

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

**LUANA PORTO BARBOSA**

**TRAUMA NA INFÂNCIA, TRANSTORNOS DE HUMOR E RISCO DE  
SUICÍDIO NA IDADE ADULTA**

Pelotas

2016

LUANA PORTO BARBOSA

**TRAUMA NA INFÂNCIA, TRANSTORNOS DE HUMOR E RISCO  
DE SUICÍDIO NA IDADE ADULTA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientador: Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas

2016

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

**TRAUMA NA INFÂNCIA, TRANSTORNOS DE HUMOR E RISCO DE  
SUICÍDIO NA IDADE ADULTA**

Conceito final: \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Dr<sup>a</sup> Liliane C. Ores, do Instituto Federal Sul-rio-grandense - IFSul

---

Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza, da Universidade Católica de Pelotas – UCPel

---

Dr<sup>a</sup> Mariane Lopez Molina, da Universidade Católica de Pelotas - UCPel

---

Dr<sup>a</sup> Jaciana Marlova Gonçalves Araújo, da Faculdade Anhanguera do Rio Grande

---

Orientador – Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

## **Agradecimentos**

Agradeço de forma bastante especial ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento por toda a dedicação e empenho para que este estudo fosse realizado da forma mais correta possível, incluindo aqui todos os profissionais envolvidos neste grande estudo: bolsistas da graduação, colegas de mestrado, doutorado e professores responsáveis. De forma bastante especial, agradeço ao Dr. Ricardo Silva por ser sempre o meu orientador, e por supervisionar o meu trabalho desde o início. Obrigada por todas as oportunidades que me proporcionasse nestes longos anos, minha gratidão por nosso trabalho e em especial, por nossa amizade. À Dr<sup>a</sup>. Karen Jansen por ajudar a projetar o estudo e aceitar que eu trabalhasse neste projeto, acreditando na minha contribuição ao longo de todo o processo, muito obrigada pela oportunidade. Em especial à Dr<sup>a</sup>. Luciana Quevedo, por me acompanhar ao longo desta caminhada, sempre me incentivando e auxiliando no que foi necessário, me ajudando na estrutura deste trabalho de forma bastante prestativa e amiga, te tenho como exemplo!

Agradeço de forma muito especial e carinhosa à minha grande companheira Giovanna, por toda disponibilidade, companheirismo e, principalmente amizade. Com nossa parceria tornamos esta caminhada mais leve e feliz e tenho isto como um dos melhores presentes desta fase da minha vida! Obrigada por tudo minha companheira! Agradeço também à minha amiga Jaciana, por me ajudar sempre que foi necessário. Obrigada, principalmente, por tua amizade! Aos amigos colegas Jerônimo, Mariane, Carolina, que estiveram sempre partilhando de tantos momentos desta caminhada! Muito obrigada!

Por fim, agradeço aos meus amigos e familiares pela compreensão e apoio de sempre, em especial aos meus pais e meu esposo. Talai, obrigada por acreditar em mim

e estar comigo em todos os momentos, embarcando em meus sonhos e me ajudando a torna-los realidade, sem teu apoio tudo seria muito mais trabalhoso e difícil. Obrigada por aceitar minha ausência e, ao mesmo tempo, te fazer presente sempre! Te amo e seguimos em frente, sempre juntos!

**Obrigada a todos.**

## **Epígrafe**

*“ Uma agulhada num organismo desenvolvido é inofensivo; porém se for numa massa de células no ato da divisão celular, promoverá uma profunda alteração no desenvolvimento daquele ser humano em formação”. (Sigmund Freud).*

## RESUMO

Traumáticas infantis são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na vida adulta. Podem ser definidos como a exposição de uma criança às circunstâncias de violência física, psicológica ou sexual e / ou negligência que põem em perigo a vida deste indivíduo. A investigação sobre eventos negativos da vida é necessária, a fim de determinar o impacto ambiental relacionado ao aparecimento de transtornos psiquiátricos e o desenvolvimento destes, na vida adulta. Neste sentido, experiências traumáticas precoces vêm sendo fortemente associadas ao comportamento suicida, deixando profundas marcas emocionais, que acompanham os indivíduos ao longo da vida. O trauma na infância também tem sido associado aos transtornos de humor, os quais são caracterizados por uma perturbação no humor ou afeto, classificados em transtornos depressivos e transtornos de humor bipolar (THB). A presente tese se propõe a dois objetivos: 1) verificar a relação entre as experiências traumáticas na infância e risco de suicídio atual em uma amostra de base populacional de indivíduos com idade entre 14-35 anos, na área urbana de Pelotas/RS; e 2) reforçar a relação entre o trauma na infância e o desenvolvimento de transtornos de humor (depressão e transtorno de humor bipolar) na vida adulta, em um estudo de base populacional. Os dois objetivos foram alcançados através do estudo transversal de base populacional intitulado: Trauma na infância, transtornos de humor e risco de suicídio em jovens entre 14 e 35 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS, sendo este um estudo transversal de base populacional, aninhado a outro estudo maior intitulado: “Estudo do temperamento e transtornos psiquiátricos na interface entre psiquiatria, psicologia e neurociências”. O trauma de infância foi avaliado através do

*Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e o risco de suicídio e os transtornos de humor foram avaliados pela *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Também, os participantes responderam um questionário com dados sócio demográficos e uso de substâncias. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o SPSS 13.0 para Windows e o STATA 12. Estas foram realizadas através de um modelo hierárquico conceitual e, as variáveis que apresentaram  $p \leq 0,20$ , foram incluídas na análise ajustada de acordo com os níveis propostos no modelo e, foram consideradas associações estatisticamente significativas quando  $p < 0,05$ . As probabilidades de risco de suicídio foram maiores entre as mulheres, as pessoas que não estavam trabalhando atualmente, os que apresentavam abuso de álcool e entre os fumantes de tabaco. Além disso, o risco de suicídio esteve associado a todos os tipos de trauma, principalmente ao abuso emocional. Com relação aos transtornos de humor, o presente estudo verificou a relação entre trauma na infância e transtornos de humor (depressão e THB) em adultos jovens. Neste sentido, evitando trauma precoce pode-se reduzir o risco de suicídio em indivíduos jovens e ainda, este tipo de estudo pode auxiliar na criação de novas estratégias de prevenção e intervenção nesta população.

**Palavras-chave:** Trauma na infância; Risco de suicídio, Abuso emocional, Transtornos de Humor; Depressão; Transtorno Bipolar.

## ABSTRACT

Childhood trauma is an important risk factor for the development of psychiatric disorders in adult life. It may be described as the exposure of the child to circumstances of physical, psychological, or sexual violence and/or neglect that endangers the child's life. Investigations on negative life events are important to determine the environmental impact related to the development of psychiatric disorders in adult life. On this matter, early traumatic experiences have been strongly associated with suicidal behavior, which leaves deep emotional scars that accompany the individual throughout life. Childhood trauma has also been associated with mood disorders, which are disturbances regarding mood and affective states that are classified in depressive disorder and bipolar mood disorder. The following thesis has two purposes: 1) to verify the relationship between childhood traumatic experiences and current suicide risk in a population-based sample of individuals aged 14-35 years in the urban area of Pelotas/RS; and 2) to verify and corroborate the relationship between childhood trauma and the development of mood disorders (depression and bipolar disorder) in adult life, in a population-based study. Both purposes were addressed by the cross-sectional population-based study entitled: *Trauma na infância, transtornos de humor e risco de suicídio em jovens entre 14 e 35 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS*, which is nested within a bigger study entitled: *“Estudo do temperamento e transtornos psiquiátricos na interface entre psiquiatria, psicologia e neurociências”*. Childhood trauma was evaluated using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) whereas the suicide risk and the mood disorders were evaluated through the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). In addition, the participants responded to a questionnaire containing

information on sociodemographic and substance use variables. Statistical analyses were conducted in the SPSS 13.0 for Windows and STATA 12. They were carried out using a conceptual model and the variables that presented  $p \leq 0.20$  were included in the adjusted analysis according to the levels from the hierarchical model. Statistical associations were considered significant when  $p \leq 0.05$ . The probability of presenting suicide risk was higher amongst women, individuals who were not currently working, the ones who presented alcohol abuse and tobacco smokers. Moreover, suicide risk was associated with all trauma domains, especially emotional abuse. Regarding mood disorders, the present study verified the relationship between childhood trauma and mood disorders (depression and bipolar disorder) in young adults. In conclusion, the avoidance of early trauma may reduce suicide risk in young individuals and, in addition, this type of study may help to create new prevention and intervention strategies targeting this population.

**Keywords:** Childhood trauma; Suicide Risk; Emotional Abuse; Mood Disorders; Depression; Bipolar Disorder.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Cronograma .....	35
<b>Quadro 2</b> – Orçamento .....	36

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Artigo 1, Tabela 1 .....	62
Suicide Risk, childhood trauma and other associated factors.	
<b>Tabela 2</b> – Artigo 2, Tabela 1 .....	83
Depression, childhood trauma and associated factors.	
<b>Tabela 3</b> – Artigo 2, Tabela 2 .....	84
BD, childhood trauma and associated factors.	

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening</i>
BD	<i>Bipolar Disorder</i>
CAGE	<i>Cut down annoyed guilty eye-opener</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV</i>
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEN	Indicador Econômico Nacional
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
PPG	Programa de Pós-Graduação
PR	<i>Prevalence Rate</i>
PUC	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SPSS	<i>Statistical Program for Social Sciences</i>
TB	Transtorno Bipolar
THB	Transtorno de Humor Bipolar
UCPel	Universidade Católica de Pelotas

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>PROJETO .....</b>	<b>19</b>
<b>1. IDENTIFICAÇÃO .....</b>	<b>20</b>
1.1 Título .....	20
1.2 Doutoranda .....	20
1.3 Orientador .....	20
1.4 Instituição .....	20
1.5 Curso .....	20
1.6 Linha de pesquisa .....	20
1.7 Data .....	20
<b>2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA .....</b>	<b>21</b>
2.1 Introdução .....	21
2.2. Objetivos .....	23
2.3 Hipóteses .....	23
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>24</b>
3.1 Estratégias de busca .....	27
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>28</b>
4.1 Delineamento .....	28
4.2 Amostra .....	28
4.3 Instrumentos .....	29
4.4 Definição de variáveis .....	31
4.5 Pessoal envolvido .....	32

4.6 Estudo piloto .....	32
4.7 Logística .....	32
4.8 Controle de qualidade .....	33
4.9 Processamento e análise de dados .....	33
4.10 Divulgação dos resultados .....	34
4.11 Considerações éticas .....	34
4.12 Cronograma .....	35
4.13 Orçamento .....	36
<b>5. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>37</b>
<b>6. ARTIGO 1 .....</b>	<b>43</b>
Abstract .....	45
Introduction .....	46
Method .....	48
Results .....	51
Discussion .....	52
References .....	55
<b>7. ARTIGO 2 .....</b>	<b>64</b>
Abstract .....	66
Introduction .....	67
Method .....	68
Results .....	70
Discussion .....	72
References .....	76

<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO .....</b>	<b>85</b>
ANEXOS .....	87
Anexo 1: MINI .....	87
Anexo 2: Questionário geral .....	92
Anexo 3: Questionários autoaplicáveis .....	98
Anexo 4: Consentimento livre e esclarecido .....	102
Anexo 5: Encaminhamento .....	103
Anexo 6: Declaração de aprovação do comitê de ética.	104

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho segue a formatação para teses e dissertações do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), e será apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde e Comportamento. Esta tese será dividida em três partes: a primeira referente ao projeto, com o título: Trauma na Infância, Transtornos de Humor e Risco de Suicídio em jovens entre 14 e 35 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. A segunda parte é referente aos artigos resultantes deste projeto e na terceira parte, finalizando este trabalho, estão as considerações finais e os anexos, sendo estes, constituídos pelos documentos utilizados neste estudo populacional realizado na cidade de Pelotas-RS/Brasil.

A primeira parte está subdividida em Identificação, Delimitação do Problema, Revisão de Literatura, Métodos e Referências. Em seguida, foi incluída uma página com as modificações do estudo (visando um melhor desempenho devido o tamanho amostral) entre projeto e artigos escritos e publicados.

A segunda parte está dividida entre os dois artigos resultantes deste projeto. O primeiro intitulado *Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14–35 years in southern Brazil*; e o segundo artigo *Relationship between childhood trauma, mood disorders (depression/bipolar disorder) and associated factors: a population-based study from the south of Brazil*.

A terceira parte responde as hipóteses elaboradas no projeto de acordo com os resultados alcançados em uma conclusão do trabalho, buscando indicar as respostas aos objetivos desta tese.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

PROJETO DE PESQUISA

Luana Porto Barbosa

TRAUMA NA INFÂNCIA, TRANSTORNOS DE HUMOR E RISCO DE SUICÍDIO  
EM JOVENS ENTRE 14 E 35 ANOS, RESIDENTES NA ZONA URBANA DA  
CIDADE DE PELOTAS/RS

Projeto de pesquisa elaborado para o  
Doutorado em Saúde e Comportamento da  
Universidade Católica de Pelotas, sob orientação do  
Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva.

**Pelotas, Julho de 2012.**

## **1. IDENTIFICAÇÃO**

**1.1. Título:** Trauma na Infância, Transtornos de Humor e Risco de Suicídio em jovens

entre 14 e 35 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

**1.2. Doutoranda:** Luana Porto Barbosa

**1.3. Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

**1.4. Instituição:** Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

**1.5. Curso:** Doutorado em Saúde e Comportamento

**1.6. Linha de Pesquisa:** Psicologia e Saúde.

**1.7. Data:** Julho de 2012

## **2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA**

### **2.1 Introdução:**

O trauma na infância tem sido reconhecido como um importante fator de estresse e desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na vida adulta<sup>1</sup>. Indivíduos com história de trauma na infância tem quatro vezes maior probabilidade de apresentarem depressão maior do que aqueles sem uma história<sup>2</sup>.

Estudos demonstram que os transtornos de humor têm sido fortemente associados com abuso na infância<sup>3,4</sup>. Indivíduos com diagnóstico de transtornos de humor unipolar e bipolar demonstram que, uma história de abuso, principalmente abuso sexual na infância, é mais frequente em bipolares do que em unipolares<sup>5</sup>.

Os transtornos psiquiátricos caracterizam-se por uma disfunção psicológica que está associada com a angústia e diminuição da capacidade adaptativa e uma resposta que não é culturalmente esperada<sup>6</sup>. Tais transtornos apresentam sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível.

Segundo a OMS<sup>7</sup>, os transtornos mentais e de comportamento afetam 25% da população geral e 10% da população adulta ao longo da vida e os transtornos mais comuns são os transtornos de humor, principalmente a depressão maior, seguido por transtornos de ansiedade, tais como o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno de pânico.

Ainda, evidências crescentes sugerem que, as incidências de trauma na infância são freqüentes e graves no transtorno de humor bipolar, provavelmente afetam a

expressão clínica da doença em termos de comportamento suicida e idade de início<sup>8</sup>.

O suicídio representa grande preocupação nos dias de hoje, sendo uma das três principais causas de morte em adultos de idades entre 15 e 44 anos, e a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 19 anos de idade<sup>9</sup>.

Eventos estressantes, como o trauma na infância, são importantes fatores de risco para o suicídio<sup>10</sup>. Experiências traumáticas na infância têm sido associadas com comportamento suicida na idade adulta<sup>11, 12</sup>.

Justifica-se o presente estudo pela necessidade de conteúdos que analisem o trauma na infância e possíveis relações com determinados transtornos mentais e comportamento suicida, buscando fornecer subsídios para futuros estudos relacionados a este aspecto.

## **2.2 Objetivos:**

### *Geral*

- Analisar a relação entre Trauma na Infância, Transtornos de Humor e Risco de Suicídio em jovens entre 14 e 35 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

### *Específicos*

- Verificar a prevalência dos transtornos de humor (depressão e THB) e risco de suicídio entre os adultos jovens de 14 a 35 anos da cidade de Pelotas/RS.
- Investigar a associação entre o trauma na infância, transtornos de humor e risco de suicídio em adultos jovens de 14 a 35 anos da cidade de Pelotas/RS.
- Analisar, dentre os tipos de traumas infantis estudados, quais as formas de maior associação com os desfechos estudados.

## **2.3 Hipóteses:**

- Trauma na infância está fortemente associado aos transtornos de humor (depressão e THB);
- Traumas e negligência na infância apresentam grande impacto sobre os transtornos psiquiátricos durante a fase adulta;
- Trauma na infância é um importante fator de risco para o suicídio.
- Dentre as formas de maus tratos infantis que um indivíduo é exposto, a mais severa entre elas é o abuso emocional.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

O termo “Trauma na infância” pode ser definido como a exposição da criança à violência física, psicológica, sexual e/ou à negligência, envolvendo ameaça à vida ou a integridade de quem o experimenta<sup>13-14</sup>.

Freud relacionou as neuroses de adultos com os traumas infantis, sendo que o dano variava de acordo com cada indivíduo<sup>15,16</sup>. O termo trauma, de origem grega, significa ferida, furar<sup>17</sup>. Na medicina, o termo é utilizado para caracterizar consequências de uma violência externa<sup>18</sup>. Para a psicologia, Freud deu-lhe o significado de ser uma vivência violenta, na qual era capaz de romper barreiras protetoras do ego, acarretando situações perturbadoras sobre o psiquismo do indivíduo. Existe o duplo sentido de vivências traumáticas, onde um pode estruturar e organizar o ego, e o outro pode travar o desenvolvimento psíquico do indivíduo, tendo este como consequência, uma grande desorganização do ego<sup>19</sup>.

Psicanalistas como Anna Freud e Melanie Klein estudaram e criaram teorias vinculadas ao trauma infantil e possíveis prejuízos na vida adulta, como por exemplo, o desenvolvimento de sintomas típicos, relacionados à depressão<sup>20,21</sup>.

Vários transtornos psiquiátricos em adultos têm sido relacionados a algum trauma na infância. A magnitude do problema é variável, sendo que alguns estudos apontam para a ocorrência de traumas na infância em aproximadamente 50% dos adultos com psicopatologia<sup>22</sup>.

O Transtorno Depressivo, é caracterizado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)<sup>23</sup>, pela ocorrência repetida de episódios depressivos, na ausência de episódios independentes de aumento de humor e energia (mania). Alguns estudos clínicos indicam que, cerca de

40% das pessoas com transtorno bipolar são inicialmente diagnosticadas de forma equivocada com depressão unipolar<sup>24</sup>. Este dado pode estar relacionado a curtos episódios caracterizados por um rápido aumento de humor e energia, considerado como hipomania, sendo que logo após os episódios se caracterizam em momentos depressivos, e muitas vezes, com precipitados tratamentos com antidepressivos<sup>6</sup>. O Transtorno Afetivo Bipolar, segundo o CID -10<sup>23</sup>, é caracterizado por dois ou mais episódios, onde o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente prejudicados, sendo que este distúrbio se apresenta com alguns momentos de elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outros, de rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Ainda, são classificados como bipolares os pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania ao longo da vida.

De acordo com o DSM-IV<sup>25</sup>, Transtorno Depressivo Maior, está vinculado a dores, redução de atividades físicas e sociais, além de alta mortalidade. A morte de indivíduos com transtorno depressivo maior severo por suicídio chega a 15%.

O Transtorno de Humor Bipolar (THB), também de acordo com o DSM-IV<sup>25</sup>, demonstra grande relação com abuso de álcool e substâncias psicoativas, comportamentos violentos e agressivos (mais especificamente quando em episódio agudo e/ou com características psicóticas), fracasso profissional, conflitos familiares e alterações de sono. Os transtornos mentais associados frequentemente ao THB são os alimentares, os de ansiedade e o transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A maior parte dos indivíduos com Transtorno Bipolar I retorna a um nível funcional considerado satisfatório entre os episódios, porém, 20 a 30% dos indivíduos continuam

apresentando estas instabilidades do humor e dificuldades tanto ocupacionais como interpessoais.

A conotação afetiva resultante dos eventos estressores, como medo, desafio ou perda pode implicar em fator de risco, por exemplo, para depressão<sup>26</sup>. Estressores, como pobreza, desagregação familiar, vivência de algum tipo de violência ou maus-tratos são alguns exemplos de eventos adversos de vida que alteram o ambiente e provocam um alto grau de tensão, influenciando no comportamento dos indivíduos<sup>10,11</sup>.

Pesquisadores tem mostrado que sofrer algum tipo de trauma infantil, pode deixar repercussões duradouras no individuo, incluindo predisposição a ter mais frequência de comportamento suicida na idade adulta<sup>27</sup>.

No Brasil, a taxa de suicídio média é 4-6 mortes para cada 100.000 habitantes<sup>28</sup>. O estado do Rio Grande do Sul, tem a maior taxa de suicídio no Brasil<sup>29,30</sup>.

O comportamento suicida envolve comportamentos auto lesivos cometidos pelo indivíduo com intenção de morrer, enquanto ideação suicida compreende pensamentos que vão desde pensamentos que a vida não vale a pena ser vivida, pensamentos de que seria melhor morrer até o planejamento do suicídio<sup>31</sup>. Trauma de infância predispõe o indivíduo a um comportamento suicida<sup>32</sup>. Neste sentido, os transtornos psiquiátricos são identificados como fatores de risco para o suicídio, e provavelmente, o tratamento e a prevenção destes comportamentos, possam reduzir o risco para tais transtornos. Este estudo busca analisar a relação entre Trauma na Infância, Transtornos de Humor e Risco de Suicídio em jovens entre 14 e 35 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

### 3.1 Estratégias de busca:

Palavras	Artigos encontrados	
	Base De dados	Base de dados
	Pubmed	Lilacs
Childhood trauma (AND) mood disorders	516	168
Childhood trauma (AND) suicide risk	216	146
Childhood trauma (AND) depression	1024	835
Childhood trauma (AND) bipolar disorder	119	115
Childhood trauma (AND) mood disorders (AND) suicide	62	15
Childhood trauma (AND) depression (AND) suicide	126	86
Childhood trauma (AND) bipolar disorder (AND) suicide	23	19

## **4. MÉTODOS**

### **4.1. Delineamento:**

Estudo transversal aninhado a um estudo maior de base populacional intitulado “Estudo do temperamento e transtornos psiquiátricos na interface entre psiquiatria, psicologia e neurociências”.

### **4.2 Amostra:**

A amostra deste estudo será constituída por adultos jovens com idades entre 14 e 35 anos, residentes na zona urbana de Pelotas-RS. A seleção amostral será realizada por conglomerados, considerando a população de aproximadamente 97 mil indivíduos de 14 a 35 anos de idade e a divisão censitária atual de 495 setores na cidade de Pelotas-RS, dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010<sup>33</sup>. Os critérios de inclusão do estudo são ter entre 14 e 35 anos de idade; residir na zona urbana de Pelotas-RS, bem como no domicílio sorteado; aceitar participar e assinar ao termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 4). Já o critério de exclusão é incapacidade de responder à entrevista por algum problema físico ou cognitivo.

#### **4.2.1 Cálculo da amostra:**

O tamanho amostral com parâmetros de confiabilidade de 99%, poder de 80%, prevalência do desfecho de 27% (dados do estudo piloto) e maior prevalência esperada de 30% é de 1.432 adultos, a serem avaliados em 83 setores censitários, com pulo de quatro domicílios entre os sorteados.

### 4.3 Instrumentos:

#### Características da amostra

Para a caracterização da amostra, será utilizado um Questionário sócio-demográfico, com variáveis sobre sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, cor da pele e trabalho atual. A avaliação socioeconômica será realizada pela Escala da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)<sup>34</sup>, que se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família.

#### *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) – Suicídio - Depressão -*

#### *Mania/Hipomania*

Será realizada uma entrevista diagnóstica padronizada breve. Este instrumento é destinado a utilização na prática clínica e de pesquisa, objetivando classificar os entrevistados de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Edição (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo possível avaliar a presença de risco de suicídio, episódios depressivos, maníacos ou hipomaníacos. A versão que utilizaremos será do MINI 5.0 em português que foi desenvolvida para a utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos<sup>35</sup>.

#### *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – Trauma na infância*

O trauma na infância será avaliado através do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), que é uma escala de auto relato que investiga a história de negligência e / ou

abuso na infância em cinco domínios de trauma: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. A versão original do instrumento apresentou bons coeficientes de validade e confiabilidade (Benstein et al., 2003). A versão brasileira é apropriada para avaliação de pessoas com mais de 12 anos de idade (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006). O CTQ é uma escala Likert de cinco pontos, de fácil compreensão, composta por 28 sentenças de situações traumáticas, ocorridas durante a infância<sup>36</sup>.

*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST2.0 / OMS):*

Abuso ou dependência de substâncias psicoativas

Questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos), sendo incluso o Crack. As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Sua versão original (Organização Mundial da Saúde et al., 2002) apresentou boa confiabilidade teste-reteste (Kappa ranging from 0,58-0,90). A versão brasileira apresenta boa consistência interna com níveis de sensibilidade de 84% a 91%, os níveis de especificidade que variam de 79% a 98%, os valores positivos de predição variam de 80% a 93%, e os valores negativos de predição que variam de 85% a 96 %<sup>37</sup>.

#### **4.4 Definições das variáveis:**

##### Variáveis dependentes:

- Risco de suicídio (dicotômico: Sim/Não)
- Transtorno de humor: depressão e bipolar (dicotômico: Sim/Não)

##### Variáveis independentes:

- Gênero (dicotômica: feminino/masculino)
- Classificação socioeconômica (ordinal: alta/intermediária/baixa)
- Idade (ordinal: de 14 a 20, de 21 a 27 anos e 28 a 35 anos)
- Cor de pele (dicotômica: branca/não-branca)
- Estar trabalhando (dicotômica: Sim/Não)
- Estado civil (categórica: solteiro/ casado ou vive com companheiro/ separado ou divorciado)
- Abuso de álcool (dicotômico: Sim/Não)
- Uso de tabaco (dicotômico: Sim/Não)
- Negligência emocional (dicotômico: Sim/Não)
- Negligência física (dicotômico: Sim/Não)
- Abuso sexual (dicotômico: Sim/Não)
- Abuso físico (dicotômico: Sim/Não)
- Abuso emocional (dicotômico: Sim/Não)

#### **4.5 Pessoal envolvido:**

A equipe da pesquisa será formada por 20 entrevistadores, bolsistas de iniciação científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) ou do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) ou da UCPel, e alunos do Centro de Ciências da Vida e da Saúde da UCPel. Os quais serão treinados durante um mês especificamente para esta avaliação. O treinamento será executado pelos doutorandos do Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento. A equipe responsável pela identificação dos domicílios será orientada sobre a forma de proceder na chegada às residências, importância de se identificar, forma de como solicitar permissão para realização da entrevista, bem como sobre os procedimentos éticos da investigação a serem seguidos.

#### **4.6 Estudo-piloto:**

Será realizado em dois setores que não forem sorteados para inclusão na pesquisa com o objetivo de inserir aspectos práticos e vivenciais ao treinamento, bem como testar a logística do estudo e promover as modificações necessárias.

#### **4.7 Logística:**

A logística da pesquisa ocorrerá da seguinte forma: será realizado um sorteio de 83 setores censitários de forma aleatória e sistemática entre os 495 existentes na cidade de Pelotas-RS. Em cada setor serão selecionados os domicílios com um intervalo de 4 residências, os moradores que estiverem dentro da faixa etária do estudo, preencherão uma ficha de cadastro e serão convidados a participar do estudo na sequência.

Após a identificação da amostra, diariamente a equipe fará visitas domiciliares com um automóvel cedido pela UCPel, com o intuito de encontrar os participantes em seus domicílios, para a realização da entrevista (Dados sócio demográficos – Trauma na Infância – Abuso de álcool - Uso de tabaco – Risco de suicídio – Diagnóstico de transtornos de humor).

Os instrumentos serão programados para serem respondidos em computadores notebooks, o que visa aumentar a confiabilidade e reduzir erros de digitação. Os computadores com as entrevistas serão descarregados diariamente no PPG em Saúde e Comportamento no Programa Stata (9.0).

#### **4.8 Controle de Qualidade:**

A fim de verificar a qualidade das entrevistas será realizado contato telefônico com 10% da amostra.

#### **4.9 Processamento e análise dos dados:**

Para análise dos dados será utilizado o programa STATA 9 com os testes estatísticos apropriados. Será realizada análise univariada com o objetivo de obter frequências das características das amostras. O teste estatístico qui-quadrado será utilizado na análise bivariada dos dados, visando descrever associações, para esta amostra, entre a ocorrência de risco de suicídio e transtornos de humor e as variáveis independentes investigadas. Além disso, serão detectadas possíveis variáveis de confusão. Por fim, na análise multivariada, será utilizada a técnica da Regressão

Logística e Regressão de Poisson, para ajuste e controle para efeito do delineamento nos programas SPSS e Stata. Esta será realizada seguindo um modelo hierárquico<sup>38</sup>, onde cada bloco de variáveis de um determinado nível será incluído, e as variáveis com p valor menor que 0,20 no teste de razões de verossimilhança permanecerão no modelo.

#### **4.10 Divulgação dos Resultados:**

A divulgação será feita na cidade de Pelotas, bem como na comunidade científica, onde esta terá acesso aos dados após a publicação de artigos e apresentação em congressos científicos. Interessados no estudo também poderão acessar projeto e artigos finais na biblioteca virtual da UCPel.

#### **4.11 Considerações éticas:**

Serão respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Será assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados. As pessoas que apresentarem transtornos psiquiátricos receberão encaminhamento para atendimento psicológico/psiquiátrico no Campus da Saúde da UCPEL (ANEXO 5).

#### 4.12 Cronograma:

	2012	2013	2014										2015	2016	
			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		01	02
Revisão de literatura															
Elaboração do projeto															
Comitê de Ética															
Captação da amostra															
Treinamento da equipe															
Estudo-piloto															
Coleta de dados															
Processamento de dados															
Análise															
Redação do artigo															
Defesa															
Publicação dos achados															

#### 4.13 Orçamento:

Este estudo conta com o apoio financeiro do CNPQ e FAPERGS para a sua realização.

Despesas de Custeio	Quantidade	Valor Individual	Valor Total (R\$)
Material de Consumo			
Computadores NetBooks	8	800	6.400,00
Material usado nos questionários	1714	1,00	1.714,00
Material para as coletas	1714	3,50	5.999,00
		Sub-total →	14.113,00
Captação da amostra (setores)	66	70,00	4.620,00
Entrevista de avaliação	1714	10,00	17.140,00
		Sub-total →	21.760,00
		Total (R\$) →	35.873,00

## 5. REFERÊNCIAS

1. Hovens, J. G. F. M., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66-74.
2. Gaudiano, B. A., & Zimmerman, M. (2010). The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), 462-470.
3. Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
4. Zavaschi, M. L. S., Graeff, M. E., Menegassi, M. T., Mardini, V., Pires, D. W. S., Carvalho, R. H. D., ... & Eizirik, C. L. (2006). Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 184-190.
5. Hyun, M., Friedman, S. D., & Dunner, D. L. (2000). Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 2(2), 131-135.
6. Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2008). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. Cengage Learning.
7. World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.

8. Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., & Leboyer, M. (2008). Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 10(8), 867-876.
9. World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. World Health Organization.
10. Roy, A. (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of affective disorders*, 130(1), 205-208.
11. Mann, J. J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature medicine*, 4(1), 25-30.
12. McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M. & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, 12(3), 342-348.
13. McDonald, K. C. (2007). Child abuse: approach and management. *American family physician*, 75(2), 221-228.
14. Coates, S., & Gaensbauer, T. J. (2009). Event trauma in early childhood: symptoms, assessment, intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 611-626.
15. Freud S. A etiologia da histeria. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1896. Rio de Janeiro: Imago; 1976. vol. 3. p. 215-49.
16. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, 1905. In: edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972. vol. 7. p. 123-252.

17. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa [revisada e ampliada].
18. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 5ª ed. Santos: Livraria Martins Fontes; 1979.
19. Freud S. Moisés e o monoteísmo, 1939. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. vol. 23. p. 13-161.
20. Freud A. Comments on psychic trauma, 1967, 1964. In: The writings of Anna Freud, research at hampstead child therapy clinic and other papers 1956-1965. New York: International Universities Press 1967; p. 221-41.
21. Klein M. El duelo y su relación com los estados maníaco-depressivos, 1940. In: Obras completas de Melanie Klein. Buenos Aires: Ediciones Paidós y Horme; 1975. p. 259-301.
22. Craine, L. S., Henson, C. E., Colliver, J. A., & MacLean, D. G. (1988). Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Psychiatric Services*, 39(3), 300-304.
23. OMS. Classificação de transtornos mentais e comportamentos da CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed 1993.
24. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The Bipolar Spectrum and the Antidepressant View of the World. 2001:287-97.
25. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). 4. ed. rev. ed. Porto Alegre: Artmed 2002.

26. Ferguson, E., Lawrence, C., & Matthews, G. (2000). Associations between primary appraisals and life-events while controlling for depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 143-155.
27. Correa, H., & da Rocha, F. F. (2011). Abuso e negligência na infância e comportamento suicida: pode a epigenética interligá-los. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 33(1), 1-68.
28. Kapczinski, F., Quevedo, J., Schitt, R., & Chachamovich, E. (2001). (Psychiatric emergencies) Emergências psiquiátricas. Porto Alegre, Brazil: Artmed.
29. Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise Epidemiológica do Suicídio no Brasil entre 1980 e 2006 [Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Suppl II), 586L 593.
30. Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A. D., & Falk, J. W. (2004). Características Epidemiológicas do Suicídio no Rio Grande do Sul [Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil]. *Revista de Saúde Pública*, 38, 804–810.
31. Kapczinski, F., & Quevedo, J. (2009). (Bipolar disorder clinic and theory) Transtorno bipolar teoria e clínica (1st ed.). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
32. Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, C., & Roy, A. (2007). Childhood trauma and suicide attempts in unipolar depressed patients. *Depression and Anxiety*, 24, 268–272.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; <http://www.ibge.gov.br>).

34. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2003). (Data based on the socioeconomic survey) Dados com base no Levantamento Sócio Econômico. Retrieved from <http://www.abep.org.br>.
35. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000; 22(3):106-15.
36. Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e Validação de Conteúdo da Versão em Português do Childhood Trauma Questionnaire [Translation and Content Validation of the Childhood Trauma Questionnaire]. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249–255.
37. Henrique, I., Micheli, D. D., Lacerda, R., Lacerda, L., & Formigoni, M. L. (2004). Validação da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST) [Validation of the Brazilian Version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening (ASSIST)]. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50, 199–206.
38. Victora, C., Huttly, S., Fuchs, S., & Olinto, M. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, 26, 224–227.

Nota: A presente tese sofreu algumas modificações entre projeto e artigos com relação aos instrumentos utilizados. Inicialmente, tanto no projeto maior quanto neste apresentado, a classificação socioeconômica seria avaliada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), porém foi substituída pelo Indicador Econômico Nacional (IEN). Da mesma forma, o abuso de álcool seria avaliado pela *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST2.0)*, no entanto, também foi substituída, neste caso pela CAGE (*Cut down annoyed guilty eye-opener*). Estas modificações ocorreram visando melhorar as condições de busca de dados frente ao delineamento de estudo estabelecido. Ainda, há uma resolução nova em relação às questões éticas, Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, porém no projeto e artigo 1 ainda foi utilizada a Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996, já no segundo artigo foi atualizada para a nova resolução.

**ARTIGO 1 – Publicado no Child Abuse & Neglect 38 (2014) 1191–1196.**

**TITLE - CHILDHOOD TRAUMA AND SUICIDE RISK IN A SAMPLE OF YOUNG INDIVIDUALS AGED 14–35 YEARS IN SOUTHERN BRAZIL.**

*Authors:*

Luana Porto Barbosa<sup>a</sup>

[luana083@gmail.com](mailto:luana083@gmail.com)

Luciana Quevedo<sup>a</sup>

[lu.quevedo@bol.com.br](mailto:lu.quevedo@bol.com.br)

Giovanna Del Grande da Silva<sup>a</sup>

[giggriadgsa@gmail.com](mailto:giggriadgsa@gmail.com)

Karen Jansen<sup>a</sup>

[karenjansen315@hotmail.com](mailto:karenjansen315@hotmail.com)

Ricardo Tavares Pinheiro<sup>a</sup>

[ricardop@terra.com.br](mailto:ricardop@terra.com.br)

Jerônimo Branco<sup>a</sup>

[jeronimobranco@hotmail.com](mailto:jeronimobranco@hotmail.com)

Diogo Lara<sup>b</sup>

[drlara@puccs.br](mailto:drlara@puccs.br)

Jean Oses<sup>a</sup>

[jean.peierre.oses@gmail.com](mailto:jean.peierre.oses@gmail.com)

Ricardo Azevedo da Silva<sup>a</sup>

[ricardoas@uol.com.br](mailto:ricardoas@uol.com.br)

<sup>a</sup> *Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas*

*Félix da Cunha, 412 – Centro – 96010-000 - Pelotas, Brazil. Tel: 55 53 21288404*

<sup>b</sup> *Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)*

*Av. Ipiranga, 6681 Pd 12A - Partenon - 90670-100 - Porto Alegre, RS, Brazil. Tel.: 55 51 33203545*

*Corresponding author and information:*

Luana Porto Barbosa

Universidade Católica de Pelotas (Catholic University of Pelotas)

Félix da Cunha, 412 – Centro – Pelotas/RS

CEP: 96010-000

Brazil

Email: [luana083@gmail.com](mailto:luana083@gmail.com)

Phone number: 55 53 81227206

## **AUTHOR ACKNOWLEDGMENTS**

The authors would like to thank CNPQ for funding this work, Dr. Ricardo Silva for supervising the work from its beginning, Dr. Karen Jansen for the help in conceptualizing and designing the study, and Dr. Luciana Quevedo for the assistance with analyzing data and writing the manuscript.

## **ABSTRACT**

Suicide is among the main causes of death of people aged between 15 and 44 years old. Childhood trauma is an important risk factor for suicide. Hence, the objective of this study was to verify the relationship between childhood trauma and current suicide risk (suicidal behavior and ideation) in individuals aged 14 to 35 years, in the city of Pelotas, Brazil. This is a cross-sectional, population-based study. Sample selection was performed by clusters. Suicide risk was evaluated using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and Childhood trauma was assessed with the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Moreover, the participants responded to a questionnaire concerning socioeconomic status, work, and substance use. Sample was composed of 1380 subjects. The prevalence of suicide risk was 11.5%. The prevalence figures of childhood trauma were 15.2% (emotional neglect), 13.5% (physical neglect), 7.6% (sexual abuse), 10.1% (physical abuse), and 13.8% (emotional abuse). Suicide risk was associated ( $p \leq 0.001$ ) with gender, work, alcohol abuse, tobacco use, and all types of childhood trauma. The odds (CI 95%) of suicide risk were higher in women (OR = 1.8), people who were not currently working (OR = 2.3), individuals who presented alcohol abuse (OR = 2.6), and among tobacco smokers (OR = 3.4). Moreover, suicide risk was increased in all types of trauma: emotional neglect (OR = 3.7), physical neglect (OR = 2.8), sexual abuse (OR = 3.4), physical abuse (OR = 3.1), and emotional abuse (OR = 6.6). Thus, preventing early trauma may reduce suicide risk in young individuals.

*Keywords:* suicide risk, childhood trauma, emotional abuse.

## INTRODUCTION

Suicide represents an extremely important concern nowadays. Worldwide reports from the World Health Organization and from an important review article using studies from 1997 to 2007 (Nock et al., 2008; WHO, 2012) have identified suicide as one of the three leading causes of death among those in the most economically productive age group (15-44 years), and the second leading cause of death in the 15-19 years age group around the world. In Brazil, the mean suicide rate is 4 to 6 deaths in every 100,000 inhabitants (Kapczinski, Quevedo, Schitt, & Chachamovich, 2001). The state of Rio Grande do Sul, where the present study was conducted, presents the highest suicide rates in Brazil (Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009; Meneghel, Victora, Faria, Carvalho, & Falk, 2004). Moreover, the statistics of suicide have increased among younger individuals (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010; Botega, 2009) and it shall reach the prevalence of more than 2.0% in the year of 2020 (Mello-Santos, Wang, & Bertolote, 2005; Vidal, Gontijo, & Lima, 2013; Volpe, Corrêa, & Barrero, 2006).

Suicidal behavior involves self-harming acts performed by the individual with the actual intention of dying, whereas suicidal ideation comprises thoughts that may range from “life is not worthy of being lived” and/or “it would be better if I died” to the concrete planning of the suicide act (Kapczinski & Quevedo, 2009). Suicide risk includes both suicidal behavior and ideation. It has been associated with several variables, such as alcohol abuse/dependence (Koller & Preuß, 2002), impulsiveness (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Oquendo et al., 2004), feminine gender, being single and unemployed, psychiatric disorders, and stressful events (Isohookana, Riala, Hakko, & Rasanen, 2013; Sarchiapone, Carli, Cuomo, & Roy, 2007).

Stressful events, such as childhood trauma, are important risk factors for suicide (Roy, 2011). Early traumatic experiences have been associated with suicidal behavior (Mann, 1998; McGowan et al., 2009), and a history of physical and/or sexual violence, neglect and rejection are adverse life events highly associated with suicide (Prieto & Tavares, 2005). Emotional abuse, specifically, may compromise the psychological development (Moor & Silvern, 2006) and leave profound emotional scars (Portwood, 1999) that will accompany the subject in adulthood and may trigger important psychopathologies (Finzi-Dottan & Karu, 2006). On this subject, a Korean study revealed that continuous emotional abuse during childhood was significantly associated with suicidal behavior in a group of students. The prevalence of suicidal behavior among the students who had experienced early trauma was 34.0%, compared to the prevalence of 18.1% among those without history of trauma (Jeon & al, 2009).

Despite the lack of population-based studies associating childhood trauma and suicide risk, one American study reported that childhood trauma predispose the individual to suicidal behavior (Sarchiapone et al., 2007). Thus, the purpose of this study was to verify the relationship between traumatic experiences during childhood and current suicide risk in a population-based sample of individuals aged 14-35 years, in the urban area of Pelotas, south of Brazil.

## **METHOD**

This was a cross-sectional population-based study including individuals from 14 to 35 years of age, who lived in the urban area of Pelotas, RS (Brazil). Sample selection was performed by clusters between June 2011 and October 2012. Sample size was estimated according to the following parameters: reliability of 95%, power of 80%, outcome prevalence of 10%, and lowest expected prevalence of 8%. In order to assure the necessary sample size, 48 sectors were randomly selected from the current census of 448 sectors in the city ((IBGE), 2010) considering the population of approximately 97,000 individuals. Finally, sample was composed of 1380 young individuals. After identifying the subjects, those who agreed to participate in this study were interviewed at their domicile or were invited to come to the Psychological Clinic of the university to respond to the interview.

Suicide risk was assessed with the Brazilian validated version (Amorim, 2000) of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). The coefficients (Kappa, sensibility and specificity) of the original version of the MINI (Lecrubier, Sheehan, Weiller, & Amorim, 1997) were good or very good for all diagnoses with the exception of generalized anxiety disorder ( $\kappa = .36$ ), agoraphobia (sensibility = .59) and bulimia ( $\kappa = .53$ ). Also, inter-rater and test-retest reliability were good. Regarding the Brazilian version, the reliability coefficients were good. Both the MINI and the MINI Plus presented psychometric qualities similar to the ones of more complex standardized diagnostic interviews (CIDI, SCID-P, expert evaluation) in different settings (psychiatric units and centers of primary care), which allows a diminishment of the evaluation time in 50%. The suicidality section of the MINI inquires about several components of current suicide risk. The interviewee answers yes or no to six questions

regarding the previous month: 1) Have you wished you were dead? (Score: 1 point); 2) Have you wanted to harm yourself? (2 points); 3) Have you thought about performing suicide? (6 points); 4) Have you planned on how to perform suicide? (10 points); 5) Have you attempted suicide? (10 points); and 6) Have you ever attempted suicide? (4 points). The range of suicide risk was "low" (score 1-5), "moderate" (score 6-9), and "high" (score  $\geq 10$ ). For analyses purposes, the scores were dichotomized as absent (low or absent risk) or present (moderate or high risk), as recommended by the MINI authors (Amorim, 2000).

Childhood trauma was evaluated using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), which is a self-report scale that investigates history of childhood neglect and/or abuse in five trauma domains: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect. The original version of the instrument presented good validity and reliability coefficients, with internal consistency medians ranging from  $\alpha = .66$  to  $\alpha = .92$  (Benstein et al., 2003). The Brazilian translated and adjusted version is appropriate for evaluating people older than 12 years old (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006). The CTQ is an easily understandable 5-item Likert scale on which the individual rates the frequency of 28 sentences related to traumatic situations during childhood.

In addition to the MINI and the CTQ, the participants answered to a questionnaire on socioeconomic status, work, and substances use. The evaluation of socioeconomic classification was carried out through the ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ((ABEP), 2003), which is a scale based on the accumulation of material assets and on the schooling of the head of the household. It categorizes people into classes (A, B, C, D, and E) according to the scores, where A refers to the

highest socioeconomic class and E to the lowest one. Work was evaluated through a yes or no question. Substance use was assessed using the ASSIST 2.0/OMS (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Its original version (Group, 2002) presented good test-retest reliability (Kappa ranging from .58 to .90). The validated version for Brazilian use presented good internal consistence with sensibility levels ranging from 84% to 91%, specificity levels ranging from 79% to 98%, positive prediction values ranging from 80% to 93%, and negative prediction values ranging from 85% to 96% (Henrique, Micheli, Lacerda, Lacerda, & Formigoni, 2004).

The Chi-square test was used for comparison between proportions. In order to control for possible confounding factors, logistic regression was employed. Statistical analyses were performed using the SPSS 13.0 for Windows. The analyses were performed through a conceptual hierarchical model. The first level was composed of sociodemographic variables (gender, age, ethnicity, socioeconomic class, work, marital status) and the second level comprised behavioral and childhood-trauma-related variables (alcohol and tobacco use and the five CTQ domains). The variables that presented  $p \leq 0.20$  in the crude analysis were included in the adjusted analysis according to the levels proposed in the hierarchical model (Victora, Huttly, Fuchs, & Olinto, 1997).

All participants gave written informed consent for the analyses and anonymous publication of the research findings. The study was approved by the Research Ethics Committee from the Catholic University of Pelotas in accordance with existing regulation (CONEP-Res196/96).

## RESULTS

From the 1507 individuals initially identified, 55 refused to participate and 72 were considered losses by lack/change of contact information. Thus, total sample consisted on 1380 subjects.

The prevalence of suicide risk was 11.5%. The prevalence of lifetime suicide attempts were higher ( $p = 0.000$ ) amongst women (9.4%) when compared to men (4.2%). Regarding childhood trauma, the participants presented the following prevalence figures: 15.2% of emotional neglect; 13.5% of physical neglect; 7.6% of sexual abuse; 10.1% of physical abuse, and 13.8% of emotional abuse.

Table 1 shows sample's distribution. In the crude analysis, suicide risk was associated with being female ( $p \leq 0.001$ ); low socioeconomic class ( $p = 0.007$ ); no current work ( $p \leq 0.001$ ); alcohol abuse ( $p \leq 0.001$ ), tobacco use ( $p \leq 0.001$ ), and all trauma domains ( $p \leq 0.001$ ).

After adjusting for possible confounding variables, suicide risk remained associated ( $p \leq 0.001$ ) with feminine gender, no current work, alcohol abuse, tobacco use, and all trauma domains. The odds ratio of presenting suicide risk were 1.8 times higher (CI 95%: 1.3; 2.6) in women when compared to men; subjects who were not currently working presented an odds ratio of suicide risk 2.3 (CI 95%: 1.6; 3.3) times higher than those who were currently working. The odds of presenting suicide risk were 2.6 times higher among the individuals who abused alcohol (CI 95%: 1.6; 4.0) and 3.4 times higher among the ones who used tobacco (CI 95%: 2.4; 4.8), when compared to the individuals who did not abuse alcohol or smoked, respectively. The odds of suicide risk were 3.7 (CI 95%: 2.4; 5.5) times higher among the individuals who suffered emotional neglect; 2.8 (CI 95%: 1.8; 4.3) times higher among the ones who suffered

physical neglect, 3.4 (CI 95%: 2.0; 5.6) times higher among the subjects who suffered sexual abuse, 3.1 (CI 95%: 1.9; 4.9) times higher among the ones who suffered physical abuse, and 6.6 (CI 95%: 4.4; 9.8) times higher among individuals who suffered emotional abuse, all when compared to those who did not suffer that type of childhood trauma.

## **DISCUSSION**

The present study verified the relationship between childhood trauma and suicide risk in young individuals. The prevalence of suicide risk in this sample was 11.5%. One study that also used a sample of young subjects found a prevalence of 12.1% of suicidal thoughts and 11.5% of suicidal planning (Jiang, Perry, & Hesser, 2010). Another study found a lifetime prevalence of suicidal attempts between 1% and 5% considering the general population and from 3% to 20% among young individuals (Vidal et al., 2013). These data corroborate the knowledge from clinical practice and from the DSM-IV (Association, 2002) regarding the age of onset of psychiatric symptoms and emphasizes the importance of studies with individuals from this group age, such as the present work.

The trauma categories evaluated in this investigation were physical and emotional neglect, physical and emotional abuse, and sexual abuse. All types of trauma were associated with suicide risk, which is in accordance with an American study that found significant correlations between childhood trauma and suicide risk and another Brazilian study, both also using CTQ (Sarchiapone et al., 2009; Vidal et al., 2013).

Emotional abuse was strongly associated with suicide risk. Studies point out that emotional abuse is the type of trauma mostly associated with suicidal behavior

(Clements-Nolle, Wolden, & Bragmann-Losche, 2009; Jeon & al, 2009). Also, one study demonstrated that individuals with a previous suicide attempt had more elevated scores in emotional abuse and neglect (Sarchiapone et al., 2007) than in the other domains. Emotional abuse may trigger immediate damages in affective, cognitive and behavioral functioning (Myers et al., 2002), with resultant negative effects on social interaction, self-esteem, the ability to establish healthy interpersonal relationships, and it may also lead to the development of depression, anxiety and suicidality. (Finzi-Dottan & Karu, 2006; Gobitta & Guzzo, 2002).

Literature also indicates a relationship concerning physical and sexual abuse and suicide risk (Ystgaard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004). This study found slightly lower odds of suicide risk in the physical neglect and abuse domains, when compared to the other domains of childhood abuse. However, neglect is known to affect psychological well-being through behavioral, emotional, and cognitive paths that are considered risk factors to suicide behavior (Braquehais, Oquendo, Baca-García, & Sher, 2010). Even though sexual abuse did not present the highest odds of suicide risk, some important studies which used longitudinal data sources reported significant association between sexual abuse during childhood and later suicidal behavior (Dube et al., 2005; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Molnar, Berkman, & Buka, 2001).

Suicide risk was higher among women, which is in accordance with other studies (Isohookana et al., 2013; Sarchiapone et al., 2007). Moreover, the number of suicide attempts was higher amongst women. According to the literature, men tend to complete more suicide whereas women present a higher number of attempts (D'Oliveira, 2005; Nicolato, Perez, & Correa, 2006; Parente, Soares, Araújo, Cavalcante, & Monteiro, 2007; Vidal et al., 2013).

Regarding socioeconomic variables, individuals who were not currently working also presented higher suicide risk, which is in agreement with the association between unemployment and suicide attempts presented by an American study (Sarchiapone et al., 2007). Unemployment may directly or indirectly affect suicide mortality and increase anxiety when facing the possibility of not having a paid job (Chuang & Huang, 1999; Diekstra & Garnefski, 1999). Also, the economic and familial distress that may come from unemployment may be a risk factor for suicidal behavior (Stack, 2000), due to social depreciation.

On the matter of substance use, alcohol and tobacco were associated with suicidal behavior. Alcoholism and the use of other substances are strongly related to suicidal experiences (Dube et al., 2001), being childhood trauma a determinant factor of impulsive behavior in adulthood (Roy, 2005).

Some limitations must be pointed out. First of all, the information regarding childhood was obtained using a self-report instrument. Thus, the participants may not properly report the risk behavior in the correct amounts. (Hadland, 2012; Roy, 2011). Another limitation is the use of cross-sectional data, which may limit the degree of temporality of the study (Hadland, 2012). Nevertheless, it is important to emphasize that this is a population-based study with a sample of young individuals, which provides the possibility of early identification and prevention.

In conclusion, our data reveal that childhood trauma is associated with suicide risk in older adolescence and young adulthood. Thus, preventing early trauma may reduce significantly suicidal behavior in this population (Braquehais et al., 2010)

## REFERENCES

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2003). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). from <http://www.abep.org.br>
- American Psychological Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)* (4 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Benstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Suppl2:S), 87-95.
- Botega, N. J. (2009). *Comportamento Suicida: conhecer para prevenir*. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria.
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-García, E., & Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 121-129.
- Chuang, H., & Huang, W. (1999). A reexamination of sociological and economic theories of suicide: a comparison of the USA and Taiwan. *Social Science and Medicine*, 1996(43), 421-423.

- Clements-Nolle, K., Wolden, M., & Bragmann-Losche, J. (2009). Childhood trauma and risk for past and future suicide attempts among women in prison. *Women Health Issues, 19*(3), 185-192.
- D'Oliveira, C. F. A. (2005). Perfil epidemiológico dos suicídios: Brasil e regiões, 1996 a 2002. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>
- Diekstra, R. F. W., & Garnefski, W. (1999). On the nature, magnitude and causality of suicidal behavior on international perspective. *Suicide and Life-threatening Behavior, 25*, 36-57.
- Dube, S., Anda, A., Whitfield, C., Brown, D., Felitti, V., Dong, M. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine, 28*(5), 430-438.
- Dube, S., Anda, R., Felitti, V., Chapman, D., Williamson, D., & Giles, W. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA: the Journal of the American Medical Association, 286*(24), 3089-3096.
- Fergusson, D., Boden, J., & Horwood, L. (2008). Exposure to Childhood Sexual and Physical Abuse and Adjustment in Early Childhood. *Child Abuse and Neglect, 32*(6), 607-619.
- Finzi-Dottan, R., & Karu, T. (2006). From Emotional Abuse in Childhood to Psychopathology in Adulthood: A Path Mediated by Immature Defense Mechanisms and Self-Esteem. *The Journal of nervous and Mental Disease, 194*(8), 616-621.

- Gobitta, M., & Guzzo, R. (2002). Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) – Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 143-150.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e Validação de Conteúdo da Versão em Português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-255.
- Hadland, S. E. (2012). Suicide and history of childhood trauma among street youth. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 377-380.
- Henrique, I., Micheli, D. D., Lacerda, R., Lacerda, L., & Formigoni, M. L. (2004). Validação da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 199-206.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Retrieved 8 October, 2013, from <http://www.ibge.gov.br/home/>
- Isohookana, R., Riala, K., Hakko, H., & Rasanen, P. (2013). Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 13-22.
- Jeon, H. J., & al, e. (2009). Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 210-214.
- Jiang, Y., Perry, D. K., & Hesser, J. E. (2010). Adolescent suicide and health risk behaviors: Rhode Island's 2007 Youth Risk Behavior Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 551-555.
- Kapczinski, F., & Quevedo, J. (2009). *Transtorno Bipolar Teoria e Clínica* (1 ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Kapczinski, F., Quevedo, J., Schitt, R., & Chachamovich, E. (2001). *Emergências Psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed.
- Koller, G., & Preuß, U. W. (2002). Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 155-160.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., & Amorim, P. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231.
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise Epidemiológica do Suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Supll II), 586-593.
- Mann, J. J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4(1), 25-30.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G., & Malone, K. M. (1999). Toward a model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Laboné, B., Szyf, M. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12(3), 342-348.
- Mello-Santos, C., Wang, Y. P., & Bertolote, J. M. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 131-134.

- Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A. d., & Falk, J. W. (2004). Características Epidemiológicas do Suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública, 38*(6), 804-810.
- Molnar, B., Berkman, L., & Buka, S. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behavior in the US. *Psychopathological Medicine, 31*(96), 965-977.
- Moor, A., & Silvern, L. (2006). Identifying pathways linking child abuse to Psychological Outcome: The mediating role of perceived parental failure of empathy. *Journal of Emotional Abuse, 6*(4), 110-143.
- Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C., & Reid, T. A. (2002). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. London: Sage Publications.
- Nicolato, R., Perez, S., & Correa, H. (2006). Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana *Suicídio, uma morte evitável* (pp. 103-114). São Paulo: Editora Atheneu.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*, 133-154.
- Oquendo, M. A., Galfalvy, W., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry., 161*(1433-1441), 1433.
- Parente, A. C. M., Soares, R. B., Araújo, A. R. F., Cavalcante, I. S., & Monteiro, C. F. S. (2007). Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem, 60*, 377-381.

- Portwood, S. (1999). Coming to terms with a consensual definition of child maltreatment. *Child Maltreatment*, 4, 56-68.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54, 146-154.
- Roy, A. (2005). Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Archives of Suicide Research*, 9(2), 147-151.
- Roy, A. (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 205-208.
- Sarchiapone, M., et al. (2009). Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior – via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *European Psychiatry*, 24(1), 57-62.
- Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, C., & Roy, A. (2007). Childhood Trauma and Suicide Attempts in Unipolar Depressed Patients. *Depression and Anxiety*, 24, 268-272.
- Stack, S. (2000). Suicide: a 15-year review of the sociological literature Part I: cultural and economic factors. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 30, 145-162.
- Victora, C., Huttly, S., Fuchs, S., & Olinto, M. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, 26(1), 224-227.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 175-187.

- Volpe, F. M., Corrêa, H., & Barrero, S. P. (2006). Epidemiologia do suicídio *Suicídio, uma morte evitável* (pp. 11-27). São Paulo: Editora Atheneu.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior. *Child Abuse and Neglect*, 28(8), 863-875.
- WHO - World Health Organization (2012). Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework (pp. 26).
- WHO Assist Working Group (2002). The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194.

Table 1 – Suicide Risk, childhood trauma and other associated factors.

	<b>N(%)</b>	<b>Suicide Risk</b>	<b>Crude OR (95% CI)</b>	<b>p value</b>	<b>Adjusted OR (95% CI)</b>	<b>p value</b>
<b>Gender</b>						
Male	594(43.0)	48(08.1)	1.00	≤ 0.001*	1.00	≤ 0.001*
Female	786(57.0)	110(14.0)	1.8 (1.3; 2.6)		1.8 (1.3; 2.6)	
<b>Age</b>				0.125		0.074
14 to 20 years old	469(34.0)	48(10.3)	1.00		1.00	
21 to 27 years old	451(32.7)	46(10.2)	0.9 (0.6; 1.5)		0.7 (0.4; 1.2)	
28 to 35 years old	460(33.3)	64(14.0)	1.4 (0.9; 2.1)		1.2 (0.7; 1.9)	
<b>Ethnicity</b>				0.593		
Caucasian	1069(77.5)	120(11.2)	1.00			
Non- Caucasian	311(22.5)	38(12.3)	1.1 (0.7; 1.6)			
<b>Socioeconomic Class**</b>				0.007*		0.422
High	452(32.9)	37(08.2)	1.00		1.00	
Intermediate	464(33.7)	51(11.0)	1.4 (0.9; 2.2)		1.2 (0.7; 1.9)	
Low	459(33.4)	68(14.8)	1.9 (1.3; 2.9)		1.4 (0.8; 2.2)	
<b>Working**</b>				≤ 0.001*		≤ 0.001*
No	639(46.3)	101(15.9)	2.3(1.6; 3.3)		2.3 (1.5; 3.4)	
Yes	654(47.4)	49(07.5)	1.00		1.00	
<b>Marital Status**</b>				0.788		
Single	916(66.4)	101(11.1)	1.00			
Married or living with partner	437(31.7)	54(12.4)	1.1 (0.7; 1.6)			
Separated or divorced	26(01.9)	3(11.5)	1.0 (0.3; 3.5)			

<b>Alcohol Abuse**</b>				$\leq 0.001^*$	$\leq 0.001^*$
No	1252(90.8)	129(10.3)	1.00		1.00
Yes	127(9.2)	29(22.8)	2.6 (1.6; 4.0)		2.5 (1.4; 4.2)
<b>Tobacco use**</b>				$\leq 0.001^*$	$\leq 0.001^*$
No	1096(79.7)	91(8.3)	1.00		1.00
Yes	280(20.3)	66(23.6)	3.4 (2.4; 4.8)		2.7 (1.8; 4.0)
<b>Emotional Neglect**</b>				$\leq 0.001^*$	$\leq 0.001^*$
No	1169(84.8)	99(8.5)	1.00		1.00
Yes	209(15.2)	59(28.5)	4.3 (2.9; 6.2)		3.7 (2.4; 5.5)
<b>Physical Neglect**</b>				$\leq 0.001^*$	$\leq 0.001^*$
No	1190(86.5)	108(9.1)	1.00		1.00
Yes	186(13.5)	49(26.8)	3.7 (2.5; 5.4)		2.8 (1.8; 4.3)
<b>Sexual Abuse**</b>				$\leq 0.001^*$	$\leq 0.001^*$
No	1267(92.4)	123(9.7)	1.00		1.00
Yes	104(7.6)	33(32.0)	4.4 (2.8; 6.9)		3.4 (2.0; 5.6)
<b>Physical Abuse**</b>				$\leq 0.001^*$	$\leq 0.001^*$
No	1238(89.9)	119(9.6)	1.00		1.00
Yes	139(10.1)	38(27.3)	3.5(2.3; 5.3)		3.1 (1.9; 4.9)
<b>Emotional Abuse**</b>				$\leq 0.001^*$	$\leq 0.001^*$
No	1183(86.2)	82(6.9)	1.00		1.00
Yes	190(13.8)	76(40.2)	9.0 (6.2; 13.0)		6.6 (4.4; 9.8)
<b>Total</b>	1380(100)	158(11.5)			

\* Significant  $p$  value

\*\*The variable contains missing values

**ARTIGO 2 – Para posterior publicação no Child Abuse & Neglect.**

**TITLE:** RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA, MOOD DISORDERS (DEPRESSION/BIPOLAR DISORDER) AND ASSOCIATED FACTORS: A POPULATION-BASED STUDY FROM THE SOUTH OF BRAZIL.

*Authors:*

Luana Porto Barbosa<sup>a</sup>

[luana083@gmail.com](mailto:luana083@gmail.com)

Luciana Quevedo<sup>a</sup>

[lu.quevedo@bol.com.br](mailto:lu.quevedo@bol.com.br)

Giovanna Del Grande da Silva<sup>a</sup>

[giggiaadgsa@gmail.com](mailto:giggiaadgsa@gmail.com)

Jaciana Marlova Gonçalves Araújo<sup>a</sup>

[jacianamga@hotmail.com](mailto:jacianamga@hotmail.com)

Ricardo Azevedo da Silva<sup>a</sup>

[ricardoas@uol.com.br](mailto:ricardoas@uol.com.br)

<sup>a</sup> *Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas*

*Félix da Cunha, 412 – Centro – 96010-000 - Pelotas, Brazil. Tel: 55 53 21288404*

*Corresponding author and information:*

Ricardo Azevedo da Silva

Universidade Católica de Pelotas (Catholic University of Pelotas)

Félix da Cunha, 412 – Centro – Pelotas/RS

CEP: 96010-000

Brazil

Email: [ricardo.as@uol.com.br](mailto:ricardo.as@uol.com.br)

Phone number: 55 53 91330050

**AUTHOR ACKNOWLEDGMENTS**

The authors would like to thank CNPQ for funding this work, Dr. Ricardo Silva for supervising the work from its beginning, and Dr. Luciana Quevedo for the assistance with analyzing data and writing the manuscript.

## ABSTRACT

Childhood trauma has been recognized as an important stress factor that may contribute to the development of psychiatric disorders in adult life, especially mood disorders (Depression and Bipolar Disorder). The aim of the present study is to verify the relationship between childhood trauma and the development of mood disorders in adulthood. This is a population-based cross-sectional study. Childhood trauma was evaluated using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and mood disorders were evaluated using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Moreover, participants responded to a questionnaire containing information on sociodemographic variables and substance use. Sample was composed of 1856 individuals. The prevalence of depression and bipolar disorder was 17.2% and 14.1%, respectively. Current depression was associated with female gender ( $p < 0.001$ ), non-white individuals ( $p < 0.001$ ), physical neglect ( $p < 0.001$ ), emotional abuse ( $p < 0.001$ ), alcohol abuse ( $p < 0.001$ ), and tobacco use ( $p = 0.006$ ). Bipolar disorder was associated ( $p < 0.001$ ) with color of the skin, emotional abuse, alcohol abuse, and tobacco use. The present study verified the relationship between childhood trauma and mood disorders (depression and BD) in young adults. This type of study is essential to support the creation of new prevention and intervention strategies targeting this population.

*Keywords:* Childhood trauma; Mood Disorders; Depression; Bipolar Disorder.

## INTRODUCTION

Childhood trauma has been recognized as an important stress factor that may contribute to the development of psychiatric disorders in adult life. Traumatic experiences in childhood, such as physical and emotional maltreatment, may lead to enduring impairments in the individual's development and significant manifestations in adulthood (Heim & Nemeroff, 2001). Childhood trauma has been associated with mood disorders (Alloy, Abramson, Smith, Gibb & Neeren, 2006) and even though different studies have already indicated a relationship between them, further studies are needed to elucidate the consequences of this association and the implications on the individual's life (Heim & Nemeroff, 2001). On this matter, one study with young adults from the south of Brazil indicated that childhood trauma is an important risk factor for suicidal behavior in adulthood (Barbosa et al, 2014).

Depression is a recurrent and incapacitating disorder characterized by depressed mood and loss of pleasure or interest in daily activities (Alonso Caballero, Bromet & Kessler, 2011). In order to confirm the diagnosis, patients are questioned about psychomotor, cognitive and somatic alterations (American Psychiatric Association, 2013). It is estimated that depression will occupy the first position in the list of morbidities with the highest burden of disease by 2030 (World Health Organization, 2008).

Traumatic experiences during childhood are amongst the risk factors for depression in adulthood. They damage the individuals' quality of life and lead to clinical manifestations, such as depressive episodes throughout life (Zavaschi *et al*, 2002).

Bipolar Mood Disorder (BD) is a mental disorder characterized by mood alterations and recurrent depressive and manic episodes throughout life (Michelon & Vallada, 2005). Childhood trauma is not only related to BD, but it also interferes with the clinical response to the disorder which results in an earlier onset (Hyun, Friedman & Dunner, 2000). This is corroborated by another study that states that individuals with bipolar mood disorder with a history of childhood maltreatment present a more severe version of the disorder (Alloy, Abramson, Smith, Gibb & Neeren, 2006).

The aim of this study was to verify and corroborate the relationship between childhood trauma and the development of mood disorders (depression and BD) in adulthood, using a population-based sample.

## METHODS

This is a cross-sectional study nested within a population-based bigger study with individuals aged 14-35 years, domiciled in the urban area of Pelotas, RS (Brazil). Sample selection was performed by clusters between June 2011 and October 2012. Sample size was estimated according to parameters of reliability (95%), power (80%), outcome prevalence (10%), and lowest expected prevalence (8%). In order to assure the necessary sample size, 48 sectors were randomly selected from the current census of 448 sectors in the city (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010) considering the population of approximately 97,000 individuals. Final sample was composed of 1,856 young individuals. After identifying the potential sample, individuals who agreed to participate in this study were interviewed at their domicile or were invited to come to the Psychological Clinic of the university to participate.

Mood disorders were evaluated using the Brazilian validated version (Amorim, 2000) of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). The coefficients (Kappa, sensibility and specificity) of the original version of the MINI (Lecrubier, Sheehan, Weiller, & Amorim, 1997) were good or very good for all diagnoses with the exception of generalized anxiety disorder (kappa = .36), agoraphobia (sensibility = .59), and bulimia (kappa = .53). The reliability coefficients of the Brazilian version were good. Both the MINI and the MINI Plus presented psychometric qualities similar to more complex standardized diagnostic interviews (CIDI, SCID-P, expert evaluation) in different settings (psychiatric units and centers of primary care), which allows a diminishment of the evaluation time.

Childhood trauma was evaluated using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), which is a self-report scale that investigates history of abuse/neglect during childhood in five trauma domains: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect. The original version of the instrument presented good validity and reliability coefficients with internal consistence median values ranging from .66 to .92 (Benstein et al., 2003). The Brazilian version is appropriated for the evaluation of individuals older than 12 years of age (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006). The CTQ is an easily understandable Likert scale composed of 28 sentences regarding traumatic situations experienced during childhood.

In addition to the MINI and the CTQ, the participants answered to a questionnaire on socioeconomic status, work, and substances use. The evaluation of socioeconomic classification was carried out using the National Economic Index (IEN) which is based on the accumulation of material assets and on the schooling of the head of the household (Barros & Victora, 2005). Alcohol use was evaluated through the

CAGE (Cut down annoyed guilty eye-opener) alcoholism screening test (Masur & Monteiro, 1983).

The Chi-square test was used for comparison between proportions. In order to control for possible confounding factors, poisson regression was employed. Statistical analyses were performed using the SPSS 13.0 for Windows and the STATA 12. The analyses were performed through a conceptual hierarchical model. The variables that presented  $p \leq 0.20$  in the crude analysis were included in the adjusted analysis according to the levels proposed in the hierarchical model (Victora, Huttly, Fuchs, e Olinto, 1997). All participants gave written informed consent for the analyses and anonymous publication of the research findings. The study was approved by the Research Ethics Committee from the Catholic University of Pelotas in accordance with existing regulation (CONEP- Resolução 466 / 2012).

## RESULTS

Sample was initially composed of 1856 young adults aged between 14 and 35 years who were domiciled in the urban area of Pelotas. The prevalence of Depression and Bipolar Disorder was 17.2% and 14.1%, respectively. Childhood trauma in the group of young adults with current depression presented the following prevalence figures: 33.5% of emotional neglect, 36.5% of physical neglect, 34.4% of sexual abuse, 31.2% of physical abuse, and 51.4% of emotional abuse. The prevalence of childhood trauma in the group of individuals with bipolar disorder was: 23.2% of emotional neglect, 24.6% of physical neglect, 23.2% of sexual abuse, 23.4% of physical abuse, and 33.3% of emotional abuse.

Table 1 shows the sample distribution of depressed individuals and the associated factors. Current depression was associated to almost all analyzed variables: female gender ( $p < 0.001$ ), non-white individuals ( $p < 0.001$ ), all trauma-related domains ( $p < 0.001$ ), alcohol abuse ( $p < 0.001$ ), and tobacco use ( $p < 0.001$ ). Also, the table shows the Poisson regression used to adjust for possible confounding factors. After the adjusted analysis, depression remained associated with female gender ( $p < 0.001$ ), non-white individuals ( $p < 0.001$ ), physical neglect ( $p < 0.001$ ), emotional abuse ( $p < 0.001$ ), alcohol abuse ( $p < 0.001$ ), and tobacco use ( $p = 0.006$ ). The chance of presenting current depressive episode was two times higher amongst women when compared to men (95% CI [1.60; 2.50]). Regarding the color of the skin, non-white individuals presented a chance 1.62 times higher (95% CI [1.33; 1.99]) of presenting Depression when compared to white participants. The childhood trauma domains that persisted associated with current depressive episode even after adjusting for possible confounding factors were physical neglect: 1.49 (95% CI [1.19; 1.87]), and emotional abuse – individuals who have suffered emotional abuse in childhood presented a chance 3.47 (95% CI [2.81; 4.29]) times higher of being depressed when compared to individuals who did not experienced this type of trauma. People who abused alcohol also had a higher chance – 1.47 (CI 95% [1.21; 1.79]) – of presenting current depressive episode when compared to non-abusers. Tobacco smokers had a chance 1.33 (CI 95% [1.08; 1.64]) times higher of being depressed than individuals who did not smoke.

Table 2 shows the sample distribution of bipolar individuals and the associated factors. Bipolar mood disorder was initially associated with color of the skin ( $p < 0.001$ ), all trauma domains ( $p < 0.001$ ), alcohol abuse ( $p < 0.001$ ) and tobacco use ( $p < 0.001$ ). The variables that maintained association ( $p < 0.001$ ) with bipolar disorder after the

adjusted (Poisson) analysis were color of the skin, emotional abuse, alcohol abuse, and tobacco use. Non-white individuals presented a chance 1.53 (CI 95% [1.21; 1.93]) times higher of presenting BD than white participants. The only childhood trauma domain that persisted associated with BD was emotional abuse; the chance of presenting BD was 2.93 (CI 95% [2.34; 3.66]) times higher in these individuals when compared to those who did not suffer this type of trauma during childhood. Moreover, the chance of presenting BD was 1.61 (CI 95% [1.3; 3.4]) times higher amongst people who abused alcohol when compared to non-abusers, and individuals who used tobacco also presented chance of BD nearly two times higher (1.81 (CI 95% [1.44; 2.28])) when compared to individuals who did not use tobacco.

## DISCUSSION

The present study verified the relationship between childhood trauma and mood disorders (depression and bipolar disorder) in young adults. The prevalence of current depression was 17.2%, which is in accordance with another Brazilian study that found a 17% lifetime prevalence of depression in the general population (Andrade, Walters, Gentil & Laurenti, 2002). Also, the World Health Organization (2013) estimates that more than 350 million people suffer from Depression.

Current depression was more prevalent amongst women (22.2%), which corroborates other findings that the prevalence of depression in women varies approximately from 10% to 20% and it is slightly lower than amongst men (WHO, 2013). Several other studies also found a higher prevalence of depression amongst women (Hegadoren, Norris, Lasiuk, Silva, & Chivers-Wilson, 2009; Ansseau, Fischler,

Dierick, Albert, Leyman, & Mignon, 2008; Gonçalves & Kapczinski, 2008; De Andrade, Viana, & Silveira, 2006) when compared to men.

Non-white color of the skin was associated with current depressive episode. One American study with young women found depressive symptoms to be associated with African American race (Deal & Holt, 1998). Another study identified a high prevalence of depression amongst non-white teenage women (Souza, 2014).

The types of trauma that maintained association with depression were emotional abuse and physical neglect. One Brazilian study (Martins, Baes, De Carvalho Tofoli & Juruena, 2014) that used the same evaluation (diagnosis and childhood trauma) instruments than the present study showed that emotional abuse was positively associated with psychopathology in adults, especially mood disorders ( $p < 0.05$ ). This corroborates the notion that the impact of early stressful experiences, especially emotional abuse, may trigger psychiatric disorders; it also indicates that the severity of childhood trauma is associated with the severity of symptoms in adulthood. Physical neglect is one of the most reported childhood traumatic experiences, such as lack of basic care and inadequate supervision (the child is left alone and unattended for long periods of time); it may have a great impact in the adult life of individuals who have experienced this type of childhood trauma (Lezin & Long, 2002; Pires & Miyazaki, 2005).

Some studies suggest a strong association between childhood trauma and depression (Bailer *et al*, 2014) and less coping strategies regarding the disorder amongst individuals who have suffered some type of childhood trauma (Gopinath, Katon, Russo & Ludman, 2007).

Alcohol abuse and tobacco use were also significantly associated with depression. One Brazilian study (King, Nardi & Cruz, 2006) showed that alcohol abuse is usually associated with depressive episodes due to the fact that constant and intense alcohol use for long periods in life may help covering up the suffering caused by sadness symptoms. Other studies demonstrated that tobacco use in depressed individuals is associated with a higher possibility of maintaining the current episode and of presetting recurrent episodes (Glassman, Covey, Stetner & Rivelli, 2001; Rondina, Gorayeb & Botelho, 2003).

The prevalence of BD in this sample was 14.1%. Epidemiological studies indicate a prevalence of BD ranging between 2% and 6% (Judd & Akiskal, 2003). Nonetheless, the prevalence of BD in general population may vary between 3% and 8.3% if the bipolar specter is considered (Moreira & Bloc, 2012). There is an estimate of the WHO that puts the BD amongst the ten most debilitating disorders in developed countries (Goodwin & Jamison, 2010). Non-white individuals were also associated with bipolar disorder. Even though studies already revealed the association between non-white individuals and depressive disorders (Deal & Holt, 1998; Souza, 2014), other studies suggest that the prevalence of bipolar disorder is not influenced by race (Hilty, Brady, & Hales, 1999; Santin, Ceresér & Rosa, 2005).

Childhood trauma has been characterized as a possible environmental risk factor for BD (Etain, Henry, Bellivier, Mathieu & Leboyer, 2008). The only trauma domain that persisted associated with BD after adjusting for confounding factors was emotional abuse. One cohort study with young bipolar adults revealed that emotional abuse was the most reported type of trauma, followed by physical abuse and emotional neglect (Garno, Goldberg, Ramirez & Ritzler, 2005).

Alcohol abuse and tobacco use were also significantly associated with BD, which is in accordance with another study (Cyrino, Safanelli & Rodrigues, 2014) that states this is a disorder strongly associated with abusive use of psychoactive substances related with worse course of disease and more severe symptoms, when compared to BD individuals that do not abuse these substances. Regarding tobacco, other findings corroborated the results that smoking is more frequent amongst individuals with mental disorders (approximately one third more frequent) than other individuals from general population (De Prevenção & Vigilância, 2012; De Oliveira, Júnior, Santos & Furegato, 2014).

This study has some limitations. It is possible that young adults with mood disorders remember traumatic events more frequently than people without it due to the presence of the disorder itself. Conversely, people who have suffered some types of trauma, such as sexual abuse, may not report it or even remember it due to threat of psychological imbalance that could result from it (Moreno, Junior & Ernesto, 2012; Maia, 2002). Nonetheless, it is important to emphasize that this is a population-based study with young individuals in a very functional age. Moreover, childhood trauma is strongly associated with the development of psychiatric disorders in adult life. This type of study is crucial to support the creation of new prevention and intervention strategies targeting this population.

In summary, there is a need for more population-based studies in Brazil, since there is a lack of such references in this country (Figueiredo, Dell'aglio, Silva, de Mattos Souza, & de Lima Argimon, 2014).

## REFERENCES

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Smith, J. M., Gibb, B. E., & Neeren, A. M. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical child and family psychology review*, 9(1), 23-64.
- Alonso Caballero, J., Bromet, E., & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011; 9: 90.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validac ão de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais [MiniInternational Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(7), 316-325.
- Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Albert, A., Leyman, S., & Mignon, A. (2008). Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depression and anxiety*, 25(6), 506-513.

- Bailer, J., Witthöft, M., Wagner, H., Mier, D., Diener, C., & Rist, F. (2014). Childhood maltreatment is associated with depression but not with hypochondriasis in later life. *Journal of psychosomatic research*, 77(2), 104-108.
- Barbosa, L. P., Quevedo, L., da Silva, G. D. G., Jansen, K., Pinheiro, R. T., Branco, J., ... & da Silva, R. A. (2014). Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14–35 years in southern Brazil. *Child abuse & neglect*, 38(7), 1191-1196.
- Barros, A. J., & Victora, C. G. (2005). A nationwide wealth score based on the 2000 Brazilian demographic census. *Revista de saude publica*, 39(4), 523-529.
- Benstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., & Ahluvalia, T. (2003). Development and validation of a brief screening version of the ChildhoodTrauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169–190.
- Cyrino, L. A., Safanelli, C., & Rodrigues, J. K. (2014). Transtorno Afetivo Bipolar Relacionado ao Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Contexto & Saúde*, 12(23), 15-25.
- De Andrade, L. H., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín*, 33(2), 43-54.
- De Oliveira, R. M., Júnior, A. C. S., Santos, J. L. F., & Furegato, A. R. F. (2014). Dependência nicotínica em los transtornos mentales, relación con indicadores clínicos y el sentido para el usuario1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(4), 685-92.

De Prevenção, C., & Vigilância, C. G. D. A. E. (2012). Instituto Nacional de Câncer  
José Alencar Gomes da Silva.

Deal, L. W., & Holt, V. L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms:  
results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American  
Journal of Public Health, 88*(2), 266-270.

Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., & Leboyer, M. (2008). Beyond genetics:  
childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar disorders, 10*(8), 867-  
876.

Figueiredo, Â. L., Dell'aglio, J. C., Silva, T. L., de Mattos Souza, L. D., & de Lima  
Argimon, I. I. (2014). Trauma infantil e sua associação com transtornos do  
humor na vida adulta: uma revisão sistemática DOI-10.5752/P. 1678-9563.2013  
v19n3p480. *Psicologia em Revista, 19*(3), 480-496.

Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M., & Ritzler, B. A. (2005). Impact of  
childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of  
Psychiatry, 186*(2), 121-125.

Glassman, A. H., Covey, L. S., Stetner, F., & Rivelli, S. (2001). Smoking cessation and  
the course of major depression: a follow-up study. *The Lancet, 357*(9272), 1929-  
1932.

Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2008). Prevalência de transtornos mentais em  
indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em  
Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública, 24*(9), 2043-  
53.

- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2010). Doença maníacodepressiva: transtorno bipolar e depressão recorrente. *Porto Alegre: 1359p.*
- Gopinath, S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Ludman, E. J. (2007). Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *Journal of affective disorders, 101(1), 57-63.*
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e Validação de Conteúdo da Versão em Português do Childhood Trauma Questionnaire [Translation and Content Validation of the Childhood Trauma Questionnaire]. *Revista de Saúde Pública, 40(2), 249–255.*
- Hegadoren, K., Norris, C., Lasiuk, G., Silva, D. G. V. D., & Chivers-Wilson, K. (2009). The many faces of depression in primary care. *Texto & Contexto-Enfermagem, 18(1), 155-164.*
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry, 49(12), 1023-1039.*
- Hilty, D. M., Brady, K. T., & Hales, R. E. (1999). A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatric Services, 50(2), 201-213.*
- Hyun, M., Friedman, S. D., & Dunner, D. L. (2000). Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar disorders, 2(2), 131-135.*
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brazilian Institute of Geography and Statistics) (2010). Retrieved from <http://www.ibge.gov.br>

- Judd, L. L., & Akiskal, H. S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of affective disorders*, 73(1), 123-131.
- King, A. L. S., Nardi, A. E., & Cruz, M. S. (2006). Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. *J bras psiquiatr*, 55(1), 70-3.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., & Amorim, P. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224–231.
- Lezin, N., & Long, K. (2002). Monitoring child neglect. *Atlanta, GA: Centers for Disease Control, National Center for Injury Prevention and Control*.
- Maia, M. S. (2002). *Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica* (Doctoral dissertation, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social).
- Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE, alcoholism screening test in brazilian psychiatric inpatient setting. *Braz J Med Biol* 1983; 16:215-8.
- Martins, C. M. S., Baes, C. V. W., de Carvalho Tofoli, S. M., & Juruena, M. F. (2014). Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(11), 774-782.
- Michelon, L., & Vallada, H. (2005). Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clín*, 32(1), 21-7.

- Moreira, V., & Bloc, L. (2012). Fenomenologia do tempo vivido no transtorno bipolar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 443-450.
- Moreno, M. M. A., Junior, C., & Ernesto, N. (2012). Trauma: o avesso da memória. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 15(1), 47-61.
- Pires, A. L., & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(1), 42-49.
- Rondina, R. D. C., Gorayeb, R., & Botelho, C. (2003). Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. clín.(SAo Paulo)*, 30(6), 221-228.
- Santin, A., Ceresér, K., & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev Psiq Clín*, 32(Supl 1), 105-9.
- Souza, K. J. D. (2014). Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto.
- Victora, C., Huttly, S., Fuchs, S., & Olinto, M. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical approach. *InternationalJournal of Epidemiology*, 26, 224–227.
- World Health Organization. (2013). <http://www.canal.fiocruz.br>
- World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.

Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(4), 189-95.

Table 1 – Depression, childhood trauma and associated factors.

VARIABLES	Sample distribution N (%)	Prevalence of Depression N (%)	Prevalence Rate PR (CI 95%)	P-value	Adjusted PR (CI 95%)	P-value
<b>GENDER</b>						
Female	1014 (54.6)	225 (22.2)	1.99 (1.59; 2.48)	$p \leq 0.001$	2.00 (1.60; 2.50)	$p \leq 0.001$
Male	842 (45.4)	106 (11.2)	1.00		1.00	
<b>AGE</b>						
14 to 20 years	486 (26.2)	92 (17.4)	1.10 (0.85; 1.41)			
21 to 27 years	666 (35.9)	113 (15.8)	1.00			
28 to 35 years	704 (37.9)	147 (19.3)	1.22 (0.98; 1.53)	$p = 0.285$		
<b>COLOR OF THE SKIN</b>						
White	1412 (76.1)	212 (15.0)	1.00		1.00	
Non-white	444 (23.9)	107 (24.1)	1.61 (1.31; 1.97)	$p \leq 0.001$	1.62 (1.33; 1.99)	$p \leq 0.001$
<b>EMOTIONAL NEGLECT</b>						
No	1571 (84.7)	224 (14.3)	1.00		1.00	
Yes	284 (15.3)	95 (33.5)	2.35 (1.91; 2.88)	$p \leq 0.001$	0.98 (0.76; 1.25)	0.866
<b>PHYSICAL NEGLECT</b>						
No	1596 (86.4)	225 (14.1)	1.00		1.00	
Yes	252 (13.6)	92 (36.5)	2.59 (2.11; 3.17)	$p \leq 0.001$	1.49 (1.19; 1.87)	$p \leq 0.001$
<b>SEXUAL ABUSE</b>						
No	1719 (93.2)	272 (15.8)	1.00		1.00	
Yes	125 (6.8)	43 (34.4)	2.17 (1.67; 2.84)	$p \leq 0.001$	1.14 (0.85; 1.53)	0.390
<b>PHYSICAL ABUSE</b>						
No	1647 (88.9)	255 (15.5)	1.00		1.00	
Yes	205 (11.1)	64 (31.2)	2.02 (1.60; 2.54)	$p \leq 0.001$	0.80 (0.62; 1.03)	0.087
<b>EMOTIONAL ABUSE</b>						
No	1598 (86.5)	189 (11.8)	1.00		1.00	
Yes	249(13.5)	128 (51.4)	4.35 (3.63; 5.21)	$p \leq 0.001$	3.47 (2.81; 4.29)	$p \leq 0.001$
<b>ALCOHOL ABUSE</b>						
No	1316 (71.1)	189 (14.4)	1.00		1.00	
Yes	534 (28.9)	129 (24.2)	1.68 (1.38; 2.05)	$p \leq 0.001$	1.47 (1.21; 1.79)	$p \leq 0.001$
<b>TOBACCO USE</b>						
No	1457 (78.7)	204 (14.0)	1.00			
Yes	395 (21.3)	115 (29.1)	2.08 (1.70; 2.54)	$p \leq 0.001$	1.33 (1.08; 1.64)	0.006
<b>TOTAL</b>	<b>1856 (100)</b>	<b>319 (17.2)</b>				

Table 2 – BD, childhood trauma and associated factors.

VARIABLES	Sample distribution N (%)	Prevalence of BD N (%)	Prevalence Rate PR (CI 95%)	P-value	Adjusted PR (CI 95%)	P-value
<b>GENDER</b>						
Female	1014 (54.6)	147 (14.5)	1.06 (0.85; 1.33)	0.653	1.00	
Male	842 (45.4)	115 (13.7)	1.00			
<b>AGE</b>						
14 to 20 years	486 (26.2)	83 (17.1)	1.31 (0.99; 1.72)	0.066	1.00 (0.76; 1.32)	0.091
21 to 27 years	666 (35.9)	87 (13.1)	1.00 (0.76; 1.31)		1.28 (0.98; 1.69)	
28 to 35 years	704 (37.9)	92 (13.1)	1.00		1.00	
<b>COLOR OF THE SKIN</b>						
White	1412 (76.1)	177 (12.5)	1.00	p ≤ 0.001	1.00	p ≤ 0.001
Non-white	444 (23.9)	85 (19.1)	1.53 (1.21; 1.93)		1.53 (1.21; 1.93)	
<b>EMOTIONAL NEGLECT</b>						
No	1571 (84.7)	196 (12.5)	1.00	p ≤ 0.001	1.00	0.954
Yes	284 (15.3)	66 (23.2)	1.86 (1.45; 2.39)		1.01 (0.72; 1.41)	
<b>PHYSICAL NEGLECT</b>						
No	1596 (86.4)	198 (12.4)	1.00	p ≤ 0.001	1.28 (0.95; 1.71)	0.100
Yes	252 (13.6)	62 (24.6)	1.98 (1.54; 2.55)			
<b>SEXUAL ABUSE</b>						
No	1719 (93.2)	230 (13.4)	1.00	p ≤ 0.001	1.00	0.617
Yes	125 (6.8)	29 (23.2)	1.73 (1.23; 2.44)		1.10 (0.76; 1.60)	
<b>PHYSICAL ABUSE</b>						
No	1647 (88.9)	214 (13.0)	1.00	p ≤ 0.001	1.00	0.604
Yes	205 (11.1)	48 (23.4)	1.80 (1.37; 2.38)		0.92 (0.67; 1.26)	
<b>EMOTIONAL ABUSE</b>						
No	1598 (86.5)	179 (11.2)	1.00	p ≤ 0.001	1.00	p ≤ 0.001
Yes	249 (13.5)	83 (33.3)	2.98 (2.38; 3.72)		2.93 (2.34; 3.66)	
<b>ALCOHOL ABUSE</b>						
No	1316 (71.1)	145 (11.0)	1.00	p ≤ 0.001	1.00	p ≤ 0.001
Yes	534 (28.9)	117 (21.9)	1.99 (1.59; 2.48)		1.61 (1.29; 2.02)	
<b>TOBACCO USE</b>						
No	1457 (78.7)	159 (10.9)	1.00	p ≤ 0.001	1.00	p ≤ 0.001
Yes	395 (21.3)	103 (26.1)	2.39 (1.91; 2.98)		1.81 (1.44; 2.28)	
<b>TOTAL</b>	<b>1856 (100)</b>	<b>262 (14.1)</b>				

## CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO

O presente estudo visa alcançar os objetivos propostos respondendo as hipóteses criadas, tanto, no primeiro artigo, quanto no segundo. Este trabalho segue a direção de verificação e tentativa de corroboração de duas hipóteses centrais. A seguir um resumo das hipóteses apresentadas:

**HIPÓTESE 1:** Trauma na infância está fortemente associado aos transtornos de humor (depressão e THB), onde traumas e negligências infantis, apresentam grande impacto sobre os transtornos psiquiátricos durante a fase adulta;

A hipótese foi confirmada. O presente trabalho verificou a relação entre trauma na infância e transtornos de humor (depressão e THB) em adultos jovens, neste estudo de base populacional.

**HIPÓTESE 2:** Trauma na infância é um importante fator de risco para o suicídio.

A hipótese foi confirmada: Os resultados revelaram que o trauma de infância está associado com risco de suicídio nestes adultos jovens. Sendo assim, evitando trauma precoce pode-se reduzir significativamente o comportamento suicida nesta população.

Este estudo também comprovou que, dentre as formas de maus tratos infantis que um indivíduo é exposto, a mais severa entre elas é o abuso emocional, que pode ser considerado como qualquer forma de humilhação, condenação, críticas severas, acusações ou ameaças, onde o impacto deste estresse precoce foi desencadeador para

perturbações psiquiátricas, sugerindo que, a gravidade do trauma infantil está associada com a gravidade dos sintomas do transtorno.

Os dados revelam ainda, a importância de identificar os maus tratos infantis, como forma de prevenção ao aparecimento de transtornos psiquiátricos na vida adulta, bem como a melhorar nossa forma de conduta e adequado tratamento psicoterápico, sugerindo assim mais estudos que venham contribuir com os resultados aqui encontrados.

ANEXOS

**Anexo 1- MINI**

**M.I.N.I.**

## **Mini International Neuropsychiatric Interview**

**Brazilian version 5.0.0**

**DSM IV**

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P.  
Lépine**

Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M.  
Sheehan**

University of South Florida – Tampa – E.U.A.

*Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim*

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

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

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

→ IR DIRETAMENTE AOS QUADROS(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

#### A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1				
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2				
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM					
A3	<b>Durante as duas últimas semanas, quando se sentiu deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:</b>							
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM, ou RESPOSTA SIM NUM CASO DE NO OUTRO	NÃO	SIM	3				
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4				
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5				
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6				
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7				
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8				
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9				
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = "NÃO")	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	
NÃO	SIM							
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL								
SE (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:								
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos (SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a A A3g)?	→ NÃO	SIM	10				
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM	11				
A5b É COTADA SIM ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	
NÃO	SIM							
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO								

\*\* IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

#### D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1:	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	Se "SEM"			
	b) Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2:	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL.			
	Se "SEM"			
	f) Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a <u>OU</u> D2a SÃO COTADAS "SEM"?	NÃO	SIM	
D3:	Se D1b <u>OU</u> D2b = "SEM": EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL. Se D1b <u>E</u> D2b = "NÃO": EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	<b>Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável:</b>			
	a) Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
	b) Tinha menos necessidade de dormir do que costuma (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono)?	NÃO	SIM	6
	c) Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a)?	NÃO	SIM	7
	d) Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los?	NÃO	SIM	8
	e) Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando?	NÃO	SIM	9
	f) Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa?	NÃO	SIM	10
	g) Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11

→ IR DIRETAMENTE AOS QUADROS DIAGNÓSTICOS, ASSINALAR NÃO EM CADA LEM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3  
OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

→ NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana • De  
causas dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais  
ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

CITAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

Se **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO HIPOMANIACO</b>	
	Atual <input type="checkbox"/>
	Passado <input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

Se **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO MANIACO</b>	
	Atual <input type="checkbox"/>
	Passado <input type="checkbox"/>

⇒ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

### C. RISCO DE SUICÍDIO

#### Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

#### Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

Se **SIM**, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

- C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE  
 C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO  
 C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
ELEVADO	<input type="checkbox"/>

## Anexo 2 – Questionário



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

QUEST \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_

Pessoa: \_\_\_\_

setor \_\_\_\_\_

pessoa \_\_\_\_

### 1. Sexo do entrevistado:

(1) feminino                      (2) masculino

sexo \_\_\_\_

2. Qual é a tua idade? \_\_\_\_ em anos completos

idade \_\_\_\_

### 3. A tua cor ou raça é? (LER AS OPÇÕES)

- (1) branca
- (2) preta
- (3) mulata
- (4) amarela
- (5) indígena

cpele \_\_\_\_

### 4. Qual a escolaridade do chefe da família? (chefe da família = pessoa de maior renda)

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

escch \_\_\_\_

5. Quantas peças são utilizadas como dormitórios nesta casa? \_\_\_\_ peças

ndorm \_\_\_\_

6. Quantos banheiros existem na casa? (Considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). \_\_\_\_ banheiros                      (00) Caso não tenha banheiro

nbanho \_\_\_\_

### NESTE DOMICÍLIO TÊM, E SE TÊM: QUANTOS?

7. Televisão:    (0) (1) (2) (3) (4 ou +)

ntv \_\_\_\_

8. Automóvel (de uso particular):                      (0) (1) (2) (3) (4 ou +)

nauto \_\_\_\_

### NESTE DOMICÍLIO TÊM? (em condições de uso)

9. Rádio:    (0) não                      (1) sim

radio \_\_\_\_

10. Geladeira ou freezer: (0) não (1) sim  
 11. Videocassete ou DVD: (0) não (1) sim  
 12. Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho): (0) não (1) sim  
 13. Forno de micro-ondas: (0) não (1) sim  
 14. Telefone fixo (não considerar celular): (0) não (1) sim  
 15. Microcomputador: (0) não (1) sim  
 16. Aparelho de ar condicionado: (0) não (1) sim

gelad \_\_  
 vídeo \_\_  
 lavar \_\_  
 microond \_\_  
 telfix \_\_  
 microc \_\_  
 arcond \_\_

**17. Até a série que tu completaste na escola, são quantos anos de estudo?**

(00) se nunca estudou \_\_\_ anos completos.

escolj \_\_

**18. Qual o teu estado civil?**

(0) solteiro (1) casado/vive junto (2) separado/divorciado

ecivil \_\_

**19. Estás trabalhando atualmente?**

(0) não (1) sim (8) Nunca trabalhou

trabatu \_\_

**20. Tu tens pais separados?**

(0) não (1) sim

apisepa \_\_

**21. Atualmente, moras com:**

**Pai?** (0) Não (1) sim

SE NÃO: Até que idade morou? \_\_\_ anos completos (88) quando mora até hoje

mpai \_\_

iddpai \_\_

**Mãe?** (0) Não (1) sim

SE NÃO: Até que idade morou? \_\_\_ anos completos (88) quando mora até hoje

mmae \_\_

iddmae \_\_

**22. Morastes por pelo menos um mês com padrasto ou madrasta? (mesmo que more com os pais)** (0) Não (1) sim

padrast \_\_

**23. Tu tens filhos? SE SIM: Quantos?**

(00) Não tem filhos (pule para questão 27) \_\_\_ filhos

filho \_\_

**24. Com quantos anos tiveste o primeiro filho?** \_\_\_ anos (88) NSA

iddfilho \_\_

**SE: TEVE FILHOS com 20 anos ou mais pule para questão 27.**

25. Teu primeiro filho foi planejado?

(0) não (1) sim (8) NSA

planej \_\_

26. Tu moras com teu filho?

(0) não (1) já morei, não moro mais (2) sim (8) NSA

mfilho \_\_

**27. Você faz atividade física regularmente?**

(0) Não      (1) Sim (*pule para a questão 29*)

ativreg \_\_

**28. Qual o principal motivo para tu NÃO fazeres atividade física REGULARMENTE?**

- (01) Falta de tempo
- (02) Falta de dinheiro
- (03) Cansaço, preguiça
- (04) Falta de companhia
- (05) Falta de local apropriado
- (06) Lesão, doença ou restrição médica
- (07) Não precisa/não gosta
- ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- (88) Não se aplica

princnao \_\_ \_\_

**29. Qual o principal motivo para tu fazeres atividade física REGULARMENTE?**

- (01) Importante para a saúde/bem-estar
- (02) Por problema(s) de saúde/doença
- (03) Recomendação/orientação médica
- (04) Preparo físico/condicionamento
- (05) Emagrecimento/perda de peso
- (06) Beleza/estética/manter a forma
- (07) Porque gosta/por diversão ou lazer
- ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- (88) Não se aplica

prinsim \_\_ \_\_

❖ **As seguintes perguntas referem-se às atividades físicas que você fez nos últimos sete dias, unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer.**

**30. Desde <dia da semana> passada, quantos dias tu caminhastes por, "pelo menos, 10 minutos seguidos" no seu tempo livre? (não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho ou escola)**      (0) Nenhum (*pule para a questão 32*)      \_\_\_ dias na semana

lpaq1 \_\_

**31. Nos dias em que tu caminhaste no seu tempo livre, quanto tempo no total tu gastou em minutos por dia?**      \_\_\_ \_\_\_ minutos      (888) Não se aplica

lpaq2 \_\_ \_\_ \_\_

❖ **A próxima pergunta é sobre atividade física FORTE.**

*Atividades física "fortes" é aquela que precisa de um grande esforço físico e que fazem você respirar "muito" mais forte que o normal (não considere as atividades feita no trabalho)*

**32. Desde <dia da semana> passada, quantos dias tu fez atividades FORTES no teu tempo livre, por pelo menos 10 minutos contínuos, como correr, fazer ginástica/academia, nadar rápido ou pedalar rápido?**      (0) Nenhum (*pule para a questão 34*)      \_\_\_ dias na semana

lpaq3 \_\_

33. Nos dias em que tu fizeste estas atividades FORTES no teu tempo livre, quanto tempo no total tu gastaste em minutos "por dia"? \_\_\_ \_\_\_ minutos (888) Não se aplica

lpaq4 \_\_\_ \_\_\_

❖ A próxima pergunta é sobre atividade física MÉDIA.

Atividades física "média" é aquela que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar "um pouco" mais forte que o normal (não considere as atividades feita no trabalho)

34. Sem considerar as caminhadas, desde <dia da semana> passada, quantos dias tu fez atividades MÉDIAS no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?

(0) Nenhum (pule para a questão 36) \_\_\_ dias na semana

lpaq5 \_\_\_

35. Nos dias em que tu fizeste atividades MÉDIAS no seu tempo livre, quanto tempo no total tu gastaste em minutos "por dia"? \_\_\_ \_\_\_ minutos (888) Não se aplica

lpaq6 \_\_\_ \_\_\_

❖ Agora vamos falar sobre deslocamento. Pense em qualquer tipo de caminhada ou pedalada nos últimos sete dias, para ir de um lugar para outro.

36. Em quantos dias da ultima semana você andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (Não incluir o pedalar por lazer ou exercício)

(0) Nenhum (pule para a questão 38) \_\_\_ dias na semana

lpaq7 \_\_\_

37. Nos dias em que você pedala quanto tempo no total você pedalou por dia, para ir de um lugar para outro em minutos? \_\_\_ \_\_\_ minutos (888) Não se aplica

lpaq8 \_\_\_ \_\_\_

38. Em quantos dias da ultima semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (Não incluir caminhadas por lazer ou exercício)

(0) Nenhum (pule para a questão 40) \_\_\_ dias na semana

lpaq9 \_\_\_

39. Nos dias em que você caminha quanto tempo no total você caminha por dia para ir de um lugar para outro em minutos? \_\_\_ \_\_\_ minutos (888) Não se aplica

lpaq10 \_\_\_ \_\_\_

❖ Agora vamos falar sobre alguns aspectos de tua saúde.

40. Tu tens algum problema de saúde?

(0) não (pule para a questão 42) (1) sim

doenca \_\_\_

**SE SIM: 41.** Qual a doença? \_\_\_\_\_  
Qual a doença? \_\_\_\_\_  
Qual a doença? \_\_\_\_\_  
Qual a doença? \_\_\_\_\_

quald1 \_\_\_

quald2 \_\_\_

quald3 \_\_\_

quald4 \_\_\_

42. Tu já consultaste com psiquiatra ou psicólogo?

(0) não (1) sim

cons \_\_\_

43. Tu já fizeste ou fazes tratamento psicoterapêutico com psiquiatra ou psicólogo?

(0) não (1) sim

tratpsi \_\_

44. Tu baixaste hospital alguma vez por problemas de nervos/psiquiátricos?

(0) não (1) sim. SE SIM: Quantas vezes tu foi internado? \_\_\_ internações

intern \_\_

nintern \_\_ \_\_

45. Nos últimos 30 dias, tu tomaste alguma medicação?

(0) não (1) sim

medic \_\_

**SE SIM: Qual a medicação?**

Medicação 1: \_\_\_\_\_

tmediq1 \_\_ \_\_

Medicação 2: \_\_\_\_\_

tmediq2 \_\_ \_\_

Medicação 3: \_\_\_\_\_

tmediq3 \_\_ \_\_

Medicação 4: \_\_\_\_\_

tmediq4 \_\_ \_\_

Medicação 5: \_\_\_\_\_

tmediq5 \_\_ \_\_

46. Alguma vez na vida tu fizeste tratamento com acupuntura?

(0) não (pule para a questão 48) (1) sim

acupunt \_\_

47. SE SIM: Por quais problemas de saúde procurastes o tratamento com acupuntura?

Motivo 1: \_\_\_\_\_ (88) Não se aplica

mot1acu \_\_ \_\_

Motivo 2: \_\_\_\_\_ (88) Não se aplica

mot2acu \_\_ \_\_

Motivo 3: \_\_\_\_\_ (88) Não se aplica

mot3acu \_\_ \_\_

❖ Neste momento, gostaríamos que você lesse com atenção os eventos vitais listados abaixo, marcando se eles aconteceram ou não com você ÚLTIMO ANO.

48. Morte do cônjuge (1) sim (0) não

eventa \_\_

49. Separação (1) sim (0) não

eventb \_\_

50. Casamento (1) sim (0) não

eventc \_\_

51. Morte de alguém da família (1) sim (0) não

eventd \_\_

52. Gravidez (1) sim (0) não

evente \_\_

53. Doença na família (1) sim (0) não

eventf \_\_

54. Acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa (1) sim (0) não

eventg \_\_

55. Nascimento na família (1) sim (0) não

eventh \_\_

56. Mudança de casa (1) sim (0) não

eventi \_\_

57. Mudança de escola (1) sim (0) não

eventj \_\_

58. Reconciliação matrimonial (1) sim (0) não

eventk \_\_

59. Aposentadoria	(1) sim	(0) não	eventl __
60. Perda de emprego	(1) sim	(0) não	eventm __
61. Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)	(1) sim	(0) não	eventn __
62. Dificuldades com a chefia	(1) sim	(0) não	evento __
63. Reconhecimento profissional	(1) sim	(0) não	eventp __
64. Acidentes	(1) sim	(0) não	eventq __
65. Perdas financeiras	(1) sim	(0) não	eventr __
66. Dificuldades sexuais	(1) sim	(0) não	events __
67. Problemas de saúde	(1) sim	(0) não	eventt __
68. Morte de um amigo	(1) sim	(0) não	eventu __
69. Dívidas	(1) sim	(0) não	eventw __
70. Mudanças de hábitos pessoais	(1) sim	(0) não	eventv __
71. Mudanças de atividades recreativas	(1) sim	(0) não	eventx __
72. Mudanças de atividades religiosas	(1) sim	(0) não	eventy __
73. Mudanças de atividades sociais	(1) sim	(0) não	eventz __

### Anexo 3- Questionários autoaplicáveis

QUEST \_ \_ \_ \_ \_

*A partir daqui gostaríamos que você respondesse sozinho. As questões a seguir referem-se as suas atividades, hábitos de vida e eventos que ocorreram no último ano.*

*Gostaríamos de salientar que é muito importante para nós que você seja o mais sincero possível.*

❖ **As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente.**

Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, utilize a escala abaixo para melhor descrever o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

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

Enquanto eu crescia... *(enquanto era criança ou adolescente)*

- |  |                     |         |
|--|---------------------|---------|
| 1. Eu passei fome.   | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq1 _  |
| 2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.  | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq2 _  |
| 3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”. | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq3 _  |
| 4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.                               | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq4 _  |
| 5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.                              | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq5 _  |
| 6. Eu tive que usar roupas sujas.  | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq6 _  |
| 7. Eu me senti amado (a).  | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq7 _  |
| 8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.  | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq8 _  |
| 9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.            | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq9 _  |
| 10. Eu não quis mudar nada minha família.  | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq10 _ |
| 11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com roxões.   | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq11 _ |
| 12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.                                       | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq12 _ |
| 13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.  | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq13 _ |
| 14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.                              | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq14 _ |
| 15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.  | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq15 _ |
| 16. Eu tive uma ótima infância.  | (0) (1) (2) (3) (4) | ctq15 _ |

QUEST \_ \_ \_ \_ \_

17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq16 __
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq17 __
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq18 __
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq19 __
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq20 __
22. Eu tive a melhor família do mundo.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq22 __
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq23 __
24. Alguém me molestou.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq24 __
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq25 __
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq26 __
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq27 __
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	(0) (1) (2) (3) (4)	ctq28 __

❖ **Logo abaixo, você encontrará 5 afirmativas. Assinale na escala ao lado de cada afirmativa o quanto ela descreve a sua situação pessoal. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante você marcar com sinceridade como você se sente em relação a cada uma dessas afirmativas.**

A minha vida está próxima do meu ideal.  
Discordo Plenamente |\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_| Concordo Plenamente satisf1 \_\_

Minhas condições de vida são excelentes.  
Discordo Plenamente |\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_| Concordo Plenamente satisf2 \_\_

Eu estou satisfeito com a minha vida.  
Discordo Plenamente |\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_| Concordo Plenamente satisf3 \_\_

Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.  
Discordo Plenamente |\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_| Concordo Plenamente satisf4 \_\_

Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada.  
Discordo Plenamente |\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_| Concordo Plenamente satisf5 \_\_

**Com que frequência você sente falta de companhia?**  
(1) raramente                      (2) algumas vezes                      (3) frequentemente solidao1 \_\_

**Com que frequência você sente excluído?**  
(1) raramente                      (2) algumas vezes                      (3) frequentemente solidao2 \_\_

**Com que frequência você se sente isolado das outras pessoas?**  
(1) raramente                      (2) algumas vezes                      (3) frequentemente solidao3 \_\_

❖ As seguintes questões são bastante pessoais, se necessário, sugerimos que você afaste-se de outras pessoas que possam estar no mesmo local.

**01. Você já teve relações sexuais? (SE NÃO teve relação sexual passe para a questão 05)**

- (0) não  
(1) sim

relac \_\_

**02. Que idade você tinha na sua primeira relação sexual? \_\_\_ anos**

iddrel \_\_ \_\_

**03. Você está usando algum método para evitar filhos? Quais?**

- a) pílula (0) não (1) sim  
b) camisinha (0) não (1) sim  
c) tabelinha (0) não (1) sim  
d) coito interrompido (tirar fora) (0) não (1) sim  
e) diafragma (0) não (1) sim  
f) DIU (0) não (1) sim  
g) outro. Qual? \_\_\_\_\_

pipula \_\_

camis \_\_

table \_\_

cinter \_\_

diafrag \_\_

diu \_\_

outrom \_\_ \_\_

engrav \_\_ \_\_

**04. Quantas vezes você engravidou ou fez alguém ficar grávida (mesmo que sem querer)?**

- (00) nenhuma \_\_\_ vezes

**05. Alguma vez você foi forçado (a) fisicamente a ter relação sexual?**

- (0) não  
(1) sim

forsex \_\_

❖ As seguintes questões referem-se ao uso de algumas substâncias.

**06. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?**

- (0) Não (1) Sim

cake1 \_\_

**07. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?**

- (0) Não (1) Sim

cake2 \_\_

**08. Você se sente chateado pela maneira como você costuma tomar bebidas alcoólicas?**

- (0) Não (1) Sim

cake3 \_\_

**09. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?**

- (0) Não (1) Sim

cake4 \_\_

**10. No último mês você utilizou alguma destas substâncias?**

- a) Maconha (0) Não (1) Sim  
b) Cocaína (0) Não (1) Sim  
c) crack (0) Não (1) Sim

maconh \_\_

coca \_\_

crack \_\_

**11. Atualmente, você fuma pelo menos um cigarro por semana?**

- (0) Não (1) Sim

fumaat \_\_

**12. SE FUMA: Quantos cigarros você fuma por dia? \_\_\_ cigarro/dia (00) Menos de 1 cigarro por dia**

cigdia \_\_ \_\_

❖ Gostaríamos que você respondesse o quão bem as afirmações seguintes descrevem a sua personalidade.

<b>Eu vejo-me como alguém que...</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo um pouco</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Concordo um pouco</b>	<b>Concordo totalmente</b>
... é reservado	1	2	3	4	5
... é geralmente confiante	1	2	3	4	5
... tende a ser preguiçoso	1	2	3	4	5
... é tranqüilo e lida bem com o stress	1	2	3	4	5
... tem poucos interesses artísticos	1	2	3	4	5
... é extrovertido, sociável	1	2	3	4	5
... tende a encontrar defeito nos outros	1	2	3	4	5
... realiza um trabalho com precisão	1	2	3	4	5
... fica nervoso facilmente	1	2	3	4	5
... tem uma imaginação ativa/fértil	1	2	3	4	5
... tende a ser quieto, calado	1	2	3	4	5
... é prestativo e ajuda os outros	1	2	3	4	5
... pode ser um tanto descuidado	1	2	3	4	5
... fica tenso com frequencia	1	2	3	4	5
... é inventivo, criativo	1	2	3	4	5

person1 \_\_  
 person2 \_\_  
 person3 \_\_  
 person4 \_\_  
 person5 \_\_  
 person6 \_\_  
 person7 \_\_  
 person8 \_\_  
 person9 \_\_  
 person10 \_\_  
 person11 \_\_  
 person12 \_\_  
 person13 \_\_  
 person14 \_\_  
 person15 \_\_

## **Anexo 4 – Consentimento Livre e Esclarecido**

### **UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS - UCPEL CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **“PESQUISA SOBRE TEMPERAMENTO E TRANSTORNOS PSÍQUICOS DE JOVENS ADULTOS DE 14 A 35 ANOS DA CIDADE DE PELOTAS”**

Este estudo está sendo realizado com adultos de 14 a 35 anos, e pretende avaliar as relações do temperamento/comportamento com as características psicológicas, psiquiátricas, sociais e neurobiológicas.

Iniciaremos as entrevistas em agosto de 2010 e pretendemos finalizá-las em 2012.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, irá responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores e precisará tirar uma amostra de sangue.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação do questionário será utilizado posteriormente para análise, produção de artigos científicos e relatórios (para a coordenação dos serviços de saúde e CNPq). Entretanto, a equipe envolvida na pesquisa garante que sua identidade permanecerá em sigilo, respeitando a sua privacidade. Esta pesquisa não apresenta risco a sua saúde, o único inconveniente que o participante pode ter é formar um pequeno hematoma (mancha roxa) no braço, em função da coleta do sangue.

Será coletado 15ml de sangue para que possamos dosar hormônios, que podem influenciar a presença de sintomas relacionados com o temperamento/comportamento dos participantes da pesquisa. Além disso, serão coletados 3 ml de saliva, por profissionais treinados. Posteriormente, as amostras de sangue e saliva serão examinadas para determinar variações bioquímicas e hormonais. Ao final desse trabalho, todos os dados que possam vincular seu nome serão inutilizados, para que os resultados possam eventualmente ser utilizados em pesquisas futuras sobre o mesmo assunto.

Este estudo pode trazer vários benefícios, ainda que em longo prazo, poderemos saber diferenciar variantes bioquímicas e hormonais que possam aumentar a predisposição a sintomas relacionados a comportamento e temperamento. Essas descobertas ajudarão o desenvolvimento do conhecimento científico, que poderá eventualmente beneficiar você ou outras famílias.

Os participantes que forem diagnosticados com algum transtorno psicológico/psiquiátrico serão encaminhados para o Ambulatório do Campus da Saúde da UCPEL.

Sua participação é voluntária e você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento, sem prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto: através dos números (53) 2128-8328 Laboratório do Mestrado; - (53) 81090937 (Jerônimo Branco); (53) 8122-8378 (Ricardo Silva); - (53) 9156-8075 (Jean Osés).

#### **Declaração do Participante**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Participante: \_\_\_\_\_

#### **Declaração de Entrevistador**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas.

## ANEXO 5 – Encaminhamento

### Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento Universidade Católica de Pelotas

#### ENCAMINHAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO

Eu, \_\_\_\_\_, confirmo que fui orientado(a) à procurar acompanhamento psicológico ou psiquiátrico pelo(a) entrevistador(a) que esteve na minha residência.

O(a) entrevistador(a) sugeriu que buscasse o seguinte local:

- ( ) *Ambulatório de Saúde Mental do Centro de Especialidades (até 17 anos de idade. Rua Voluntários da Pátria, 1428, Centro)*
- ( ) *Hospital Espírita de Pelotas (com risco de suicídio)*
- ( ) *Laboratório de Pesquisa do Hospital Universitário São Francisco de Paula (transtornos de humor. Rua Marechal Deodoro, 1123)*

Se for encaminhado para HUSFP preencher:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

## ANEXO 6 - Declaração de aprovação do comitê de ética.



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

### RESULTADO

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

**Número:** 2010/15

**Título do projeto:** *“Estudo do temperamento e transtornos psiquiátricos na interface entre psiquiatria, psicologia e neurociências”*

**Investigador(a) principal:** Ricardo Azevedo da Silva

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 29 de julho de 2010, ata n.º 05.

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

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

Pelotas, 30 de julho de 2010

  
Prof. Ricardo Tavares Pinheiro  
Coordenador CEP/UCPel