego (Freud, 1939), sendo que a extensão dos danos decorrentes do trauma varia de acordo com a vulnerabilidade de cada indivíduo, as experiências infantis prévias e a intensidade e qualidade do trauma.

Assim, Freud (1917b) formulou a hipótese de que o psiquismo seria estruturado a partir do patrimônio genético, modelado pela primitiva relação do bebê com seus pais, constituindo-se no que chamou de “experiências infantis”. Tais experiências desempenhariam um papel crucial tanto na resolução das diferentes etapas do desenvolvimento, quanto no enfrentamento das vicissitudes decorrentes de traumas. Para ele, a etiologia das neuroses também estava relacionada à qualidade desse patrimônio genético, que incluía a bagagem pré-histórica do indivíduo, acrescida de suas experiências infantis e de um fator traumático precipitante.

As experiências infantis seriam construídas, a partir do postulado de Freud (1938), pela primitiva relação do bebê com sua mãe, que se estabeleceria de forma inalterável, sendo o protótipo de todas as relações posteriores. A separação da mãe corresponderia a um trauma catastrófico para o bebê, que, diante dessa ameaça, responderia com ansiedade, e, perante sua perda real, com dor e luto. Freud também se referiu à "angústia sinal", dispositivo protetor, acionado pelo ego, perante uma situação de perigo. Este sinal reproduziria, de forma atenuada, a reação de angústia vivida primitivamente, em uma situação traumática (Freud, 1926). A partir da angústia sinal ou angústia de alarme, são acionados os mecanismos de defesa do ego.

Winnicott (1967) sugeriu que as "vivências infantis", estruturantes para o psiquismo do bebê, eram modeladas por sua relação com a mãe. Criou o termo "mãe suficientemente boa", que teria a sensibilidade para perceber os delicados sinais do bebê e responderia adequadamente a suas necessidades. Winnicott (1967) afirma que “não existe esta coisa o bebê, este só pode existir junto com sua mãe” (Winnicott, 1990, p. 40) uma vez que o caráter humano do indivíduo, seu psiquismo, só se estabelece a partir da íntima relação do bebê com seus pais. O bebê, a partir da previsível relação com seus pais, desenvolverá a qualidade que Erikson (1974) denominou de "confiança básica", que se constitui no alicerce

natural do desenvolvimento e o torna hábil para o enfrentamento de eventuais situações traumáticas com as quais tenha que deparar-se ao longo da vida..

As respostas psicológicas do indivíduo aos estímulos do ambiente, tanto prazerosos como traumáticos, também podem ser consideradas a partir da perspectiva da teoria do apego (Fonagy & Target, 1995; Liem & Boudewyn, 1999; Kaufman et al., 2000). Assim, se as necessidades da criança encontrarem disponibilidade por parte da mãe ou de seus cuidadores, se estabelecerá progressivamente um vínculo seguro, estruturando um self confiante, capaz de fazer frente às situações de estresse. Inversamente, o não estabelecimento de um vínculo seguro leva a maior vulnerabilidade em situações traumáticas. Diversos psicanalistas (Klein, 1940; Freud A, 1967; Abraham, 1970; Shengold, 1979; Green, 1988; Cohen, 1990; Bemporad & Romano, 1993; Fonagy & Target, 1995; Shechter, 1998; Eizirik et al., 2001; Falceto & Waldemar, 2001; Zavaschi et al., 2001) desenvolveram teorias a respeito dos traumas vividos por seus pacientes na infância e suas nocivas repercussões na vida adulta. Tais repercussões se prendiam a prejuízos na qualidade de vida, nas relações interpessoais e nas manifestações clínicas, como depressão. Alguns pesquisadores encontraram relação entre experiências infantis adversas, de gravidade cumulativa, com doenças na vida adulta, que teriam inclusive a morte como possível desfecho (Felitti et al., 1998).

Em décadas recentes avolumaram-se trabalhos teóricos e clínicos que revelam que vivências traumáticas precoces têm um intenso impacto sobre a psicopatologia na vida adulta.. Muitas pesquisas têm demonstrado que os adultos que haviam sofrido abuso físico em sua infância apresentaram mais risco para o desenvolvimento de doença mental (Caplan, 1966; Shengold, 1979; Craine et al., 1988; Emde, 1989; Sameroff, 1989; Famularo et al., 1992; Bemporad & Romano, 1993; Silverman et al., 1996; Figueroa et al., 1997; Prigerson et al., 1997; Shalev et al., 1998; Paris, 1998; Brown et al., 1999).

Para alguns pesquisadores, o abuso sexual estaria mais relacionado a transtornos dissociativos (Furniss, 1993b), ao transtorno de estresse pós-traumático, a acidentes (Yehuda, 2002), enquanto as perdas por morte ou separação estariam mais relacionadas à depressão (Figueroa et al., 1997; Prigerson et al., 1997).

Embora muitos esforços, no intuito de enfrentar a questão dos traumas infantis, venham sendo despendidos (Azevedo & Guerra, 1989 e 1998; Célia, 1990; Farinatti, 1990; Lippi, 1990; Ferreira, 1999; Benetti, 2002), ainda são escassos no Brasil, e na América Latina, estudos de associação de trauma na infância com psicopatologia na vida adulta (Barros & Victora, 1994; Almeida Filho et al., 1997; Villano & Nanhay, 1997; Lima, 1999).

Em 1996, foi realizada uma pesquisa transversal, de base populacional, na cidade de Pelotas, RS, Brasil, para estudar eventos estressantes ocorridos na infância e adolescência e sua possível associação com transtornos psiquiátricos menores na idade adulta. Os transtornos psiquiátricos estavam associados, de forma estatisticamente significativa, com eventos estressantes na infância. Os eventos estudados por esses autores foram perda por morte ou abandono de pessoa afetivamente significativa, separação dos pais, maus tratos, abuso sexual, presença de familiar com doença mental e uso abusivo de álcool (Ustárroz, 1997). Além da associação entre eventos negativos e depressão maior, a percepção e reedição do evento parecem também ser fatores predisponentes à depressão (Lima, 1999).

Na América Latina encontrou-se outras duas referências, Frias-Armenta (2002) e Tognola & Racz (1999) sobre estresse na infância e psicopatologia na vida adulta. Tognola & Racz (1999) examinaram 256 mulheres, donas de casa, atendidas na unidade de Saúde Mental do Hospital de Ancud, Chiloé, Chile. Encontraram que 220 delas (86%) apresentavam alguma forma de depressão clínica. Das pacientes que relataram sua história infantil (n=147), 91.8% informaram terem sofrido experiências traumáticas na infância.

No plano internacional, no entanto, um volumoso número de pesquisas tem demonstrado uma associação entre traumas na infância e depressão na vida adulta, especialmente estudos realizados nos EUA e na Europa.

Kessler et al. (1997), a partir da Pesquisa Nacional de Co-morbidade (NCS), nos EUA, observaram 26 tipos de adversidades, incluindo, por exemplo, situações de perda (divórcio parental), psicopatologias parentais (depressão materna) e outros traumas (estupro). Essas adversidades estavam associadas, de forma consistente com o início, mas não com a persistência, dos transtornos de humor, ansiedade, abuso e dependência de substâncias e conduta. A partir da análise multivariada, verificaram que o peso de cada fator foi sendo somado aos demais, tendo efeitos cumulativos relacionados com o início dos transtornos. As adversidades apresentaram pouca especificidade, e seus efeitos persistiram além da infância desses indivíduos.

Os mesmos autores, na busca de modelos etiológicos integrados (Kendler et al., 1993) estudaram 680 pares de gêmeas a partir de uma amostra populacional, utilizando nove variáveis preditoras de depressão. O estudo sugere que pelo menos quatro dos seguintes fatores de risco, em interação, são necessários para a compreensão da etiologia da depressão maior: experiências traumáticas, fatores genéticos, temperamento e relações interpessoais. Heim & Nemeroff (2001), ressaltam a persistente sensibilização do sistema nervoso central e dos circuitos decorrentes dos estressores precoces buscando igualmente modelos etiológicos integrados.

Em outro estudo, com pares de gêmeos, Goldberg (2001) sugere que o ambiente familiar primitivo tem importância menor na etiologia da depressão. Essa pesquisa conclui que os fatores sociais influenciam na prevalência da depressão, mas o seu efeito não é independente da vulnerabilidade geneticamente determinada.

Patten (1991) reuniu dados acerca de 2.432 sujeitos, através de uma meta-análise, encontrando que, em relação às mulheres, houve uma significativa associação entre a perda de um dos pais antes dos 11 anos e depressão; e que perder a mãe mais cedo ainda poderia representar um duplo risco para depressão. Houve uma incidência significativamente mais alta de perda na infância entre os indivíduos deprimidos do que entre os não-deprimidos. Sobre esta questão destaca-se o trabalho de Bron et al., (1991) que encontraram um aumento de incidência de tentativas de suicídio naqueles pacientes com experiência de perdas na infância, tanto por separação quanto por morte, sendo que o aumento da tendência suicida foi atribuído principalmente à perda do pai.

Uma extensa pesquisa de âmbito nacional foi realizada nos EUA para avaliar as conseqüências da ausência dos pais na infância, a partir de 13.017 sujeitos. Aqueles que foram separados de um dos pais durante a infância apresentaram um escore mais alto para a depressão do que os que foram criados e cuidados continuamente por seus pais. A ausência dos pais, por qualquer motivo - como divórcio, morte e outras - foi relacionada com elevados índices para depressão (Amato, 1991).

Landerman et al. (1991) examinaram 3.801 adultos quanto à questão da separação dos pais antes dos 10 anos de vida, devido a divórcio, morte e doença mental nos pais durante os primeiros anos da infância. Eles consideraram que tais eventos estressantes aumentaram a probabilidade de múltiplos sintomas psiquiátricos durante a vida adulta. Os resultados sugeriram que a doença mental de um dos pais aumenta a probabilidade de que eventos estressantes resultem em depressão, e a separação dos pais por divórcio, interagindo com eventos estressantes, aumentaria também a vulnerabilidade para problemas com álcool e transtornos psiquiátricos.

Ferguson et al. (2000) consideram que a conotação afetiva resultante dos eventos estressores, como medo, desafio ou perda, pode implicar fator de risco para a depressão.

Para outros autores, a associação entre perda parental na infância e depressão na vida adulta segue ainda controversa. Furukawa et al. (1999), estudando pacientes com doença afetiva bipolar, unipolar e um grupo controle, verificaram que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à incidência de morte de pai, de mãe ou separação antes dos 16 anos entre os pacientes bipolares e controles. No entanto, as mulheres com depressão unipolar haviam experimentado maior perda materna do que os controles correspondentes .

Mireault & Bond (1992), estudando 140 sujeitos que haviam perdido pai ou mãe antes dos 18 anos, comparando-os com um grupo-controle (n= 239), ao contrário das expectativas, não encontraram diferenças quanto à ansiedade e depressão.

Alguns autores encontraram associação de traumas na infância com sintomas específicos, de caráter neurovegetativo, em pacientes depressivas adultas (Levitan et al., 1998).

Entre os estudos da última década, destaca-se o trabalho de Agid et al. (1999) que, considerando os fatores genéticos predisponentes, buscaram pesquisar no ambiente, em especial no início da vida, a perda parental como fator concorrente para a patologia psiquiátrica na vida adulta. Estes pesquisadores observaram que a perda parental durante a infância aumentava significativamente o desenvolvimento de depressão maior durante a vida adulta. O efeito da perda devido à separação permanente foi maior do que o da perda por morte.

McLeod (1991) encontrou que a perda por divórcio estava relacionada mais fortemente a conseqüências negativas na vida adulta do que a perda por morte. Estas correlações eram mais fortes nas mulheres do que nos homens.

Kendler et al. (1992), examinaram o impacto da perda dos pais antes dos 17 anos sobre a psicopatologia na vida adulta sob o ponto de vista epidemiológico e epidemiológico-genético. Examinaram 1.018 pares de mulheres gêmeas, verificando se a perda na infância

estava associada a maior risco para depressão, ansiedade generalizada, pânico e fobias na vida adulta. O risco para depressão foi significativamente relacionado à história de separação dos pais, mas não para a morte dos pais. Resultados semelhantes foram encontrados no Japão (Kunugi et al., 1995).

Em um estudo canadense utilizando uma amostra da comunidade, De Marco (2000) encontrou que o início ou a recorrência de episódios depressivos, entre outros, estavam relacionados a traumas e experiências infantis precoces associadas com o abuso de substâncias ou doença mental dos pais, sendo preditores significativos para o início de depressão maior. Os pais portadores de doença mental, de ordem genética ou não, muitas vezes não conseguem dispensar os cuidados necessários aos filhos, constituindo-se assim em pais ausentes, com prováveis repercussões sobre o psiquismo do filho, a exemplo da configuração caracterizada como “mãe morta” pelo psicanalista André Green (1988).

Bemporad & Romano (1993), revisando 17 estudos acerca de experiências infantis e depressão na vida adulta, encontraram que os pacientes deprimidos apresentavam história de privação paterna e materna inicial, pais superprotetores, rejeitadores ou menos afetivos, quando comparados aos controles.

A elaboração do luto, no entanto, pode atenuar os efeitos deletérios decorrentes das perdas. Saler & Skolnick (1992), estudando 90 adultos que haviam perdido seus pais na infância, avaliaram a qualidade dos cuidados parentais do pai sobrevivente e o ambiente familiar após a morte. A ausência aos rituais de morte do pai ou da mãe acarretou maiores índices de depressão e sentimentos de culpa. Este achado enfatiza a importância de apoio e permissão para que a criança possa falar abertamente sobre sua dor com os familiares sobreviventes, bem como destaca a importância do processo psicológico de elaboração do luto.

Nessa mesma direção, Luecken (2000), aplicando questionários a dois grupos de sujeitos, um com perda parental (n=30) e outro sem perda (n=31), encontrou, através de uma análise multivariada, que aqueles com perda de um dos pais na infância apresentavam aumento da hostilidade, pobres relações familiares atuais, maior intensidade de sintomas depressivos e menor suporte social quando essa perda era sucedida de frágeis vínculos com os familiares sobreviventes.

Entre os fatores que podem modificar a probabilidade do desenvolvimento de depressão após a morte de um dos pais estão, portanto, as condições anteriores, concomitantes ou posteriores à morte. Esses fatores se referem à qualidade da relação com o genitor que faleceu, às circunstâncias da perda e aos cuidados do genitor sobrevivente (Knijnik & Zavaschi, 1994).

Com o objetivo de investigar melhor a relação entre perda na infância e depressão na vida adulta, Harris et al. (1986) examinaram um grupo de 255 mulheres separadas de suas mães na infância. Aquelas que desenvolveram depressão tiveram experiências adversas no período pós-perda, enquanto as outras, descreveram uma continuidade de cuidados após a perda da mãe. Outro aspecto identificado pelos pesquisadores diz respeito ao caráter sazonal de alguns quadros depressivos, que de fato correspondiam a reações de aniversário associadas a intensas experiências traumáticas na infância, adolescência ou vida adulta. Os autores sugerem que as reações de aniversário podem constituir-se em um subgrupo dos transtornos afetivos sazonais, que são precipitados primariamente por fatores psicológicos e não apenas por condições climáticas (Beratis et al., 1996).

Oakley-Browne et al. (1995) estudaram a influência da morte dos pais, separação ou divórcio parental, outros tipos de perda antes dos 15 anos, como fator de risco para depressão maior em mulheres adultas de 18 a 44 anos. A perda dos pais esteve associada a períodos de depressão ao longo da vida, mas seu efeito foi menos significativo quando

ajustado para outros fatores como a separação prolongada de ambos os pais, que implicou um risco três a quatro vezes maior de episódios depressivos atuais e ao longo da vida, além de riscos aumentados para outros transtornos na infância.

Bifulco et al. (1992), analisando os resultados de uma pesquisa com 249 mulheres que perderam suas mães antes dos 17 anos, tanto por morte como por separação, constataram um risco dobrado para depressão e transtornos de ansiedade. Houve um índice particularmente alto para aquelas que perderam suas mães antes dos seis anos. A experiência com a mãe antes da perda, possivelmente vinculada a doença prévia, explicaria a ligação entre a depressão, a ansiedade e a perda prematura.

O abuso sexual e maus tratos por parte da família podem estar sub-diagnosticados dadas todas as implicações relacionadas à negação por parte da vítima, da família e até por parte dos técnicos (Zavaschi et al., 1990 e 1991; Tetelbom, 1991; Zavaschi, 2002; Somenzi et al., 1996; Ferreira, 1999; Azambuja, 2000).

O abuso sexual está associado a conseqüências desastrosas para o desenvolvimento de homens e mulheres, influenciando negativamente seus relacionamentos afetivos e sua saúde. Os efeitos do abuso sexual, além das manifestações traumáticas imediatas, podem perdurar ao longo da vida e manter seqüelas por várias gerações. Pribor & Dinwiddie (1992) identificaram maior número de transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, nas mulheres que haviam sofrido incesto na infância do que na população geral.

Neumann et al. (1996) analisaram 38 estudos que reuniram 2.774 sujeitos com abuso sexual e 8.388 sem abuso, obtendo resultados indicativos de que o abuso sexual na infância é fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia posterior. O conjunto de trabalhos sugeriu que especialmente associados com o abuso sexual, mas não unicamente, se encontravam estresse pós-traumático e revitimização e depressão, embora nenhuma relação de

causa e efeito pudesse ser inferida, uma vez que inúmeras outras variáveis estivessem em jogo.

As mulheres são as maiores vítimas e todos os passos da evolução feminina ficam marcados pelo selo do abuso. Assim, a maternidade pode estar carregada de intensa ansiedade, sintomas depressivos, abuso emocional e físico antes e durante a gravidez, caso essa mulher tenha sido abusada quando criança. Recentes estudos demonstraram que as mulheres que foram abusadas em sua infância apresentam maior número e intensidade de sintomas depressivos durante a gestação, mais eventos negativos, mais abuso emocional e físico do que as que não tiveram essa experiência (Benedict et al., 1999). Os efeitos da violência a longo prazo podem se estender às próximas gerações (Frias-Armenta, 2002).

Briere & Elliot (1994), revisando a literatura de uma década, concluíram que o impacto do abuso sexual sofrido na infância se constitui em fator de risco, a curto e longo prazo, para inúmeros problemas, confirmados em estudos longitudinais. O impacto dessa situação traumática depende de um indeterminado número de variáveis relacionadas ao abuso, tais como história pessoal, condições ambientais existentes ou subseqüentes ao incidente do abuso. Segundo esses autores, as variáveis associadas ao aumento de risco para psicopatologia incluem idade precoce, freqüência do abuso, incesto, uso da força e maior número de perpetradores, bem como concomitantes formas de maus tratos.

Hall et al. (1993), Bifulco et al. (2000) e Hill et al. (2001), visando identificar possíveis preditores de depressão, encontraram que, tanto a ocorrência elevada de eventos adversos ao longo da vida, quanto abuso e negligência na infância, estão relacionados de forma independente, com depressão crônica e recorrente, e que o escore de adversidades na vida adulta é significativamente maior entre aquelas pacientes que sofreram abuso e negligência na infância.

O ambiente familiar modifica o efeito da associação entre abuso sexual na infância e depressão na vida adulta (Yama et al., 1993) já que o aglutinamento intrafamiliar, menor controle,

afrouxamento de regras e alto nível de conflito foram associados significativamente com aumento de risco subsequente para sintomatologia depressiva. As vítimas de abuso sexual sem violência, tinham duas vezes mais probabilidade de apresentar alto escore de sintomas depressivos na vida adulta, enquanto as que sofreram abuso com violência apresentaram um risco quatro vezes maior para depressão do que na população (Hall et al., 1993; Hill et al., 2001).

A violência também pode ser observada desde a ótica do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1996) que propõe uma visão integrada acerca da influência que os vários sistemas sociais exercem sobre o indivíduo, levando em consideração sua família - ou microsistema - até os efeitos determinados pela cultura e história - macrosistema. Assim, a criança pertencente a uma família inserida em uma comunidade violenta, está exposta a um risco adicional aos traumas na infância e suas possíveis conseqüências (Osofsky, 1995, 1997 e 1999).

Finkelhor et al. (1997) utilizaram uma metodologia original, pois ao invés de buscar as vítimas de abuso, entrevistaram mil genitores, fazendo o questionamento acerca de maneira com que disciplinavam seus filhos e sobre a possibilidade de seus filhos terem sido abusados sexualmente. Os índices de abuso sexual durante o ano no qual transcorria a avaliação foram estimados em 1.9% e, ao longo de toda a vida dos filhos, foi de 5.7%. Visando identificar preditores independentes encontraram que o maior risco de abuso se encontrava em filhos cujos pais haviam sido abusados, tinham baixa renda e a vítima de abuso era adolescente.

Bifulco et al. (1994) observaram que a indiferença dos pais, a pouca empatia da mãe e o pobre cuidado parental tiveram alta correlação com a depressão. A grande indiferença (moderada ou marcada) e o pobre cuidado parental foram categorias utilizadas para definição de um índice de risco. A presença deste índice representou um risco cinco vezes maior para depressão, sendo que nesse estudo o abuso físico e o abuso sexual tiveram alta correlação com a depressão.

Lynskey & Fergusson (1997) em estudo de coorte, na Nova Zelândia, com 1.025 indivíduos acompanhados desde o nascimento até os 18 anos, observaram que os sujeitos que haviam sofrido de abuso na infância apresentaram uma diversidade de dificuldades como depressão, ansiedade, transtorno de conduta, abuso de álcool ou outras drogas e tentativa de suicídio. Porém o suporte familiar e o grupo de pares, segundo esses autores, podem influenciar positivamente nesse desfecho.

Outro aspecto que pode agravar ou minorar o efeito do abuso sexual sofrido na infância, portanto mediar, é a reação do primeiro adulto para quem a criança revelou o abuso. Roesler (1994) verificou que a reação de descrédito do primeiro adulto para quem foi revelado o abuso contribuiu para o agravamento de psicopatologia na vida adulta. Enquanto a compreensão, suporte e proteção dos familiares, estão associados a um melhor prognóstico tanto em crianças quanto em adultos.

A questão da comorbidade constitui outro fator importante a ser levado em consideração, uma vez que representa uma fragilidade adicional para o enfrentamento do trauma (Bleich et al., 1997; Shalev et al., 1998; Rohde et al., 1999; Tramontina et al., 2001; Rohde, 2002). Para alguns autores, o estresse pós-traumático e a depressão pós-trauma seriam possibilidades patológicas independentes tanto na vigência quanto na seqüência do trauma , sendo que os indivíduos portadores de ambos os quadros apresentam maior angústia e disfunções ao longo da vida (Bleich et al., 1997).

A violência física e emocional também deixam graves seqüelas, por gerações, constituindo-se um significativo fator de risco para inúmeros problemas na vida adulta, incluindo a depressão (Shengold, 1979; Fonagy & Target, 1995; Fergusson & Lynskey, 1997; Kaplan et al., 1999; Gilligan, 2000; Frias-Armenta, 2002).

Além das manifestações clínicas da depressão no adulto, a partir das vivências traumáticas na infância, as pesquisas têm buscado também encontrar marcadores neurobiológicos para esta condição.

Os autores consultados acreditam que o trauma, incidindo sobre um indivíduo geneticamente vulnerável, pode desencadear o primeiro episódio depressivo. Desta forma, ele se tornará mais vulnerável, uma vez que, além da experiência dolorosa aprendida, poderá haver uma alteração em nível neuro-endócrino, no eixo hipotálamo-pituitário-adrenal, que favorecerá a reedição de episódios depressivos diante de diferentes estressores, conferindo-lhe uma qualidade aditiva (Bleich et al., 1997; Weiss et al., 1999; Yehuda, 1998, 2002). A memória de interações traumáticas entre a mãe depressiva* e seu bebê lhe confere características complexas que não se detêm apenas a um arquivo fidedigno dos fatos traumáticos, mas se alteram continuamente de forma dinâmica, influenciando o comportamento vigente do indivíduo adulto (Leuzinger-Bohleber & Pfeifer, 2002).

A possibilidade do estudo simultâneo dos processos neurobiológicos, das medidas neurofisiológicas, das técnicas de imagem cerebral e do comportamento permite a busca de elos entre a aparente dicotomia cérebro-mente (Gabbard, 1998). Em acréscimo à contribuição genética para o estudo da vulnerabilidade a transtornos do humor e de ansiedade, foi postulado um papel proeminente aos eventos adversos precoces (Kaufman et al., 2000). Os traumas na infância não só se manifestam por depressão na vida adulta, como podem exercer mudanças definitivas no metabolismo neuroquímico (Gabbard, 1998; Glaser, 2000).

Alguns estudos propuseram que os eventos adversos no início da vida podem levar o indivíduo humano a uma maior vulnerabilidade aos efeitos estressores, resultando em aumento de risco para psicopatologia por alterações duradouras nos circuitos neuronais (Yehuda, 1998 e 2002; Heim et al., 2000; Heim & Nemeroff, 2001).

* Para os analistas, a relação primitiva do sujeito com seu objeto primário depressivo.

Heim et al. (2000) também sugeriram que o estresse no início da vida resulta em uma sensibilização ou hiperatividade do fator liberador de corticotrofina do SNC, podendo contribuir, desta forma, para o desenvolvimento de doenças do humor e transtornos de ansiedade.

A maioria das informações acerca dos efeitos da privação precoce sobre o desenvolvimento cerebral provém de experimentos com animais. Tais estudos têm demonstrado que períodos breves e repetitivos de separação materna levam a uma reação de estresse nos filhotes recém-nascidos, que se expressa por aumento da secreção de glicocorticóides, com resultante morte de células hipocâmpais. Um dia de privação materna foi suficiente para diminuir, nesses animais, a quantidade do fator neurotrófico neuronal no hipocampo, levando à morte celular (Glaser, 2000). Em estudo realizado em humanos, Vythilingam et al. (2002) constataram que mulheres deprimidas, que haviam sofrido severos e crônicos abusos físicos e sexuais durante a infância, apresentaram uma redução de 18% na média do volume do hipocampo esquerdo, enquanto as pacientes deprimidas que não haviam sofrido abuso apresentaram uma redução de 15% em relação aos sujeitos saudáveis.

Porém, nem todos os indivíduos que foram vítimas de traumas na infância desenvolvem patologia na vida adulta. Paris (1998) constatou que apenas uma minoria de pacientes com severos distúrbios de personalidade referem trauma na infância. O mesmo autor realizou pesquisa com crianças de risco, demonstrando que a resiliência é a regra, não a exceção, entendendo-se por resiliência a capacidade do indivíduo de emergir intacto de experiências negativas durante a vida. Segundo outras pesquisas nessa direção, apenas 25% das crianças expostas a trauma severo desenvolvem psicopatologia perceptível na vida adulta (Werner & Smith, 1992; Lynskey & Fergusson, 1997; O'Dougherty & Masten, 1997).

Lynskey & Fergusson (1997) consideraram que a qualidade das relações familiares e das relações com pares na adolescência representaram fatores protetores para o enfrentamento do

trauma. Emde (1989) estuda os fatores protetores que preservam a saúde do indivíduo, apesar das adversidades produzidas pelo trauma.

A ponderação entre os fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da patologia pós-trauma é bastante complexa, havendo dificuldade de identificar que fator independente influencia efetivamente determinado aspecto do desfecho psicopatológico na vida adulta (Rutter, 1987; O'Dougherty & Masten, 1997; Brown et al., 1999).

No entanto, efeitos cumulativos de fatores de risco acabam por exaurir os fatores protetores. A sensibilidade da resposta ao trauma varia de acordo com os traços de personalidade do indivíduo (Rutter, 1993).

Os modelos etiológicos contemporâneos, para dar conta da psicopatologia em geral e da psicopatologia depressiva em particular, têm sido abrangentes, considerando desde as clássicas teorias psicanalíticas, comportamentais e cognitivas até os modelos biológicos com definição de mecanismos somáticos que subjazem ou predisõem às experiências afetivas mórbidas que constituem os quadros de depressão (Akiskal, 1995; Gabbard, 1998). O moderno enfoque psicobiológico busca uma integração conceitual entre as experiências psicológicas vivenciadas pelo indivíduo em seu desenvolvimento com o aparato genético e neurobiológico.

Em síntese, a literatura revisada oferece evidências acerca da associação entre traumas na infância e depressão na vida adulta. A maioria dos autores está de acordo quanto à concorrência de múltiplos fatores na etiologia da depressão, sendo que um desses fatores corresponde ao trauma na infância. Contudo ainda ficam em aberto inúmeras questões relacionadas à especificidade do trauma, à ponderação com que o fator trauma entra na equação etiológica, ao momento do trauma, à sua gravidade, ao seu caráter agudo ou crônico e à vulnerabilidade de cada indivíduo. Pode-se considerar ainda as características ecológicas na qual sua família está inserida.

2 JUSTIFICATIVA

O estudo da associação entre traumas na infância e depressão na vida adulta é, pois, de um assunto da mais alta relevância, dado o potencial destrutivo da depressão para o indivíduo e para sociedade. Embora se encontre consistente literatura indicando a associação trauma-depressão (Heim & Nemeroff, 2001), o emprego de diferentes metodologias, aplicadas a diferentes culturas e em distintas amostras - populacionais e clínicas (Craine et al., 1988) - têm levado os pesquisadores a discordâncias quanto a distintos aspectos dessa associação.

Além das questões de metodologia, as divergências quanto aos achados podem estar relacionadas a questões conceituais. Isto porque o termo trauma pode abranger um sem número de distintos fenômenos, desde perdas significativas, como morte ou divórcio dos pais, até violência intra e extra familiar, abuso sexual, acidentes e catástrofes.

Em nosso país, apesar de vários esforços no sentido de buscar a proteção e prevenção de doenças para nossas crianças, (Celia, 1990; Farinatti, 1990; Azambuja, 2000; Salvagni et al., 2001; Benetti, 2002; Lisboa & Koller 2002), ainda são escassos os estudos de associação de trauma na infância com psicopatologias na vida adulta (Barros & Victora, 1994; Ustárroz, 1997).

Também não foram encontrados, no Brasil, estudos específicos que tenham avaliado a associação de traumas na infância e depressão na vida adulta. A prevalência estimada para a depressão em nosso país é de aproximadamente 10%, o que significa que 17 milhões pessoas (IBGE, 2002) são afetadas por essa doença. A população de crianças e

adolescentes entre 0 e 19 anos é de aproximadamente 68 milhões (IBGE, 2002). Há estimativas de que a vitimização de crianças chegue a 15% (Braun, 2002). A Divisão de Planejamento e Coordenação da Polícia Civil do Rio Grande do Sul, registrou que durante o segundo semestre do 2000 e o primeiro semestre de 2001, 6.582 crianças e adolescentes foram vítimas dos mais variados tipos de violência (Rio Grande do Sul, 2002).

Considerando a relevância dos prejuízos decorrentes da depressão e as altas cifras de violência contra crianças e adolescentes em nosso país, vê-se justificado um estudo acerca da associação de trauma na infância e depressão na vida adulta, uma vez que esta informação poderá ser útil na elaboração de estratégias de prevenção e tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

Avaliar se existe associação entre trauma psicológico na infância e depressão na vida adulta.

3.2 Objetivos Secundários

3.2.1 Averiguar se maus tratos físicos por parte de pais ou cuidadores está associado com depressão na vida adulta.

3.2.2 Examinar se a exposição a múltiplos episódios de violência associa-se à depressão na vida adulta.

3.2.3 Avaliar se o abuso sexual na infância está associado à depressão na vida adulta.

3.2.4 Verificar se existe associação entre perdas na infância - por morte ou separação dos pais ou cuidadores - com depressão na vida adulta.

4 HIPÓTESES

4.1 Hipótese Principal

Os adultos com depressão, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (1994), terão maior associação com traumas na infância do que os adultos sem depressão.

4.2 Hipóteses Secundárias

4.2.1 Os adultos com depressão, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (1994), foram significativamente mais submetidos a maus tratos físicos por parte dos pais ou cuidadores em sua infância, do que os adultos sem depressão.

4.2.2 Os adultos com depressão, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (1994), sofreram significativamente maior exposição a múltiplos episódios de violência, do que os adultos não deprimidos.

4.2.3 Os adultos com depressão, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (1994), foram significativamente mais submetidos à abuso sexual na infância, do que os adultos não deprimidos.

4.2.4 Os adultos com depressão, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (1994), tiveram mais perdas em sua infância por morte, divórcio ou separações dos pais, do que os adultos que não tiveram depressão.

5 MATERIAL E MÉTODO

A amostra foi proveniente de ambulatórios do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O grupo-teste foi composto de adultos de ambos os sexos que procuraram o Programa dos Transtornos do Humor (PROTHUM) do Serviço de Psiquiatria do HCPA, no período de janeiro de 2001 a julho de 2002 e que apresentaram um diagnóstico de Depressão (Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Afetivo Bipolar e Distímia), conforme DSM-IV (1994).

O grupo-controle foi formado por adultos de ambos os sexos que procuraram atendimento clínico ambulatorial no HCPA (setores de Medicina Interna, Cardiologia, Farmacologia, Dermatologia, Odontologia e o Setor de Atendimento a Funcionários e a Familiares do HCPA) não apresentando diagnóstico de depressão ou outro diagnóstico psiquiátrico grave (esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, deficiência mental ou psicoses orgânicas) no momento da avaliação.

5.1 Processo de Amostragem

Foi realizada amostragem de conveniência de modo que todos os adultos que procuraram o Programa dos Transtornos do Humor (PROTHUM) do Serviço de Psiquiatria do HCPA e que fossem elegíveis foram convidados a participar do estudo.

Os controles, provenientes do ambulatório de Medicina Interna do Hospital e do Setor de Atendimento a Funcionários e a Familiares do HCPA que procuraram o serviço e que fossem elegíveis, foram convidados a participar da pesquisa, havendo o cuidado de preservar

o mesmo dia e horários dos pacientes que procuravam o PROTHUM. De acordo com nossa avaliação prévia, apuramos que os pacientes que recorreram a esses setores apresentavam patologias clínicas que abrangiam várias especialidades médicas (Medicina Interna, Farmacologia Clínica e Odontologia).

Após o convite, caso aceitassem participar da pesquisa, todos os pacientes, do grupo-teste e do grupo-controle, eram convidados a se dirigir ao Serviço de Psiquiatria, onde encontrariam os pesquisadores entrevistadores. Esse deslocamento de área tinha por objetivo manter o cegamento dos pesquisadores, que não sabiam a que grupo pertenciam os pacientes que iriam avaliar. Todos os pacientes eram instruídos a não informar aos entrevistadores o ambulatório de onde procediam.

Todos os pacientes que aceitaram entrar na pesquisa tomaram conhecimento do processo de avaliação e, ao aceitarem participar da pesquisa, lhes foi solicitada a assinatura do termo de consentimento informado (Anexo 1).

5.1.1 Critérios de inclusão

Para o grupo-teste:

a) idade maior que 18 anos e menor que 65 anos.

b) diagnóstico de Transtornos do Humor (Depressão Maior, Transtorno Afetivo Bipolar, Distímia), segundo critérios do DSM-IV (1994).

Para o grupo-controle:

a) idade maior que 18 anos e menor que 65 anos.

b) sem diagnóstico de Transtornos do Humor (Depressão Maior, Transtorno Afetivo Bipolar, Distímia), segundo critérios do DSM-IV (1994).

5.1.2 Critérios de exclusão

Para os grupos teste e controle:

- a) Doenças que alterem de modo importante o estado de consciência que possam prejudicar a qualidade da entrevista e coleta de dados;
- b) Deficiência mental (um coeficiente de inteligência abaixo de 70)
- c) Transtorno mental grave atual e passado, outro que não Transtorno do Humor.

5.2 Cálculo do Tamanho Amostral

O cálculo do tamanho amostral foi realizado considerando as seguintes critérios e variáveis conforme estão demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1 - Cálculo do Tamanho Amostral

	Depressão Maior
Proporção de controles para cada caso	1/1
OR	3.8
% de exposição nos controles	7.6 (6/79)
Erro alfa	5%
Poder de estudo	80%
Tamanho amostral	180 (90/90)

Odds Ratio foi realizado baseando-se nos dados encontrados no estudo de Agid et al., 1999, visto que em nosso país não foram encontrados estudos com dados específicos.

5.3 Delineamento

Foi realizado um estudo de caso-controle, onde o desfecho avaliado foi Transtorno do Humor (Depressivo Maior, Transtorno Afetivo Bipolar, Distímia). O grupo-controle foi formado por pacientes com doenças clínicas, sem doença mental grave sem Transtorno do Humor (Depressivo Maior, Transtorno Afetivo Bipolar, Distímia), identificáveis pelo M.I.N.I. (Anexo 3).

5.3.1 Variáveis

O fator em estudo foi a ocorrência de trauma na infância e o desfecho a presença de Transtorno do Humor (Depressão Maior, Transtorno Afetivo Bipolar e Distímia).

Para fins do presente estudo foram considerados traumas na infância os seguintes eventos:

A) Maus tratos físicos por parte dos pais ou cuidadores:

Foram considerados os maus tratos físicos perpetrados por pais ou cuidadores, padrasto, madrasta, pai ou mãe adotivos, ou outros cuidadores, como método disciplinar, conforme a questão 24 da entrevista sobre experiências familiares de (Ogata et al., 1990) (Anexo 4).

B) Exposição a múltiplos episódios de violência:

Foram consideradas exposição a múltiplos episódios de violência as situações abordadas pelas 51 (cinquenta e uma) questões do levantamento de triagem acerca da exposição de crianças à violência na comunidade de Richters & Martinez (1993), modificada por Osofsky & Zeanah (1995), às quais os sujeitos foram submetidos em sua infância, como vítimas, como testemunhas ou por informação, que não provenientes de algum meio de comunicação (TV, Rádio, mídia impressa, filmes ou jogos). A violência se referiu a perseguições por gangues, exposição a drogas, brigas, agressões, espancamento, assaltos, acidentes, mortes e assassinatos, de familiares ou outras pessoas. Foi considerado um escore geral de exposição à violência para cada sujeito, com exceção de abuso sexual na infância (questão 30) para evitar colinearidade (Anexo 5).

C) Abuso sexual na infância:

Foi considerado abuso sexual na infância o contato sexual do paciente com o pai, mãe ou substitutos, irmãos, parentes ou por parte de não familiares. Por contato sexual foram

consideradas as seguintes situações: contato corporal, toque físico inapropriado por algum membro da família, como o pai ou mãe biológicos, pai ou mãe adotivos outros cuidadores, irmãos biológicos ou adotivos, outros parentes ou ainda por não parentes. Estas informações correspondem às questões 19, 20, 21, 22, e 23 da entrevista sobre experiências familiares de Ogata et al. (1990) (Anexo 4).

D) Perdas na infância

As perdas na infância se referiam a morte de um ou de ambos pais biológicos, ou de um ou de ambos pais não biológicos, e morte de irmão biológico ou de irmão não-biológico. Estas perdas foram avaliadas a partir das questões quatro a nove da entrevista sobre experiências familiares de Ogata et al. (1990) (Anexo 4).

5.3.2 Fatores confundidores

Quociente de inteligência, nível sócioeconômico, idade, sexo, escolaridade, estado civil, etnia, prática religiosa.

5.4 Instrumentos

Para a obtenção dos dados demográficos foi utilizado um questionário com perguntas relativas a idade, sexo, etnia, procedência e nível sócioeconômico, crença religiosa, presença de doença psiquiátrica na família dos sujeitos (Anexo 2).

Para identificar os transtornos psiquiátricos foi utilizado o M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5.0.0 / DSM-IV / Current e M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Amorim, 2000) (Anexo 3).

Para avaliar eventos traumáticos na infância foi utilizado o Screening Survey of Children's Exposure to Violence in the Community (Osofsky & Zeanah, 1995), que foi

traduzido ao português e realizada a tradução reversa em maio de 2000, com a devida autorização dos autores (Anexo 5).

Para avaliar em maior detalhe e profundidade as experiências infantis foi utilizada a Escala para Experiências Familiares de Ogata et al. (1990). Foi traduzida para o português e realizada a tradução reversa (Anexo 4).

Para avaliar a inteligência estimada foram utilizados os subtestes de cubos e vocabulário da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-R) (Wechsler, 1996), tradução realizada e validada para o português da Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised (Anexo 6).

Os instrumentos de avaliação foram escolhidos por sua ampla utilização na literatura, validade e confiabilidade:

Para avaliar a concordância dos pesquisadores quanto ao julgamento diagnóstico foram apreciadas as entrevistas de onze pacientes. A entrevista diagnóstica de cada um deles foi realizada por um psiquiatra treinado para aplicação do M.I.N.I. e M.I.N.I. plus. A entrevista foi gravada em fita-cassete, sendo posteriormente confrontada com a avaliação de outros dois psiquiatras também treinados. Este procedimento teve como objetivo comparar as respostas de cada profissional para a verificação do grau de concordância no julgamento dos três profissionais. A escolha dos pacientes obedeceu um critério de conveniência que consistiu da oportunidade da gravação e da concordância do paciente para tal procedimento. Os coeficientes Kappa calculados variaram de 0,86 a 1,0, que podem ser considerados excelentes índices de concordância.

5.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS para Windows versão 8.0.

A comparação das variáveis categóricas foi realizada através de teste de χ^2 (qui-quadrado) de Pearson ou do teste de χ^2 com correção de Yates ou do teste exato de Fisher de

acordo com as características das variáveis. As variáveis contínuas foram comparadas através do teste t de Student (quando apresentaram distribuição normal) ou do teste de Mann-Whitney (quando sua distribuição foi assimétrica).

O controle dos potenciais fatores confundidores foi feito através da análise multivariada de regressão logística. Todas as variáveis que apresentaram uma associação significativa (considerando um $P < 0,20$), nas análises anteriores, entraram no modelo múltiplo, tendo sido excluídas algumas variáveis que apresentaram colinearidade.

O nível de significância considerado nas análises foi de 5%.

6 RESULTADOS

6.1 Tamanho e Perda Amostral

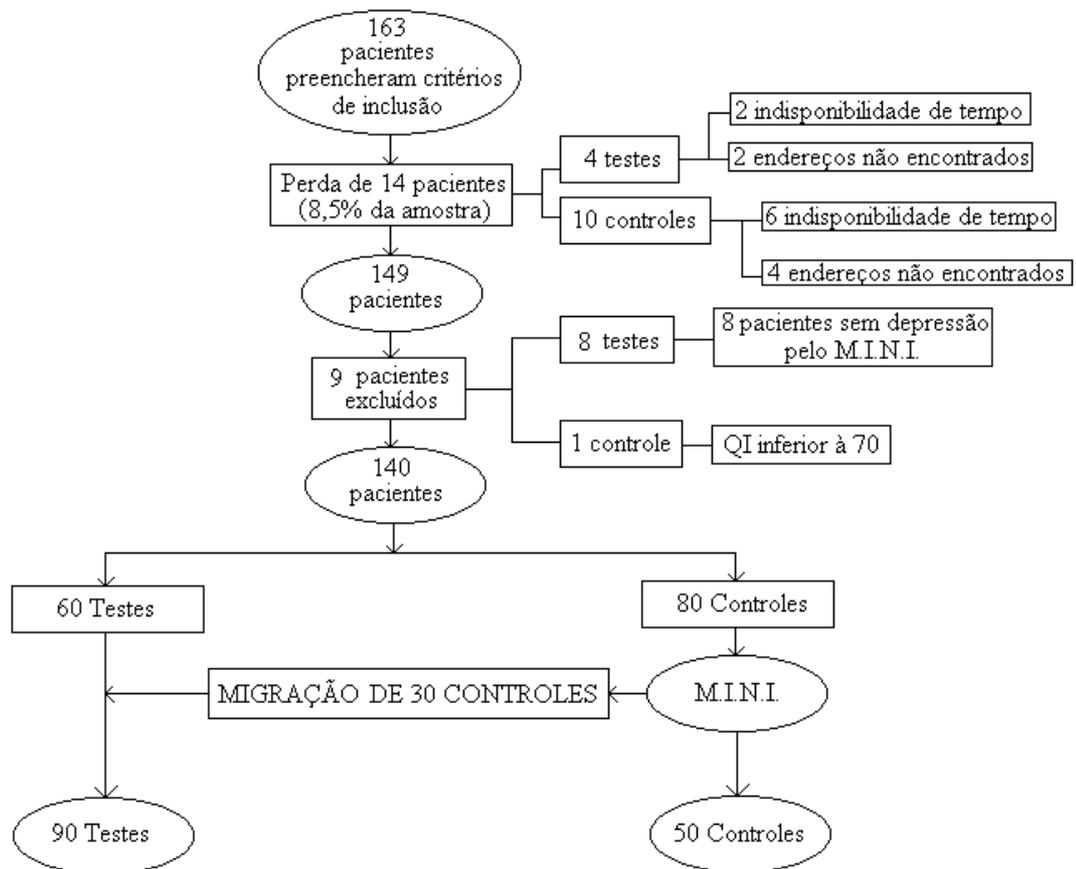
Foram avaliados inicialmente 163 pacientes elegíveis que, em princípio, preencheram os critérios de inclusão. Destes, 14 (10 controles e 4 testes) não completaram a avaliação no dia designado para a pesquisa por não terem disponibilidade de tempo suficiente naquele momento. Todos os quatorze pacientes foram procurados em uma segunda ou terceira oportunidade, na tentativa de resgatar suas informações. Porém, dos quatro pacientes que pertenciam ao grupo teste, dois não foram localizados, e os outros dois, mesmo que localizados por telefone, negaram-se a receber nossa equipe em suas casas, alegando impossibilidade de tempo. No caso dos dez controles excluídos, seis referiam desejar interromper sua participação na pesquisa por impossibilidade de tempo e os quatro endereços dos participantes restantes não foram localizados. A perda dos 14 sujeitos representou uma perda amostral de 8,5%.

Dos 149 pacientes remanescentes, nove foram excluídos, sendo oito do grupo-teste e um do grupo-controle. Os oito pacientes do grupo teste foram excluídos por não apresentarem depressão pelo M.I.N.I. O paciente do grupo-controle apresentou um Quociente de Inteligência abaixo de 70.

A amostra se constituiu finalmente de 140 pacientes. Originalmente, dado que os pesquisadores estavam cegos para os distintos passos da avaliação, formaram-se, *a priori*, dois grupos de sujeitos: 60 testes e 80 controles. Porém, ao serem avaliados os protocolos, ao final da coleta de dados, constatou-se que 30 dos pacientes que provinham de outros

ambulatórios, que não do ambulatório de depressão (PROTHUM), preencheram critérios para depressão pelo DSM-IV (1994) através do M.I.N.I. e M.I.N.I. plus. Dessa forma, esses 30 pacientes, que originalmente provinham do grupo-controle, migraram para o grupo-teste. Assim, após a migração, a amostra ficou constituída de 90 sujeitos no grupo teste e 50 no grupo controle, conforme Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma para Processo de Amostragem



6.2 Características Demográficas

As características demográficas da amostra (n=140), incluindo grupo teste (n=90) e grupo controle (n=50), após a migração, estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis demográficas comparadas entre os deprimidos e não deprimidos

<i>Variáveis</i>	<i>Deprimidos (n=90)</i>	<i>Não deprimidos (n=50)</i>	<i>P-valor</i>
Sexo			0,167 *
Feminino	86 (95,6)	44 (88,0)	
Masculino	4 (4,4)	6 (12,0)	
Idade	46,3 ± 11,6	46,2 ± 13,4	0,980*
Etnia			0,162 [#]
Branca	81 (90,0)	40 (80,0)	
Outras	9 (10,0)	10 (20,0)	
Estado civil			0,036 [#]
Sem companheiro	54 (60,0)	20 (40,0)	
Com companheiro	36 (40,0)	30 (60,0)	
Procedência			0,755*
Porto Alegre	83 (92,2)	45 (90,0)	
Outros	7 (7,8)	5 (10,0)	
Ocupação			0,170 [#]
Sem renda	39 (43,3)	15 (30,0)	
Com renda	51 (56,7)	35 (70,0)	
Escolaridade			0,603 [#]
Ensino Médio Completo	36 (40,0)	17 (34,0)	
Além do Ensino Médio Completo	54 (60,0)	33 (66,0)	
Escolaridade do pai			0,583 [#]
Ensino Médio Completo	65 (79,3)	36 (73,5)	
Além do Ensino Médio Completo	17 (20,7)	13 (26,5)	
Escolaridade da mãe			0,776 [#]
Ensino Médio Completo	71 (83,5)	40 (80,0)	
Além do Ensino Médio Completo	14 (16,5)	10 (20,0)	
Renda per capita em quartis			0,121 [∇]
Até 0,9934 SM	24 (28,2)	12 (24,5)	
0,9934 -- 1,6556 SM	27 (31,8)	8 (16,3)	
1,6556 -- 2,5248 SM	15 (17,6)	15 (30,6)	
2,5249 ou mais	19 (22,4)	14 (28,6)	
Prática religiosa			0,097 [#]
Praticante	53 (60,2)	22 (44,0)	
Não praticante	35 (39,8)	28 (56,0)	
Coeficiente de Inteligência (QI)			0,336 [∇]
Limítrofe	11 (12,2)	2 (4,0)	
Médio inferior	50 (55,6)	29 (58,0)	
Médio	28 (31,1)	19 (38,0)	
Médio superior	1 (1,1)	0 (0,0)	
Doença emocional na família			0,047 [#]
Presente	62 (70,5)	26 (52,0)	
Ausente	26 (29,5)	24 (48,0)	
Dependência química na infância			0,026 [#]
Presente	36 (40,0)	10 (20,0)	
Ausente	54 (60,0)	40 (80,0)	

Depressão na família			0,025 [#]
Presente	34 (37,8)	9 (18,0)	
Ausente	56 (62,2)	41 (82,0)	
Doença mental na família (Ogata et al., 1990)			0,001
Presente	62 (69,7)	19 (38,0)	
Ausente	27 (30,3)	31 (62,0)	

* Teste Exato de Fisher

Teste de χ^2 com correção de Yates

∇ Teste de χ^2 de Pearson

* Teste t de Student

Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo-teste (n=90) e o grupo-controle (n=50) quanto ao sexo (P=0,167), idade (P=0,980), etnia (P=0,162), procedência (P=0,755), ocupação (P=0,170) escolaridade do sujeito (P=0,603), escolaridade do pai (P=0,583) e da mãe (P=0,776), renda per capita (P=0,121), prática religiosa (P=0,097) e coeficiente de inteligência (P=0,336). No entanto, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo-teste e controle quanto a presença de companheiro (P=0,036), doença emocional na família (P=0,047) e, mais especificamente, dependência química por parte dos pais durante a infância dos sujeitos (P=0,026) e presença de depressão na família (P=0,025). Todos estes dados foram obtidos a partir do levantamento demográfico. Encontrou-se ainda diferença significativa (P=0,001) quanto a doença mental na família dos pacientes deprimidos em relação aos pacientes não-deprimidos, a partir das informações mais aprofundadas colhidas pela entrevista de experiências familiares de Ogata et al. (1990) (Anexo 4).

6.3 Associação entre Depressão na Vida Adulta e Trauma Psicológico na Infância

A) Quanto ao objetivo principal desta pesquisa, que foi o de verificar a ocorrência de associação entre traumas psicológicos na infância e depressão na vida adulta, constatou-se que houve uma significativa associação entre traumas psicológicos na infância e depressão na vida adulta, sobretudo se forem levadas em consideração as duas categorias específicas de

traumas ocorridos na infância, que se referem aos traumas decorrentes de maus tratos físicos por pais ou seus representantes e a exposição a múltiplos episódios de violência.

B) Com relação aos objetivos secundários, encontramos que:

- Houve uma associação significativa entre os maus tratos físicos, perpetrados por pais ou seus representantes, na infância, e depressão na vida adulta ($p=0,005$) (Figura 2)
- Houve uma associação significativa entre a exposição a múltiplos episódios de violência, na infância, e depressão na vida adulta ($p=0,007$) (Figura 3).
- Em relação ao trauma decorrente do abuso sexual na infância, encontrou-se uma correlação entre este fator e depressão na vida adulta somente quando foi utilizada análise univariada ($p= 0,018$) (Figura 4).
- Não foi encontrada associação significativa entre perdas na infância e depressão na vida adulta ($p=1,0$) conforme ilustra a Figura 5.

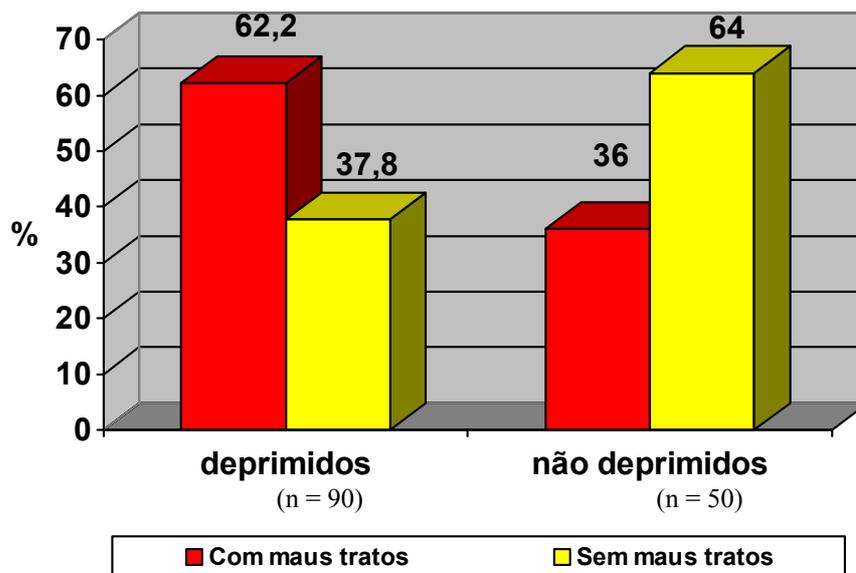


Figura 2 – Distribuição de maus tratos físicos por parte dos pais ou seus representantes entre os pacientes deprimidos e não deprimidos (Teste de χ^2 com correção de Yates; $P = 0,005$).

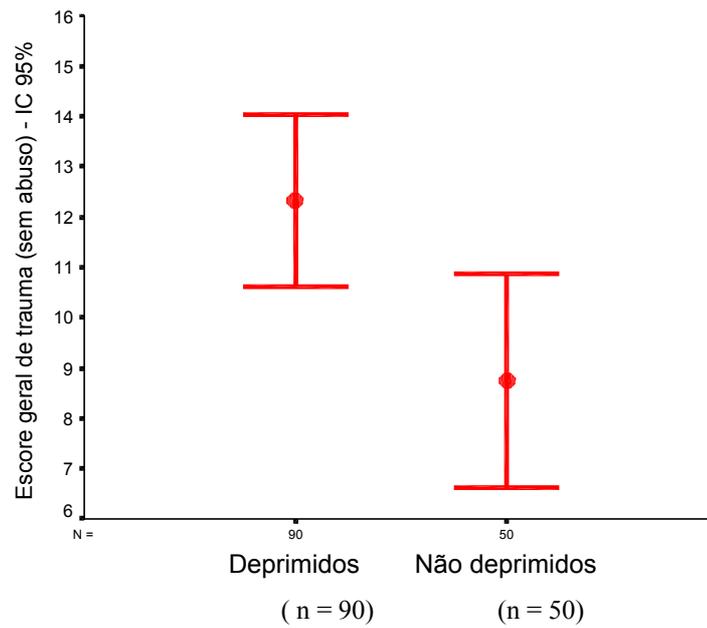


Figura 3 – Média e intervalo de confiança de 95% do escore geral de exposição a múltiplos episódios de violência entre os pacientes deprimidos e não deprimidos (Teste de Mann-Whitney; $P = 0,007$).

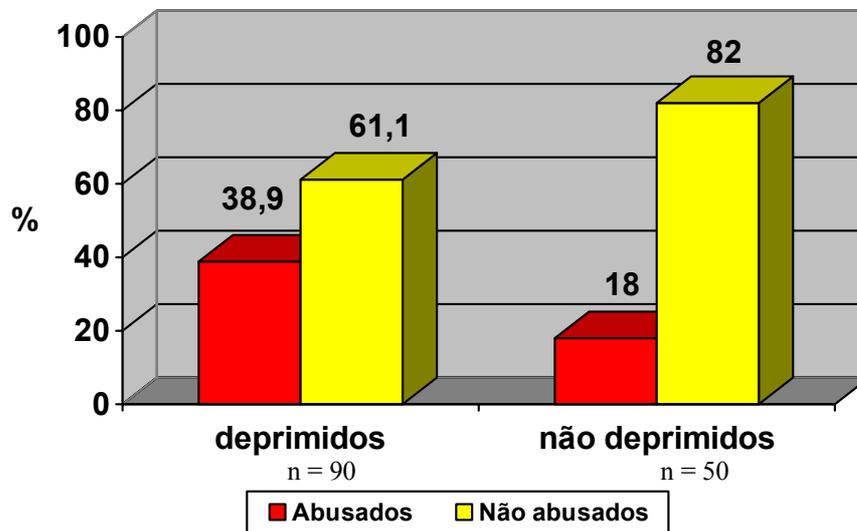


Figura 4 – Distribuição do abuso sexual na infância entre pacientes deprimidos e não deprimidos (Teste de χ^2 com correção de Yates; $P = 0,018$).

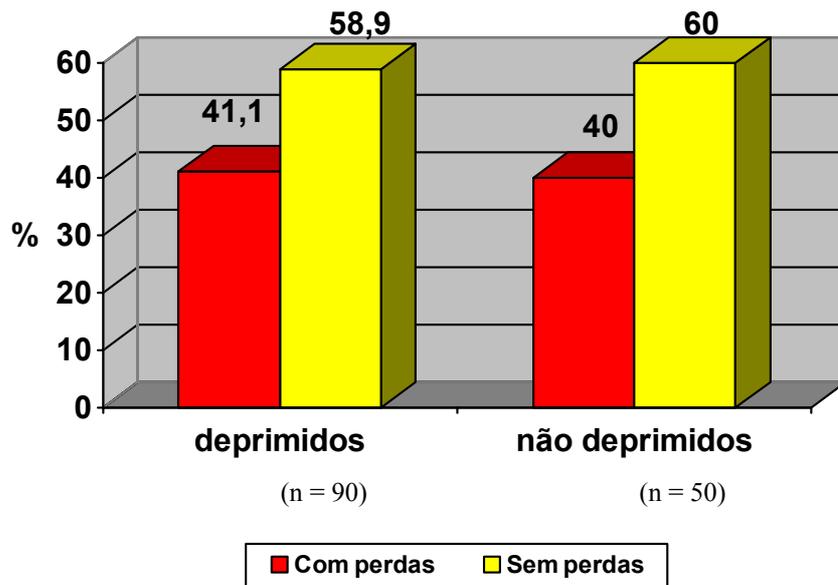


Figura 5 – Distribuição das perdas na infância entre os pacientes deprimidos e não deprimidos (Teste de χ^2 com correção de Yates; $P = 1,0$).

6.3.1 Análise bivariada

Em relação à história de maus tratos físicos por parte de pais ou cuidadores verificou-se que 56 pacientes deprimidos (62,2 %) tinham história de maus tratos físicos por parte dos pais ou cuidadores, enquanto que 18 dos pacientes não-deprimidos (36%) tinham história de maus tratos físicos ($p = 0,005$), conforme está resumido na Figura 2.

Quanto à exposição a múltiplos episódios de violência, encontrou-se que entre os pacientes deprimidos ($n = 90$) a média de exposição a situações de violência foi de $12,33 \pm 8,2$, enquanto que os não-deprimidos apresentaram uma média de exposição a violência de $8,74 \pm 7,5$ ($p=0,007$). Podemos visualizar esta comparação na Figura 3.

Entre os 90 pacientes que apresentaram depressão, 35 (38,9%) foram vítimas de abuso sexual, e nove pacientes não-deprimidos (18%) apresentaram história de abuso sexual na infância ($p = 0,018$), conforme está ilustrado na Figura 4.

Em relação às perdas na infância, não foi observada diferença significativa entre os pacientes deprimidos e não-deprimidos ($p = 1,0$), conforme pode se observar na Figura 5.

6.3.2 Análise de regressão logística

Optou-se por três modelos independentes de análise de regressão logística múltipla, um para cada variável independente relacionada aos traumas na infância (história de maus tratos físicos por parte de pais ou cuidadores antes dos 18 anos, exposição a múltiplos episódios de violência e abuso sexual) por existir uma alta colinearidade entre as mesmas. As análises de regressão logística múltipla, comparando pacientes deprimidos e não deprimidos, foram realizadas a fim de determinar se a associação de traumas na infância e depressão na vida adulta, após controle para potenciais fatores confundidores, se mantinha significativa.

A Tabela 2 apresenta os resultados das análises de regressão logística simples e múltipla, comparando pacientes deprimidos e não-deprimidos, considerando a história de maus tratos físicos, na infância, por parte de pais e/ou cuidadores. No modelo 1, o efeito desse fator (história de maus tratos físicos por parte de pais e/ou cuidadores) se manteve significativo, após controle para potenciais confundidores: sexo, etnia, prática religiosa, renda per capita, estado civil, ocupação e doença mental na família. Assim é que os sujeitos com história de maus tratos físicos na infância, por parte de pais e/ou cuidadores, tem 3,2 vezes mais chance (OR=3,2; IC 95% 1,3-7,9; p=0,01) de virem a ser deprimidos do que os indivíduos que não sofreram maus tratos físicos na infância, por parte de seus pais e/ou cuidadores. A prática religiosa também se manteve como variável independente (OR= 2,9; IC 95% 1,2-7,1; p=0,02). A doença mental na família continuou sendo uma significativa variável independente (OR=2,7; IC 95% 1,1-6,7; p=0,03).

Tabela 2 - Regressão Logística para verificar a independência da variável presença de maus tratos por pais e cuidadores na infância

<i>Variável</i>	<i>Razão de Chances bruta (IC 95%)</i>	<i>Razão de Chances ajustada (IC 95%)</i>	<i>P-valor*</i>
Presença de maus tratos por pais e cuidadores	2,9 (1,4 ; 6,0)	3,2 (1,3 ; 7,9)	0,01
Sexo feminino	2,9 (0,9 ; 1,1)	2,1 (0,4 ; 11,5)	0,38
Cor branca	2,3 (0,8 ; 6,0)	2,6 (0,7 ; 9,2)	0,14
Com prática religiosa	1,9 (0,9 ; 3,8)	2,9 (1,2 ; 7,1)	0,02
Renda per capita (quartis)			0,11
1º quartil	1,2 (0,5 ; 3,0)	0,8 (0,2 ; 2,7)	
2º quartil	1,8 (0,7 ; 4,8)	1,8 (0,5 ; 6,1)	
3º quartil	0,7 (0,3 ; 2,0)	0,4 (0,1 ; 1,3)	
4º quartil	1,0	1,0	
Sem companheiro(a)	2,3 (1,1 ; 4,5)	2,2 (0,9 ; 5,2)	0,07
Sem ocupação (renda)	1,8 (0,9 ; 3,7)	1,9 (0,7 ; 4,8)	0,20
Doença mental na família (Ogata et al., 1990)	3,7 (1,8 ; 7,8)	2,7 (1,1 ; 6,7)	0,03

* Teste de Wald – Regressão logística múltipla

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises de regressão logística simples e múltipla, comparando pacientes deprimidos e não deprimidos, considerando o escore geral de exposição a múltiplos episódios de violência na infância. No modelo 2, o efeito desse fator em estudo (escore global a exposição a múltiplos episódios de violência) se manteve após o controle para potenciais confundidores: sexo, etnia, prática religiosa, renda per capita, estado civil, ocupação e doença mental na família (OR=1,06; IC 95% 1,0- 1,12; p = 0,04). A prática religiosa apareceu como uma variável significativa (OR=2,4; IC 95% 1,0-5,7; p=0,04), a falta de companheiro teve um valor limítrofe (OR=2,3; IC 95% 0,98-5,4; p=0,05) e a presença de doença mental na família permaneceu como variável independente (OR=2,9; IC 95% 1,2-6,9; p=0,02).

Tabela 3 - Regressão Logística para verificar a independência da variável escore geral de exposição a múltiplos episódios de violência na infância

<i>Variável</i>	<i>Razão de Chances bruta (IC 95%)</i>	<i>Razão de Chances ajustada (IC 95%)</i>	<i>P-valor*</i>
Exposição a múltiplos episódios de violência	1,1 (1,01 ; 1,11)	1,06 (1,0 ; 1,12)	0,04
Sexo feminino	2,9 (0,9 ; 1,1)	3,0 (0,6 ; 14,0)	0,17
Etnia branca	2,3 (0,8 ; 6,0)	3,3 (0,9 ; 12,1)	0,07
Com prática religiosa	1,9 (0,9 ; 3,8)	2,4 (1,0 ; 5,7)	0,04
Renda per capita (Quartis)			0,19
1º Quartil	1,2 (0,5 ; 3,0)	0,6 (0,2 ; 2,2)	
2º Quartil	1,8 (0,7 ; 4,8)	1,4 (0,4 ; 4,7)	
3º Quartil	0,7 (0,3 ; 2,0)	0,4 (0,1 ; 1,4)	
4º Quartil	1,0	1,0	
Sem companheiro(a)	2,3 (1,1 ; 4,5)	2,3 (0,98 ; 5,4)	0,05
Sem ocupação (renda)	1,8 (0,9 ; 3,7)	1,8 (0,7 ; 4,7)	0,22
Doença mental na família (Ogata et al, 1990)	3,7 (1,8 ; 7,8)	2,9 (1,2 ; 6,9)	0,02

* Teste de Wald – Regressão logística múltipla

A Tabela 4 apresenta os resultados das análises de regressão logística, simples e múltipla, comparando pacientes deprimidos e não-deprimidos considerando o fator abuso sexual. No modelo 3, observou-se que o efeito desse fator (abuso sexual) desapareceu após controle para potenciais fatores confundidores, que foram neste caso, sexo, etnia, prática religiosa, renda per capita, ocupação, estado civil e doença mental na família (OR=2,3; IC 95%= 0,9-6,3;. P=0,10). A presença de doença mental na família, no entanto se manteve como variável independente bastante significativa (OR= 3,1; IC 95%= 1,3-7,4 ; p=0,01).

Tabela 4 - Regressão Logística para verificar a independência da variável abuso sexual na infância

<i>Variável</i>	<i>Razão de Chances bruta (IC 95%)</i>	<i>Razão de Chances ajustada (IC 95%)</i>	<i>P-valor*</i>
Presença de abuso sexual na infância	2,9 (1,3 ; 6,7)	2,3 (0,9 ; 6,3)	0,10
Sexo feminino	2,9 (0,9 ; 1,1)	1,9 (0,4 ; 8,8)	0,43
Etnia branca	2,3 (0,8 ; 6,0)	3,3 (0,9 ; 12,3)	0,07
Com prática religiosa	1,9 (0,9 ; 3,8)	2,4 (1,0 ; 5,5)	0,048
Renda per capita (Quartis)			0,22
1º quartil	1,2 (0,5 ; 3,0)	0,6 (0,2 ; 2,4)	
2º quartil	1,8 (0,7 ; 4,8)	1,5 (0,5 ; 5,1)	
3º quartil	0,7 (0,3 ; 2,0)	0,4 (0,1 ; 1,5)	
4º quartil	1,0	1,0	
Sem ocupação (renda)	1,8 (0,9 ; 3,7)	1,8 (0,7 ; 4,6)	0,21
Sem companheiro(a)	2,3 (1,1 ; 4,5)	2,1 (0,9 ; 4,8)	0,09
Doença mental na família (Ogata et al., 1990)	3,7 (1,8 ; 7,8)	3,1 (1,3 ; 7,4)	0,01

* Teste de Wald – Regressão logística múltipla

7 DISCUSSÃO

Em uma amostra clínica procedente do ambulatório do HCPA, comparando pacientes deprimidos e não-deprimidos, encontramos uma significativa associação entre traumas psicológicos na infância e depressão na vida adulta. Encontramos também, uma maior prevalência de maus tratos físicos à criança por parte de pais ou cuidadores, exposição a múltiplos episódios de violência e história de abuso sexual na infância no grupo dos pacientes deprimidos em relação aos não-deprimidos. Quanto a perdas na infância não se encontrou diferença entre os dois grupos. Quando esses fatores foram controlados para potenciais confundidores, os maus tratos físicos à criança, por parte dos pais ou cuidadores, e a exposição a múltiplos episódios de violência se mantiveram como variáveis independentes associadas à depressão, enquanto a história de abuso sexual na infância desapareceu como fator independente. A doença mental na família se manteve, nos três modelos, significativamente associada à depressão.

No trabalho, 30 sujeitos do grupo-controle migraram para o grupo-teste, uma vez que preenchiam critérios para depressão, pelo M.I.N.I.. Este achado se deve às características da amostra, uma vez que os sujeitos de nosso estudo provinham do ambulatório de um hospital geral. Esses achados são coincidentes aos encontrados por Fráguas & Figueiró (2001), que identificou uma prevalência de depressão em hospital geral entre 18 e 83%. Nossos achados (37,3%) também são compatíveis com pesquisas anteriores realizadas em nosso Hospital, que evidenciaram uma prevalência de 40,4% de pacientes depressivos, em enfermarias não-psiquiátricas (Machado et al., 1988; 1989a; Cordioli et al., 1989).

Nossos achados foram consistentes com os encontrados na literatura internacional, quanto à associação de traumas psicológicos na infância com depressão na vida adulta (Freud A, 1967; Shengold, 1979; Craine et al., 1988; Furniss, 1993a e 1993b; Kendler et al., 1993; Kessler et al., 1997; Felitti et al., 1998; Brown et al., 1999; Liem & Boudewyn, 1999; Glaser, 2000; Heim & Nemeroff, 2001; Wise et al., 2001).

Não foram encontrados trabalhos semelhantes, com mesma metodologia, em nosso país ou na América Latina, para que pudéssemos fazer comparações de nossos resultados com outros estudos, em população semelhante. Os trabalhos aproximados, em nossa cultura, foram os de Ustárroz (1997), Tognola & Racz (1999) e de Frias-Armenta (2002). Ustárroz (1997), a partir de uma amostra populacional, encontrou que eventos estressantes na infância e adolescência tinham associação significativa com transtornos psiquiátricos menores na vida adulta. A depressão, no entanto, não foi especificamente abordada. Por outro lado, Tognola & Racz (1999), a partir de uma amostra clínica particularizando as mulheres deprimidas que relataram sua história infantil, encontrou que 91,8% delas haviam sofrido experiências traumáticas na infância. No entanto, esse trabalho retrospectivo não foi controlado, o que dificulta a comparação com nossos achados.

Com relação a maus tratos físicos por parte dos pais ou cuidadores, verificamos que 62% de nossos pacientes deprimidos tinham história de maus tratos físicos, em relação aos 36% dos não-deprimidos, o que representou uma diferença significativa, à semelhança de outros estudos (Hall et al., 1993; Roesler & McKenzie, 1994; Campbell & Lewandowski, 1997; Fergusson & Lynskey, 1997; Stanton et al., 1997; Brown et al., 1999; Liem & Boudewyn, 1999; Bifulco et al., 2000; Orbach et al., 2001; Reynolds et al., 2001; Wise et al., 2001; Frias-Armenta, 2002; Krug et al., 2002; Mammen et al., 2002) que atribuem aos maus tratos na infância, juntamente com outros traumas nesta mesma idade, à depressão na vida adulta. Nossos achados, com relação específica aos maus tratos físicos na infância e sua

associação com depressão na vida adulta, se assemelham aos encontrados por Brown et al. (1999) que, a partir de extenso estudo de coorte, com o objetivo de estudar a magnitude e a independência do efeito dos diferentes traumas na infância sobre a depressão e suicídio em adolescentes e jovens adultos, identificou que o abuso físico, mesmo após ajuste para potenciais confundidores, se manteve como variável independente, encontrando uma associação positiva entre abuso físico na infância e depressão na vida adulta. Muito semelhantes foram os achados de Wise et al. (2001) que, em um estudo caso-controle, evidenciaram uma associação entre vitimização violenta na infância e depressão, em mulheres, na vida adulta. Para eles, as mulheres que sofreram abuso físico na infância estão três vezes mais sujeitas a terem depressão na vida adulta do que as que não foram maltratadas. Mesmo tendo realizado o ajuste para possíveis confundidores, o abuso físico se manteve como variável independente, como em nosso estudo.

Quanto à exposição a múltiplos episódios de violência e sua associação a depressão na vida adulta, encontramos que nos pacientes deprimidos a média de exposição à situações de violência foi maior do que no grupo de pacientes não-deprimidos. Embora utilizando outros instrumentos e outra metodologia, os nossos achados são consistentes com os de outros grupos de pesquisadores (Pribor & Dinwiddie, 1992; Yama et al., 1993; Briere & Elliot, 1994; Campbell & Lewandowski, 1997; Benedict et al., 1999; Liem & Boudewyn, 1999; Bifulco et al., 2000; Kaplan & Klinetob, 2000; Bulik et al., 2001; Flannery et al., 2001; Ward et al., 2001; Ewart & Suchday, 2002). Nem todos os autores citados, no entanto, estudaram a exposição a múltiplos episódios de violência de forma independente de outras situações traumáticas na infância, que potencialmente podem estar associadas à depressão na vida adulta. São crescentes, embora ainda escassas na literatura, referências identificando prejuízo desenvolvimental e emocional causado pela exposição à violência. Singer et al. (1995), em uma amostra de 3.735 estudantes de ensino médio, encontraram que os jovens que

havia assistido ou sofrido violência eram mais deprimidos, agressivos e ansiosos que seus colegas. Encontramos o estudo de Ward et al. (2001), realizado em Cape Town, que correlacionou a exposição à violência urbana com sintomas de estresse pós-traumático e depressivos. Os autores avaliaram estudantes de escolas particulares de segundo grau, verificando que 81,7 % deles haviam presenciado violência por estranhos, 30,8% haviam sido vítimas de violência por parte de estranhos, 71,1% haviam sido vítimas de violência por parte de conhecidos. Esses autores correlacionaram tais índices a sintomas de estresse pós-traumáticos e depressivos. Ewart & Suchday (2002) correlacionaram os efeitos da violência urbana ou do estresse psicossocial crônico com seqüelas a longo prazo, tanto para a saúde física quanto emocional. Os autores sugerem que sejam realizados novos estudos a esse respeito, dada a magnitude do problema.

O abuso sexual foi mais prevalente entre nossas pacientes deprimidas do que nas não-deprimidas, quando observado a partir da análise bivariada. Porém, quando o fator abuso sexual foi controlado para potenciais confundidores, a associação de abuso sexual na infância e depressão na vida adulta não se manteve significativa. Nesse aspecto, nossos achados não estão de acordo com a maioria dos estudos consultados, que sugerem uma associação entre o abuso sexual na infância e sintomatologia depressiva na vida adulta (Craine et al., 1988; Bifulco et al., 1992 e 2000; Hall et al., 1993; Kendler et al., 1993; Briere & Elliot, 1994; Roesler & McKenzie, 1994; Neumann et al., 1996; Kessler et al., 1997; Felitti et al., 1998; Brown et al. 1999; Glaser, 2000; Wise et al., 2001;).

Os achados de Benedict et al. (1999), no entanto, se assemelham aos nossos, na medida em que, a partir da análise bivariada, também encontraram uma associação entre abuso sexual na infância e sintomatologia depressiva em mulheres na vida adulta. Porém, quando o abuso sexual foi confrontado com o impacto de outros fatores, essa associação tornou-se mais modesta. Para esses pesquisadores, fatores adversos ao longo da vida e o baixo

nível sócioeconômico apresentam uma associação bem mais forte com depressão na vida adulta nas mulheres de sua amostra. A questão da violência, acrescida do abuso sexual, foi mais significativamente associada à depressão para alguns autores como Hall et al. (1993), do que o abuso sexual "sem violência". Assim, as mulheres de sua amostra que sofreram abuso sexual sem violência apresentaram uma probabilidade duas vezes maior de terem sintomatologia depressiva, enquanto aquelas que sofreram abuso sexual com uso de violência apresentaram uma probabilidade quatro vezes e meia maior, quando comparadas às que não haviam sofrido abuso. Roesler & McKenzie (1994), estudando os efeitos dos traumas na infância sobre o funcionamento psicológico em adultos que foram abusados sexualmente quando crianças, verificaram que o uso da força associado ao abuso sexual foi a variável independente mais significativa. Bulik et al. (2001) também constataram que a severidade da associação entre o abuso sexual e depressão na vida adulta tornava-se mais pronunciada de acordo com a gravidade, o caráter incestuoso e a violência do abuso. Assim, é possível levantar a hipótese de que parte da força da associação entre o abuso sexual na infância e a depressão na vida adulta, encontrada em outras pesquisas, possa ser mediada pela violência e maus tratos, encontrados no ambiente no qual a criança vive. A violência e os maus tratos podem estar presentes tanto no âmbito familiar, quanto na comunidade em que a família está inserida. Embora alguns estudos controlem o efeito dos maus tratos físicos na infância por parte dos pais ou cuidadores, sobre a associação entre abuso sexual e depressão na vida adulta, a maioria deles não chega a controlar a violência provinda da comunidade na qual esta família está inserida (Yama et al., 1993; Roesler & McKenzie, 1994; Wise et al., 2001; Walsh et al., 2002). Suspeitamos também que o abuso sexual possa ter sido subnotificado em nossa amostra. Outra hipótese é de que nosso estudo não tenha poder suficiente para que a variável abuso sexual se mantenha significativamente associada à depressão nas análises multivariadas.

Em relação a associação de perdas na infância com depressão na vida adulta, também Mireault & Bond (1992) e Furukawa et al. (1999) não encontraram essa associação. A maioria dos autores consultados, em maior ou menor grau, no entanto, encontraram tal associação (Harris et al., 1986; Amato, 1991; Bron et al., 1991; McLeod, 1991; Patten, 1991; Bifulco et al., 1992; Kendler et al., 1992; Saler & Scholnick, 1992; Kessler et al., 1997; Prigerson et al., 1997; Agid et al., 1999; Goldberg, 2001).

A primeira hipótese para esta divergência poderia estar relacionada ao moderado número de sujeitos, uma vez que as duas exceções encontradas na literatura também se referem a estudos realizados a partir de um menor número de sujeitos (Mireault & Bond, 1992; Furukawa et al., 1999). A segunda hipótese é a de que os pacientes com perdas, em nossa amostra, tanto no grupo dos deprimidos (41%), quanto no de não-deprimidos (40%), mesmo que tenham apresentado um elevado índice de perdas em sua infância e adolescência, poderiam ter tido um bom relacionamento com o genitor morto antes da perda. Além disso, fica aberta a possibilidade de terem elaborado esse luto e terem recebido adequados cuidados por parte dos pais sobreviventes ou de pais substitutos (Amato, 1991; Bemporad & Romano, 1993; Knijnik & Zavaschi, 1994; Ferguson et al., 2000; Luecken, 2000).

Em nossos resultados sobressaiu-se, como principal variável, constante e independente nos três modelos de análise multivariada, a doença mental na família, à semelhança dos achados de Pribor & Dinwiddie (1992), Yama et al. (1993), Briere & Elliot (1994), Neuman et al. (1996), Benedict et al. (1999), Lien & Boudewyn (1999) e Walsh et al. (2002). Este achado é compatível com a hipótese de que a vulnerabilidade genética representa um importante predisponente à depressão. Além disso, a presença dessa variável independente, também está relacionada, segundo nosso entendimento, ao ambiente familiar, no qual a criança se desenvolve, uma vez que os pais, portadores da doença mental, além de

veicular a bagagem genética, têm grandes limitações no exercício de sua paternidade e maternidade (Yama et al., 1993; Liem & Boudewyn, 1999; Hill et al., 2001).

Nossos achados devem ser entendidos no contexto de algumas limitações:

a) Por tratar-se de um estudo retrospectivo, não se pôde medir a relação temporal entre a exposição ao trauma e o início dos sintomas depressivos, estabelecendo uma relação causal entre eles (Bifulco et al., 1992; Glaser, 2000; Heim & Nemeroff, 2001). No entanto, um estudo transversal pode caracterizar fatores de risco para depressão, em nossa cultura, o que já representa uma informação valiosa no que tange às questões de diagnóstico, tratamento e prevenção.

b) O número relativamente moderado de sujeitos para apurar a questão da associação de perda na infância e depressão na vida adulta se constitui em outra limitação.

c) Além disso, esta pesquisa parte de uma amostra clínica, não se prestando, portanto, a inferências acerca da depressão na população.

d) O caráter retrospectivo do estudo expõe seus resultados a um possível viés de memória uma vez que há questionamentos sobre a acuidade de memória dos sujeitos que sofreram traumas na infância. Além disso, os pacientes adultos deprimidos podem apresentar uma tendência a distorcer suas lembranças, geralmente no sentido de piorá-las ou focar com mais intensidade os aspectos negativos dos eventos, acarretando um viés no sentido de aumento de falsos positivos nos achados (Bemporad & Romano, 1993; Johnson et al., 2000). Entretanto, outros pesquisadores consideram que a memória do trauma se processa como são processados todos os fenômenos comuns de apreensão e esquecimento. Apuraram que a amnésia do evento traumático deve aumentar ao longo do tempo seguindo os princípios da "memory decay" (Mechanic et al., 1998). Outro grupo de pesquisadores supõe que a vítima de abuso teria uma tendência a "esquecer" as circunstâncias do abuso, utilizando o mecanismo de dissociação.

8 CONCLUSÕES

A totalidade dos autores estudados, independentemente da corrente de pensamento a que se filiem, acredita que a etiologia das doenças afetivas seja de natureza multifatorial, sendo que um destes possíveis fatores tem sido atribuído aos traumas na infância.

Nosso estudo encontrou uma associação significativa entre trauma psicológico na infância e depressão na vida adulta, sinalizando a importância de se considerar não só os fatores individuais como abuso físico, mas também de contextualizar o indivíduo no ambiente no qual vive. Nesse sentido, os nossos pacientes expostos a um alto grau de maus tratos e violência apresentaram uma associação significativa com depressão. Outros estudos em países em desenvolvimento, principalmente em populações de risco como a nossa, necessitam ser realizados, considerando a perspectiva ecológica dos fenômenos, além do exclusivo enfoque clínico e individual, usualmente utilizado na prática clínica e mesmo em pesquisas médicas.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Abraham K. Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalíticos da psicose maníaco-depressiva e estados afins. In: Teoria psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago; 1970. p. 32-50.
- 2 Agid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hanin B, Murad H, et al. Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry* 1999;4:163-72.
- 3 Akiskal HS. Mood disorders: introduction and overview. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 5th ed. New York: Williams & Wilkins; 1995. v. 1, p. 1067-79.
- 4 Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello EA. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
- 5 Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello EA. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras: Brasília, São Paulo e Porto Alegre. *Revista ABP-APAL* 1992;14:93-104.
- 6 Amato PR. Parental absense during childhood and depression in later life. *Sociol Q* 1991;32:543-56.
- 7 American College of Surgeons. ATLS. Advanced Trauma Life Support. Program for physicians. Committee on trauma. Instructor Manual. Chicago: American College of Surgeons; 1993. p. 11-2; 161-81.
- 8 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- 9 Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22:106-15.
- 10 Azambuja MRF. O caminho percorrido pela criança-vítima. In: Rio Grande do Sul. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. *Violência doméstica*. Porto Alegre; [2000].
- 11 Azevedo MA, Guerra VNA. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu; 1989.

- 12 Azevedo MA, Guerra VNA. LACRI: Kit institucional do telecurso de especialização na área de infância e violência doméstica. Cadernos de Atualização. São Paulo; 1998 (apostila).
- 13 Bassols JV. Aspectos epidemiológicos del trauma pediátrico. Rev Cir Infantil 1999;9:66-75.
- 14 Barros F, Victora C. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Hucitec / Unicef; 1994.
- 15 Bemporad JR, Romano S. Childhood experience and adult depression: a review of studies. Am J Psychoanal 1993;53:301-15.
- 16 Benedict MI, Paine LL, Paine LA, Brandt D, Stallings R. The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. Child Abuse Negl 1999;23:659-70.
- 17 Benetti S. Maus-tratos da criança: abordagem preventiva. In: Hutz CS, organizador. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de prevenção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 131-150.
- 18 Beratis S, Gourzis P, Gabriel J. Psychological factors in the development of mood disorders with a seasonal pattern. Psychopathology 1996;29:331-9.
- 19 Bifulco A, Bernazzani O, Moran PM, Ball C. Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000;35:264-75.
- 20 Bifulco A, Brown GW, Harris TO. Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): a retrospective interview measure. J Child Psychol Psychiatry 1994;35:1419-35.
- 21 Bifulco A, Harris T, Brown G. Morning or early inadequate care? Reexamination of maternal loss in childhood with adult depression and anxiety. Dev Psychopathol 1992;4:433-49.
- 22 Blazer DG. Mood disorders epidemiology. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p.1298-1302.
- 23 Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer B. Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. Br J Psychiatry 1997;170: 479-82.
- 24 Bowlby J. Causation of instinctive behaviour. In: Attachment and loss. New York: Basic Books; 1969a. p. 85-103. 37-57.
- 25 Bowlby J. Instinctive behaviour: an alternative model. In: Attachment and loss. New York: Basic Books; 1969b. v. 2, p. 37-57.
- 26 Bowlby J. The task. In: Attachment and loss. New York: Basic Books; 1969c. p. 3-23.
- 27 Braun S. Discussão dos resultados. In: A violência sexual e infantil na família: do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre: AGE; 2002. p. 71-9.

- 28 Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future Child* 1994;4:54-69.
- 29 Bron B, Strack M, Rudolph G. Childhood experience of loss and suicide attempts: significance in depressive states of major depressed and dystimic or adjustment disorder patients. *J Affect Disord* 1991;23:165-72.
- 30 Bronfenbrenner U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- 31 Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1490-1496.
- 32 Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry* 2001;179:444-9.
- 33 Busnello E, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAI, Taborda JGV, Knijnik Laís, et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr* 1993;42:55-60.
- 34 Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:353-73.
- 35 Caplan G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Buenos Aires: Paidós; 1966.
- 36 Célia S. Maltrato e negligência: intervenção a nível preventivo. In: Lippi JRS, organizador. *Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos*. Rio de Janeiro; 1990. p. 43-50.
- 37 Chisholm D, Amir M, Fleck M, Herrman H, Lomachenkov A, Lucas R, et al. Longitudinal investigation of depression outcomes (the LIDO Study) in primary care in six countries: comparative assessment of local health systems and resource utilization. *Int J Methods Psychiatr Res* 2001;10:59-71.
- 38 Cohen DJ. Enduring sadness. Early loss, vulnerability, and the shaping of character. *Psychoanal Study Child* 1990;45:157-78.
- 39 Cordioli A. O diagnóstico psiquiátrico no Hospital Geral. *Rev Psiquiatr RS* 1989;11:98-101.
- 40 Craine LS, Henson CE, Colliver JA, MacLean DG. Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:300-4.
- 41 Cruz JM. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Rev Panam Salud Publica* 1999;5:259-67.
- 42 De Marco RR. The epidemiology of major depression: implications of occurrence, recurrence, and stress in a Canadian community sample. *Can J Psychiatry* 2000;45:67-74.

- 43 Duncan RD, Saunders BE, Kilpatrick DG, Hanson RF, Resnick HS. Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: findings from a national survey. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:437-48.
- 44 DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- 45 Eizirik CL. A psychoanalytical perspective on the future of mental health. In: Guimón J, Zac de Filc S, editors. *Challenges of psychoanalysis in the 21st century: psychoanalysis, health, and psychosexuality in the era of virtual reality*. New York: Kluwer Academic; 2001. p. 123-31.
- 46 Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols MAS. Noções básicas sobre o funcionamento psíquico. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols MAS, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 15-27.
- 47 Emde RN. The infant's relationship experience: developmental and aspects. In: Sameroff AJ, Emde RN. *Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach*. New York: Basic Books; 1989. p. 33-51.
- 48 Erikson EH. Ocho edades del hombre. In: *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé; 1974. p. 222-47.
- 49 Ewart CK, Suchday S. Discovering how urban poverty and violence affect health: development and validation of a neighborhood stress index. *Health Psychol* 2002; 20:254-62.
- 50 Falceto OG & Waldemar JOC. O ciclo vital da família. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols MAS, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 59-72.
- 51 Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:863-7.
- 52 Farinatti F. Abuso sexual: tentativa de definição. Lippi JRS organizador. *Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos*. Rio de Janeiro; 1990. p. 84-96.
- 53 Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-58.
- 54 Ferguson E, Lawrence C, Matthews G. Associations between primary appraisals and life-events while controlling for depression. *Br J Clin Psychol* 2000;39:143-55.
- 55 Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl* 1997;21:617-30.
- 56 Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
- 57 Ferreira MHM. Algumas reflexões sobre a perplexidade compartilhada diante do abuso sexual. *Publicação Ceapia* 1999; 12: 27-44.

- 58 Figueroa EF, Silk KR, Huth A, Lohr NE. History of childhood sexual abuse and general psychopathology. *Compr Psychiatry* 1997;38:23-30.
- 59 Finkelhor D, Moore D, Hamby SL, Straus MA. Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse Negl* 1997;21:1-9.
- 60 Flannery DJ, Singer MI, Wester K. Violence exposure, psychological trauma, and suicide risk in a community sample of dangerously violent adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2001;40:435-42.
- 61 Fonagy P, Target M. Understanding the violent patient: the use of the body and the role of the father. *Int J Psychoanal* 1995;76:487-501.
- 62 Fráguas Jr R, Figueiró JA. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não psiquiátrico. In: *Depressões em medicina interna e outras condições médicas*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 3-9.
- 63 Freud A. (1967[1964]). Comments on psychic trauma. In: *The writings of Anna Freud, Research at Hampstead Child Therapy Clinic and other papers 1956-1965*. New York: International Universities Press; 1969. v. 5, p. 221-41.
- 64 Freud S. (1892/1899). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 1, p. 243-78.
- 65 Freud S. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 2, p.13-308.
- 66 Freud S. (1896). Sinopses dos escritos do Dr. Sigmund Freud: a etiologia da histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 3, cap. 36, p. 253-83.
- 67 Freud S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 7, p. 123-252.
- 68 Freud S. (1917a [1915]). Luto e melancolia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14, p. 271-348.
- 69 Freud S. (1917b [1916/1917]). Teoria geral das neuroses. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 16, p.289-539.
- 70 Freud S. (1920). Além do princípio do prazer. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 18, p. 13-85.
- 71 Freud S. (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 20, p. 93-293.
- 72 Freud S. (1938). Esboço de psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 23, p. 165-321.

- 73 Freud S. (1939). Moisés e o monoteísmo. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974.v. 23, p. 13-161.
- 74 Frias-Armenta M. Long-term effects of child punishment of Mexican women: a structural model. *Child Abuse Negl* 2002;26:371-86.
- 75 Furniss T. O processo familiar. In: *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993a. p. 50-62.
- 76 Furniss T. O processo individual. In: *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993b. p. 29-49.
- 77 Furukawa TA, Ogura A, Hirai T, Fujihara S, Kitamura T, Takahashi K. Early parental separation experiences among patients with bipolar disorder and major depression: a case-control study. *J Affect Disord* 1999;52:85-91.
- 78 Gabbard GO. Terapia dinâmica na década das neurociências. Primeiro Encontro de Psiquiatria do Mercosul. Porto Alegre: Centro de Estudos Luís Guedes; 1999.
- 79 Gabbard GO. Os princípios básicos da psiquiatria dinâmica. In: *Psiquiatria Psicodinâmica*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 23-38.
- 80 Gilligan J. Violence in public health and preventive medicine. *Lancet* 2000;355:1802-4.
- 81 Glaser D. Child abuse and neglect and the brain - a review. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:97-116.
- 82 Goldberg D. Vulnerability factors for common mental illnesses. *Br J Psychiatry Suppl* 2001;40:s69-71.
- 83 Green A. A mãe morta. In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta; 1988. p. 247-82.
- 84 Hall LA, Sachs B, Rayens MK, Lutenbacher M. Childhood physical and sexual abuse: their relationship with depressive symptoms in adulthood. *Image J Nurs Sch* 1993;25:317-23.
- 85 Harris T, Brown GW, Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care. *Psychol Med* 1986;16:641-59.
- 86 Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001;49:1023-39.
- 87 Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 2000;284:592-7.
- 88 Heim C, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. Persistent changes in corticotropin-releasing factor systems due to early life stress: relationship to the pathophysiology of major depression and post-traumatic stress disorder. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:185-92.

- 89 Hill J, Pickles A, Burnside E, Byatt M, Rollinson L, Davis R, et al. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms. *Br J Psychiatry* 2001;179:104-9.
- 90 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabelas [capturado 2002 out 31]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo> 2000.
- 91 Johnson L, Andersson-Lundman G, Aberg-Wistedt A, Mathe AA. Age of onset in affective disorder: its correlation with hereditary and psychosocial factors. *J Affect Disord* 2000;59:139-48.
- 92 Kaplan MJ, Klinetob NA. Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:596-601.
- 93 Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1214-22.
- 94 Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatry* 2000;48:778-90.
- 95 Kendler KS, Kessler RC, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry* 1993;150:1139-48.
- 96 Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Childhood parental loss and adult psychopathology in women. A twin study perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:109-16.
- 97 Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997;27:1101-19.
- 98 Klein M. (1940). El duelo y su relación com los estados maníaco-depresivos. In: *Obras completas de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós y Horme; 1975. v. 2, p. 259-301.
- 99 Knijnik J, Zavaschi ML. Fatores de risco associados à perda parental na infância que dificultam a elaboração do luto. *Rev Psiquiatr RS* 1994;16:171-5.
- 100 Koller S. Violência doméstica: uma visão ecológica. In: AMENCAR, organizador. *Violência doméstica*. Brasília: UNICEF; 1999.b
- 101 Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002;360:1083-8.
- 102 Kunugi H, Sugawara N, Aoki H, Nanko S, Hirose T, Kazamatsuri H. Early parental loss and depressive disorder in Japan. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;245:109-13.
- 103 Landerman R, George LK, Blazer DG. Adult vulnerability for psychiatric disorders: interactive effects of negative childhood experiences and recent stress. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:656-63.

- 104 Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 5. ed. Santos: Martins Fontes; 1970.
- 105 Leuzinger-Bohleber M, Pfeifer R. Remembering a depressive primary object: memory in the dialogue between psychoanalysis and cognitive science. *Int J Psychoanal* 2002;83:3-33.
- 106 Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *Am J Psychiatry* 1998;155:1746-52.
- 107 Liem JH, Boudewyn AC. Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult self- and social functioning: an attachment theory perspective. *Child Abuse Negl* 1999;23:1141-57.
- 108 Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:1-5.
- 109 Lippi JRS, organizador. Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos. Rio de Janeiro; 1990.
- 110 Lisboa CS, Koller SH. Considerações éticas na pesquisa e na intervenção sobre violência doméstica. In: Hutz CS, organizador. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de prevenção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 187-212.
- 111 Luecken LJ. Attachment and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression, and social support. *J Psychosom Res* 2000;49:85-91.
- 112 Lynskey MT, Fergusson DM. Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1997;21:1177-90.
- 113 Machado S, Abreu P, Pechansky F, Schneider F, Alberti V, Gus G, et al. Depressão em hospital geral II: habilidade de detecção de sintomas depressivos pelo especialista não psiquiatra. *Rev ABP-APAL* 1989a;11:97-110.
- 114 Machado S, Pechansky F, Townsend R, Schneider F, Garcia M, Caleffi L. Depressão em Hospital Geral, dados preliminares. *Rev Psiquiatr RS* 1988;10:57-62.
- 115 Machado S, Pechansky F, Townsend R, Schneider F, Garcia M, Caleffi L. Depressão em hospital geral: detecção pelo clínico. *Rev Psiquiatr RS* 1989b;11:203-6.
- 116 Mammen OK, Kolko DJ, Pilkonis PA. Negative affect and parental aggression in child physical abuse. *Child Abuse Negl* 2002;26:407-24.
- 117 McLeod JD. Childhood parental loss and adult depression. *J Health Soc Behav* 1991;32:205-20.
- 118 McNally RJ, Metzger LJ, Lasko NB, Clancy SA, Pitman RK. Directed forgetting of trauma cues in adult survivors of childhood sexual abuse with and without posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol* 1998;107:596-601.

- 119 Mechanic MB, Resick PA, Griffin MG. A comparison of normal forgetting, psychopathology, and information-processing models of reported amnesia for recent sexual trauma. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:948-57.
- 120 Mireault GC, Bond LA. Parental death in childhood: perceived vulnerability, and adult depression and anxiety. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62:517-24.
- 121 Neumann DA, Houskamp BM, Pollock VE, Briere J. The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child Maltreat* 1996;1:6-16.
- 122 O'Dougherty M, Masten A. Vulnerability and resilience in young children. In: Noshpitz JD. *Handbook of child and adolescent psychiatry*. New York: John Wiley & Sons; 1997.
- 123 Oakley-Browne MA, Joyce PR, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR. Disruptions in childhood parental care as risk factors for major depression in adult women. *Aust N Z J Psychiatry* 1995;29:437-48.
- 124 Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatr* 1990;146:1008-13.
- 125 OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- 126 OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 127 Orbach Y, Lamb ME, Sternberg KJ, Williams JMG, Dawud-Noursi S. The effect of being a victim or witness of family violence on the retrieval of autobiographical memories. *Child Abuse Negl* 2001;25:1427-37.
- 128 Osofsky JD. Community-based approaches to violence prevention. *J Dev Behav Pediatr* 1997;18:405-7.
- 129 Osofsky JD, Zeanah CH. The effects of exposure to violence on young children. *Am Psychol* 1995;50:782-8.
- 130 Osofsky JD. The impact of violence on children. *Future of children Domestic Violence and Children* 1999;9:33-49.
- 131 Paris J. Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Can J Psychiatry* 1998;43:148-53.
- 132 Patten SB. The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. *Can J Psychiatry* 1991;36:706-11.
- 133 Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev Saúde Publ* 2003;37:8-14.
- 134 Pribor EF, Dinwiddie SH. Psychiatric correlates of incest in childhood. *Am J Psychiatry* 1992;149:52-6.

- 135 Prigerson HG, Shear MK, Frank E, Beery LC, Silberman R, Prigerson J, et al. Traumatic grief: a case of loss-induced trauma. *Am J Psychiatry* 1997;154:1003-9.
- 136 Reynolds MW, Wallace J, Hill TF, Weist MD, Nabors LA. The relationship between gender, depression, and self-esteem in children who have witnessed domestic violence. *Child Abuse Negl* 2001;25:1201-6.
- 137 Richters JE, Martinez P. The NIMH Community Violence Project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* 1993;56:7-21.
- 138 Rio Grande do Sul. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Relatório azul: garantias e violações dos direitos humanos, 2000-2001. Porto Alegre: Assembléia Legislativa; 2002.
- 139 Rio Grande do Sul. Secretaria de Segurança Pública. Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil - DECA. Relatório Anual de 2000 da Polícia Civil do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.
- 140 Roesler TA. Reactions to disclosure of childhood sexual abuse. The effect on adult symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:618-24.
- 141 Rohde LA. ADHD in Brazil: the DMS-IV criteria in a culturally different population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2002;41:1131-3.
- 142 Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S et al. ADHD in a school sample of brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry* 1999;38:716-22.
- 143 Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry* 1987;57:316-31.
- 144 Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *J Adolesc Health* 1993;14:626-31, 690-6.
- 145 Saler L, Skolnick N. Childhood parental death and depression in adulthood: roles of surviving parent and family environment. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62:504-16.
- 146 Salvagni EP, Marques M, Quaglia MC, Lueska SD, Stein RS, Almoarques SR, et al. Programa de proteção à criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: um estudo retrospectivo. In: Fórum Sobre Direitos da Criança e do Adolescente; 2001 nov 30; Porto Alegre. Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul / Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre / Ministério Público do Rio Grande do Sul; 2001.
- 147 Sameroff AJ. Principles of development and psychopathology. In: Sameroff AJ, Emde, RN. Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach. New York: Basic Books; 1989. p. 17-32.
- 148 Schestatsky S. Trauma na história da psiquiatria. *J Centro Estudos Luís Guedes* 2002;13:12.

- 149 Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998;155:630-7.
- 150 Shechter RA. Recovering edipal bliss in grief resolution: a case study of early object loss. *Issues Psychoanal Psychol* 1998;20:29-41.
- 151 Shengold LL. Child abuse and deprivation: soul murder. *J Am Psychoanal Assoc* 1979;27:533-59.
- 152 Singer MI, Anglin TM, Song LY, Lunghofer L. Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *JAMA* 1995;273:477-82.
- 153 Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 1996;20:709-23.
- 154 Somenzi L, Zavaschi ML, Martins FP, Timm H. Transtornos alimentares e sua relação com abuso sexual na infância: relato de um caso. *Rev Psiquiatr RS* 1996;18:367-73.
- 155 Stanton B, Baldwin RM, Rachuba L. A quarter century of willence in the United States: an epidemiologic assessment. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:269-82.
- 156 Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatr* 1991;148:10-20.
- 157 Tetelbom M, Quinalha ABF, Defavery R, Zavaschi ML. Abuso sexual intrafamiliar: um alerta. *J Bras Psiquiatr* 1991;40:145-8.
- 158 Tognola JN, Racz NS. Mujeres sobrepasadas, el drama médico-social de las jefas de hogar politraumatizadas desde la infancia: revisión clínica de 256 casos. *Rev Psiquiatr (Chile)* 1999;4:221-9.
- 159 Tramontina S, Martins S, Michalowski MB, Ketzer CR, Eizirik M, Biederman J, et al. School dropout and conduct disorder in brazilian elementary school students. *Can J Psychiatry* 2001;46:941-7.
- 160 Ustárroz LFL. Eventos estressantes, insatisfação na vida e morbidade psiquiátrica menor em Pelotas, RS [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; 1997.
- 161 Villano LAB, Nanhay ALG. Epidemiologia dos transtornos mentais em populações atendidas em locais de cuidados gerais de saúde no Brasil: revisão dos estudos nos últimos vinte anos. O uso racional de medicamentos psiquiátricos. Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para ensino e pesquisa em saúde mental. Rio de Janeiro; 1997. p. 23-36.
- 162 Vythilingam M, Heim C, Newport J, Miller AH, Anderson E, Bronen R, et al. Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *Am J Psychiatr* 2002;159:2072-80.
- 163 Waiselfisz JJ. Violence map II: the youth of Brazil. Brasília: Unesco; 2000.

- 164 Walsh C, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl* 2002;26:11-22.
- 165 Ward CL, Flisher AJ, Zissis C, Muller M, Lombard C. Exposure to violence and its relationship to psychopathology in adolescents. *Injury Prevent* 2001;7:297-301.
- 166 Wechsler. Escala de inteligência Wechsler para adultos (WAIS-R). Tradução realizada e validada para o português da Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised. Porto Alegre; 1996.
- 167 Wiess EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatr* 1999;156:816-28.
- 168 Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276:293-9.
- 169 Werner E, Smith R. Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood. New York: Cornell University Press; 1992.
- 170 Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
- 171 Winnicott DW. La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Hormé; 1967.
- 172 Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *Lancet* 2001;358:881-7.
- 173 Yama MF, Tovey SL, Fogas BS. Childhood family environment and sexual abuse as predictors of anxiety and depression in adult women. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63:136-41.
- 174 Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002;346:108-14.
- 175 Yehuda R. Psychoneuroendocrinology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1998;21:359-79.
- 176 Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol* 1999;2:102-71.
- 177 Zavaschi ML. Abuso e maus tratos na infância e adolescência: a negação como fator conspirador ao diagnóstico. *Rev Psiquiatr RS* 2002;24:201-12.
- 178 Zavaschi ML, Benetti S, Polanczyk G, Solés N, Sanchotene ML. Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian public schools. *Panam J Public Health* 2002a;12:327-32.
- 179 Zavaschi ML, Costa F, Brunstein C. O bebê e seus pais. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols MAS, organizadores. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 41-57.

180 Zavaschi ML, Quintanilha AF, Enk I, Tetelbom M, Defavery R. Abuso sexual em crianças: uma revisão. In: Lippi JRS, editor. Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos. Rio de Janeiro: Editora Científica; 1990. p. 87-96.

181 Zavaschi ML, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, Eizirik CL. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. Rev Bras Psiquiatr 2002b;24:189-95.

182 Zavaschi ML, Tetelbom M, Gazal CH, Shansis FM. Abuso sexual na infância um desafio terapêutico. Rev Psiquiatr RS 1991;13:136-45.