

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

FLÁVIA GARCIA PEREIRA

**O IMPACTO DA EXPOSIÇÃO A EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA
NA OCORRÊNCIA DE DOR CRÔNICA E DEPRESSÃO NA VIDA ADULTA**

Vitória
2014

FLÁVIA GARCIA PEREIRA

**O IMPACTO DA EXPOSIÇÃO A EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA
NA OCORRÊNCIA DE DOR CRÔNICA E DEPRESSÃO NA VIDA ADULTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Carmen Viana.

Vitória
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

P436o Pereira, Flávia Garcia, 1984-
O impacto da exposição a experiências adversas na infância na ocorrência de dor crônica e depressão na vida adulta / Flávia Garcia Pereira. – 2014.
130 f.

Orientador: Maria Carmen Viana.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Dor crônica. 2. Depressão. 3. Maus-Tratos Infantis. I. Viana, Maria Carmen. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

FLAVIA GARCIA PEREIRA

**O IMPACTO DA EXPOSIÇÃO A EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA
NA OCORRÊNCIA DE DOR CRÔNICA E DEPRESSÃO NA VIDA ADULTA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Epidemiologia.

Aprovada em ____ de fevereiro de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a Maria Carmen Viana
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a. Dr.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Permanente Interno

Prof.^a. Dr.^a Valéria Valim Cristo
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Permanente Externo

Prof.^o. Dr.^o. Edson Theodoro dos Santos Neto
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Suplente Interno

Prof.^a. Dr.^a. Sandhi Maria Barreto
Universidade Federal de Minas Gerais
Membro Suplente Externo

Aos “nossos meninos e nossas meninas” espalhados pelo mundo, o desejo de uma infância feliz.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rosangela e Jorge, minha singela admiração porque todas ou quaisquer palavras não seriam suficientes para agradecer a preciosidade do nosso convívio. A vida com vocês tem cor, som e luz. Nos meus pais, contemplo a generosidade, a gentileza, o amor, a paciência e a compreensão. Deus fez a melhor escolha para mim. Obrigada por tudo!

Ao meu irmão, Flávio, pelo incentivo em todas as etapas do mestrado, desde a decisão de realizar a prova, sendo o primeiro com quem dividi a felicidade de ter sido aprovada, até a defesa. Ter um irmão é compartilhar no coração e na memória histórias de crianças enquanto tentamos “crescer”.

À minha orientadora, Maria Carmen Viana, pela oportunidade de estudar o *São Paulo Megacity*, e tantos outros temas. Construímos, desconstruímos e reconstruímos inúmeras vezes nosso trabalho, sempre acreditando que chegaríamos a um belo resultado. Agradeço pelo direcionamento, atenção, paciência e incentivo na construção desta dissertação.

À minha avó, Zilca, por tantas esperas na janela, ao meu avô, Mário, pelo entusiasmo com minhas conquistas, e à minha avó, “Rith”, pelas histórias, de seu tempo, contadas com satisfação. Somente quem passou grande parte da infância ao lado de seus avós pode compreender verdadeiramente a alegria que é tê-los em nossa vida.

Ao Ernande, namorado e amigo, pelo carinho, compreensão, e por embarcar comigo em cada ideia de recomeço, observando atento enquanto sonho acordada.

À minha amiga Luciene, pelos quase 14 anos de amizade. Juntas, enfrentamos tantas coisas, compartilhamos risadas e confidências, o desespero com o estágio da faculdade, almoços e lanches, festas, decepções, compreendendo as ausências e dando suporte uma a outra para superar fases em que tudo parecia não dar certo. O tempo guarda para cada uma de nós algo muito bom, acredite!

À Mariane França, Mari, por esses dois anos de muito estudo, pela ansiedade compartilhada, pelas conversas e pelos “*WhatApps*” madrugadas fora para espantar o sono que insistia em chegar. Que venham o doutorado e os congressos internacionais, *risos*.

À Cristina Alochio, Cris, pela disposição em ajudar sempre que possível e necessário.

Aos membros da banca, Valéria Valim, Maria Helena Miotto, Sandhi Barreto pelo tempo dedicado a avaliar o meu trabalho contribuindo com relevantes considerações para o aperfeiçoamento do mesmo.

Ao professor Edson Theodoro, também membro da banca, pela atenção nas correções do meu trabalho e pela oportunidade de realizar o estágio em docência em uma de suas disciplinas. Foi uma grande experiência, repleta de aprendizado.

A Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo suporte financeiro para a realização do mestrado.

Sonho realizado, então, é hora de seguir com alegria em busca dos novos sonhos.

Flávia Garcia Pereira

“Preciso reviver, eu bem sei, mesmo que só na lembrança, voltar à minha antiga casa, rever a minha infância e todos os momentos felizes que lá passei.”

Clarice Pacheco

RESUMO

A associação entre experiências adversas na infância e o desencadeamento de depressão ou dor crônica na vida adulta tem sido documentada, assim como a relação entre os sintomas de dor crônica e depressão. No entanto, há poucos estudos avaliando o papel da exposição a experiências adversas na infância na ocorrência dessa comorbidade. O objetivo deste trabalho é avaliar a influência da exposição a experiências adversas na infância na ocorrência de dor crônica, de depressão e na comorbidade dor crônica e depressão na vida adulta, em uma amostra da população geral adulta (maiores de 18 anos) residente na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Os dados são resultantes do Estudo Epidemiológicos dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity. Os respondentes foram avaliados usando a versão desenvolvida para o Estudo Mundial de Saúde Mental do *Composite International Diagnostic Interview* da Organização Mundial da Saúde (WMH-CIDI), que é composto por módulos clínicos e não-clínicos provendo diagnósticos de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 4ª edição (DSM-IV). Um total de 5.037 indivíduos foi entrevistado, com uma taxa global de resposta de 81,3%. Foram realizadas análises descritivas para médias e proporções, e associações (Razões de Chances – OR) entre experiências adversas na infância, dor crônica e depressão através de regressão logística. Todas as análises foram realizadas através do programa estatístico *Data Analysis and Statistical Software* versão 12.0 (STATA 12.0), com testes bi-caudais com nível de significância de 5%. Uma elevada taxa de prevalência de dor crônica (31%, Erro Padrão [ER]=0.8) foi encontrada, Dor Crônica esteve associada aos transtornos de ansiedade (OR=2,3; 95% IC=1,9 – 3,0), transtornos de humor (OR=3,3; IC=2,6 – 4,4) em qualquer transtorno mental (OR=2,7; 95% IC=2,3 – 3,3). As adversidades na infância estiveram fortemente associadas aos respondentes com dor crônica e depressão concomitante, principalmente quanto ao abuso físico (OR=2,7; 95% IC=2,1 – 3,5) e sexual (OR=7,4; 95% IC=3,4 – 16,1).

Palavras-chave: Dor crônica, Depressão, Maus-tratos infantis

ABSTRACT

Association between adverse childhood experiences and onset- depression or chronic pain in adulthood has been documented, as well as the relationship between symptoms of comorbidity chronic pain and depression. However, the literature is extremely limited about the interaction of adverse childhood experiences in this comorbidity. The objective of this study is to evaluate the influence of adverse childhood experiences in depression, chronic pain and on the comorbidity of chronic pain and depression in adulthood in a probabilistic sample of household adult residents in the Sao Paulo Metropolitan Area, Brazil. The data were resulting from the *São Paulo Megacity Mental Health Survey*. Respondents were assessed using the World Mental Health Survey version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI), which comprises clinical and no-clinical sections producing diagnoses according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV). A total of 5,037 individuals were interviewed, with a global response rate of 81.3%. Descriptive analysis for means and proportions were performed, and associations between adverse childhood experiences, chronic pain and depression were performed using logistic regression with statistical software Data Analysis and Statistical Software version 12.0 (STATA 12.0), using 0.05 level two-sided tests. High prevalence of chronic pain (31%, standard error [ER] = 0.8) was found. Chronic pain was associated to anxiety disorders (OR 2.3, 95% CI 1.9-3.0), mood disorders (OR 3.3; 95% CI 2.6-4.4) in any mental disorder (OR 2.7; 95% CI 2.3-3.3). The childhood adversities were strongly associated with comorbidity chronic pain and depression, especially physical abuse (OR 2.7, 95% CI 2.1-3.5) and sexual abuse (OR 7.4, 95% CI 3.4-16.1).

Keywords: Chronic pain, depression, child abuse

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Table 1	Distribution of self-reported pain in the previous 12 months according to anatomical site, by gender and age.....	55
Table 2	Distribution of self-reported serious chronic pain in the prior 12 months by anatomical site and gender.....	56
Table 3	Clinical profile of self-reported serious chronic pain.....	57
Table 4	Socio-demographic correlates of self-reported pain and serious chronic pain.....	58
Table 5	Association between serious chronic pain and mental disorders by anatomical site.....	59

ARTIGO 2

Tabela 1	Distribuição das experiências adversas na infância entre dor crônica, depressão, dor crônica e depressão associada.....	71
Tabela 2	Associações entre experiências adversas na infância e dor crônica, depressão, dor crônica e depressão.....	72
Tabela 3	Associações entre experiências adversas na infância, depressão, dor crônica, dor crônica e depressão.....	73
Tabela 4	Associações entre adversidades na infância e dor crônica de acordo com local anatômico.....	74

LISTA DE SIGLAS

ACE	Adverse Childhood Experiences Study
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais 4ª Edição
IASP	International Association for the Study of Pain
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OR	Odds Ratio
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
VIVA	Sistema de Vigilância das Agressões e Acidentes
WHO	World Health Organization
WMH	World Mental Health Survey
WMH-CIDI	Composite International Diagnostic Interview

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
1.1.1	EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA.....	15
1.1.2	CARACTERIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA.....	17
1.1.2.1	Infância.....	17
1.1.2.2	Abuso físico.....	18
1.1.2.3	Abuso sexual.....	19
1.1.2.4	Abuso emocional/Psicológico.....	20
1.1.2.5	Negligência.....	21
1.1.2.6	Uso/abuso de álcool e drogas.....	21
1.1.2.7	Doença Mental e tentativa de suicídio.....	22
1.1.2.8	Violência familiar.....	22
1.1.2.9	Separação ou divórcio parental.....	23
1.1.2.10	Envolvimento com atividades criminais.....	24
1.1.2.11	Adversidade econômica familiar.....	24
1.1.2.12	Morte dos pais.....	24
1.1.2	DOR CRÔNICA.....	26
1.1.3	DEPRESSÃO.....	29
2	OBJETIVOS.....	31
2.1	OBJETIVO GERAL.....	31
2.2	OBJETIVO ARTIGO 1.....	31
2.3	OBJETIVO ARTIGO 2.....	31
3	JUSTIFICATIVA.....	32
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	33
4.1	Tipo de estudo.....	33
4.2	Processo de amostragem.....	33
4.3	Coleta de dados: instrumento utilizado.....	35
4.4	Medidas e desfechos.....	36
4.4.1	Experiências adversas na infância.....	36
4.4.2	Experiências adversas na infância e dor crônica associada a depressão..	43
4.4.3	Dor	43

4.4.4	Dor crônica.....	44
4.4.5	Dor crônica e transtornos mentais.....	45
4.4.6	Dor crônica e depressão.....	46
4.4.7	Depressão.....	46
4.4.8	Dados sociodemográficos.....	47
4.4.9	Análise estatística.....	47
4.4.10	Aspectos éticos.....	47
5	RESULTADOS	
	Artigo 1 – Clinical Profile among adults Brazilians with chronic pain: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey.....	48
	Artigo 2 – O impacto da Exposição a experiências Adversas na Infância associação entre dor crônica e depressão: Resultados do Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity..	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
	ANEXO 1	94
	ANEXO 2	104
	ANEXO 3	120
	ANEXO 4	127
	ANEXO 5	129

1. INTRODUÇÃO

Diversos estudos relatam associações significativas entre a exposição a experiências adversas na infância e doenças crônicas na vida adulta (FELITTI et al., 1998; SCOTT et al., 2008; DONG et al., 2004, WILLIAMSON et al., 2002) além de envolvimento mais frequente em comportamentos de risco para desfechos negativos de saúde [HILLIS et al., 2001; ANDA et al., 1999; DUBE, et al., 2001). Com maior frequência são documentadas as relações entre a exposição a experiências adversas na infância e o desenvolvimento de transtornos mentais em adultos (KESSLER et al., 2010; GREEN et al., 2010; SCOTT et al., 2010; CHAPMAN et al., 2004; SCHILLING; ASELTINE; GORE, 2007).

Também são numerosos os registros na literatura sobre a associação entre transtornos mentais – especialmente a depressão – e a dor crônica (BENJAMIN et al., 2000; GUREJE et al., 2008; CASTRO et al., 2009; SHARP; KEEF, 2006; DERSH et al., 2002; WORKMAN et al., 2002). Porém, poucos são os estudos que abordam a correlação das experiências a exposições adversas na infância com o desencadeamento de dor crônica na vida adulta, sendo que estes estudos avaliam a dor crônica de forma generalizada ou um local anatômico específico, deixando uma lacuna para as comparações entre os locais anatômicos mais frequentemente relatados em conjunto à exposição a experiências adversas na infância (LAMPE et al, 2003; HEIM et al., 2006). E ainda, a literatura é extremamente restrita quanto à interação entre os três fatores: experiências adversas, dor crônica e depressão (GONZALEZ et al., 2012).

Assim, levando em consideração que as experiências adversas na infância podem constituir-se em fatores de risco para dor crônica e também para a depressão na vida adulta, e que a dor crônica e depressão são comumente relatadas como comorbidades, o objetivo do estudo é identificar a associação entre esses três fatores, ou seja, se indivíduos com dor crônica e depressão associada apresentam também um histórico de experiências adversas na infância e o quanto essas associações diferem dos grupos avaliados – aqueles que apresentam somente depressão e entre aqueles que apresentam apenas dor crônica, através dos dados *do Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity*, visto que não há estudos dessa natureza no Brasil.

1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1.1 EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA

As experiências adversas na infância, também conhecidas como adversidades na infância, são caracterizadas como atos de perpetração de violência ou de omissão dirigidos à criança, e também como um conjunto de outras situações que afetam o ambiente familiar e social tornando-o disfuncional (CLEMMONS et al., 2003).

Os responsáveis por estes atos de violência e omissão podem ser os pais biológicos ou outros membros da família, cuidadores, amigos, conhecidos ou estranhos, membros de autoridade como professores, policiais, profissionais de saúde, e até mesmo outras crianças (World Health Organization, 2006).

As experiências adversas na infância são comumente classificadas pelos pesquisadores do *Adverse Childhood Experiences Study (ACE)* em 10 categorias, sendo cinco relacionadas à criança e cinco ao ambiente familiar disfuncional. Nas experiências contra a criança incluem-se o abuso físico, o abuso emocional, e o abuso sexual, e outras duas categorias que dizem respeito a atos de omissão às necessidades da criança, denominadas como negligência física e emocional. Em relação ao ambiente familiar disfuncional são inseridos o uso/abuso de álcool e drogas, doença mental ou suicídio, violência, atividades criminais, separação ou divórcio parental (FELITTI et al., 1998). O *ACE* teve início em 1995 em *San Diego* com a participação de aproximadamente 17 mil indivíduos e consiste em um dos maiores estudos sobre a relação entre experiências adversas na infância e o desenvolvimento de doenças na vida adulta (FELITTI et al., 1998).

Outras classificações de adversidades na infância podem ser encontradas de acordo com o interesse dos estudos, como é o caso do *World Mental Health Surveys (WMH)* que inclui a adversidade econômica familiar, morte dos pais, presença de doenças físicas na infância e a violência familiar (KESSLER et al., 2010).

O estudo sobre a relação entre experiências adversas na infância e sintomas físicos e psicológicos na vida adulta tem recebido especial importância tanto pelo impacto que essas experiências têm na saúde física e mental ao longo do ciclo de vida, como também porque os

indivíduos com história de exposição a eventos adversos durante a infância apresentam maior probabilidade de se envolver em comportamentos de risco para a saúde, tais como atividades criminais e uso/abuso de álcool e drogas (CLEMMONS et al., 2003).

Nessa perspectiva, identificar a prevalência das experiências adversas na infância, a trajetória de desenvolvimento dos indivíduos expostos a essas experiências e o risco de desenvolver doenças físicas e psicológicas na vida adulta são os principais objetivos de investigação (FELITTI et al., 1998; GILBERT et al., 2008; ALVES; DUTRA; MAIA, 2013).

Os estudos apontam que as experiências adversas na infância podem constituir-se em fatores de risco para o desenvolvimento de doenças na vida adulta, como é o caso da depressão (ZAVASCHI, 2002; CHAPMAN et al., 2004; SCHILLING; ASELTINE; GORE, 2007; SCOTT; SMITH; ELLIS, 2010). Assim, indivíduos com histórico de experiências adversas na infância podem apresentar um risco quase três vezes maior (OR=2,5; IC=1,9 – 3,2/ Homens; OR=2,7; IC=2,3 – 3,2/ mulheres) para depressão na vida adulta do que os indivíduos sem relatos de adversidades (CHAPMAN et al., 2004). O risco para o desenvolvimento de qualquer transtorno mental na vida adulta também pode ser duas vezes maior (OR=2,12; IC=1,2 – 3,75) para o mesmo perfil (SCOTT; SMITH; ELLIS, 2010).

Em estudo realizado por Felitti et al. (1998), os indivíduos com experiências adversas na infância apresentaram risco duas vezes maior para desenvolvimento de doença coronariana (OR=2,2; IC=1,3 – 3,7), assim como um risco maior para diabetes (OR=1,6; IC=1,0 – 2,5), câncer (OR=1,9; IC=1,3 – 2,7), acidente vascular cerebral (OR=2,4; IC=1,3 – 4,3) e doença pulmonar obstrutiva crônica (OR=3,9; IC=2,6 – 5,8) na vida adulta. Nesse estudo também foi identificado que o risco apresenta um padrão dose-resposta, ou seja, o risco aumenta com o aumento do número de experiências adversas na infância (FELITTI et al., 1998).

As experiências adversas na infância também podem contribuir, embora com menos relatos na literatura, para o desenvolvimento de outras condições clínicas como a dor crônica (LAMPE et al., 2003; GONZALEZ et al., 2012). Bruffaerts e Demyttenaere (2009) identificaram que a presença de pelo menos uma adversidade na infância pode aumentar o risco de dor no pescoço ou costas (OR=1,13; IC=1,02 – 1,25). Para o desenvolvimento da síndrome da fadiga crônica o risco é três vezes maior (OR=3,35; IC=1,43 – 7,88) (HEIM et al., 2006).

As associações entre experiências adversas na infância e doenças na vida adulta podem ser compreendidas pela maior vulnerabilidade que existe durante a infância e a adolescência, em

que a exposição às experiências adversas pode comprometer o equilíbrio necessário para o desenvolvimento saudável (CLEMMONS et al., 2003). Mello et al. (2009) em revisão de literatura abordam que o estresse precoce pode alterar a função do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal assim como o comportamento, e que embora respostas agudas do eixo ao estresse sejam geralmente adaptativas, as respostas excessivas em conjunto com os genes de susceptibilidade para doenças, podem levar a efeitos deletérios na vida adulta.

Experiências adversas na infância são reconhecidas internacionalmente como um grave problema de saúde pública e direitos humanos, envolvendo questões legais e sociais (World Health Organization, 2006). Em alguns casos podem ocasionar a morte das crianças e, em outros, as consequências físicas podem ser menos graves do que os danos neurológicos, emocionais e de saúde física, ocasionados ao longo dos anos (World Health Organization, 2006).

1.1.2 CARACTERIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA

1.1.2.1 Infância

A definição de infância pode apresentar diferentes significados, conforme o referencial utilizado. No entanto, tradicionalmente, palavra infância retoma um período que se inicia com o nascimento e termina com a puberdade (ANDRADE, 2010).

O Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8.060/1990) designa criança toda pessoa até 12 anos de idade incompletos, porém, a Convenção dos Direitos da Criança (Resolução 44/25 aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas de 1989) considera criança toda pessoa até os 18 anos, exceto se a lei nacional conceder a maioridade mais cedo.

Os estudos publicados utilizando dados do *WMH* (SCOTT et al., 2008; KESSLER et al., 2010) e do *ACE* (DUBE et al., 2001; DONG et al., 2003) sobre adversidades na infância adotam como referência para infância o período até 18 anos.

1.1.2.2 Abuso Físico

O abuso físico de uma criança é definido como o uso intencional da força física que resulta em ou tem uma alta probabilidade de resultar em danos à saúde, à sobrevivência, ao desenvolvimento ou à dignidade da criança. É caracterizado nos estudos com expressões específicas tais como: bater, chutar, morder, estrangular, esbofetear, empurrar, espancar. O abuso físico muitas vezes é aplicado com o objetivo de punir uma criança (World Health Organization, 2006; FELITTI et al., 1998).

Estimativas dos países desenvolvidos identificam que a cada ano, 4 – 16% das crianças sofrem abuso físico (GILBERT et al., 2008). Os resultados do *WMH* referem-se ao abuso físico como um dos tipos de adversidades na infância mais prevalentes entre 10 países avaliados, com uma média de 9%. No entanto, foi encontrada uma larga variação desta prevalência (3 a 24%) sendo de aproximadamente 3% na Bélgica, Itália e Espanha, 5% na França e Holanda, 6% na Alemanha, 7% no Japão, 8% nos Estados Unidos, 20% no México e 24% na Colômbia (TSANG, LEE, 2009).

No Brasil, os dados sobre experiências adversas na infância são escassos e em muitas situações podem estar subnotificados. Resultados preliminares do Sistema de Vigilância das Agressões e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde, divulgados em 2011, apontam que a maior parte do abuso físico ocorre na residência da criança (64,5%), em relação ao meio utilizado para a agressão, o espancamento foi o mais apontado (22,2%), atingindo mais meninos (23%) do que meninas (21,6%), e ainda, que em 45,6% dos casos o provável agressor é do sexo masculino (BRASIL, 2013).

Dube et al. (2013) através do estudo *ACE* demonstrou também uma maior prevalência de abuso físico entre os homens (30%) do que em mulheres (27%).

Os indivíduos com história de abuso físico na infância podem apresentar um risco quase duas vezes maior (OR=1,6; IC=1,4 – 1,9) para o desenvolvimento de transtornos mentais, sendo o impacto maior nas idades entre 4 – 12 anos (OR=1,9; IC=1,6 – 2,2) e 13 – 19 anos (OR=1,8; IC=1,4 – 2,2), com destaque para o desenvolvimento dos distúrbios de comportamento (OR=2,0; IC=1,6 – 2,6) (GREEN et al., 2010).

Estudo realizado por Kessler et al. (2012) identificou que a presença de transtornos mentais associado ao abuso físico foi maior nos indivíduos dos países de baixa renda (OR=2,0; IC=1,7 – 1,9).

1.1.2.3 Abuso Sexual

É considerado abuso sexual o envolvimento de uma criança em atividade sexual em que ela não compreende totalmente, sendo incapaz de dar consentimento informado, ou para os quais a criança não está desenvolvida, ou que viole as leis ou tabus da sociedade (World Health Organization, 2006).

O abuso sexual é compreendido como uma das formas mais perversas de maus-tratos, constituindo-se em uma agressão à liberdade do indivíduo, uma manifestação extrema de domínio de um adulto sobre a criança/adolescente, praticada justamente por pessoas que deveriam cuidar, proteger e criar as condições para que o desenvolvimento se processe de forma normal. Os efeitos podem ser observados não apenas no momento em que o ato de violação acontece, mas também em etapas posteriores do ciclo vital, podendo comprometer o desenvolvimento global das vítimas (SCHWANCK, SILVA, 2006).

O abuso sexual infantil com frequência ocorre no ambiente familiar o que o torna um fenômeno ainda mais complexo e difícil de enfrentar, pois a denúncia pode revelar o segredo de violência entre a família que se estende por anos (ARAÚJO, 2002).

Segundo Gilbert et al. (2008), durante a infância, 5 a 10% das meninas e 5% dos meninos sofre abuso sexual nos países de alta renda. Esta prevalência maior em mulheres é confirmada por Dube et al. (2013) através dos dados do ACE, onde 24% das mulheres relataram abuso sexual na infância, contra 16% dos homens.

Mulheres com histórico de abuso sexual tanto na infância quanto na vida adulta podem apresentar dor pélvica com maior frequência, assim como demonstrado por Walling et al. (1994) onde 53% das mulheres com dor crônica pélvica relataram abuso sexual ao longo da vida.

A prevalência estimada de abuso sexual pelo *WHM* é de 2%, podendo ser de 0,14% na Espanha e chegar a 5% nos Estados Unidos (TSANG; LEE, 2009). A prevalência encontrada pelo *ACE* é de 22% (FELITTI et al., 1998).

O risco para o desenvolvimento de qualquer transtorno mental na vida adulta é maior entre aqueles que sofreram abuso sexual na infância (OR=1,8; IC=1,5 – 2,2) sendo ainda maior para os casos de transtornos de humor (OR=2,1; IC=1,6 – 2,6) (GREEN et al., 2010).

No Brasil, o sistema VIVA do Ministério da Saúde aponta que o abuso sexual pode chegar a 35% entre as crianças de 0 a 9 anos, 10% entre as de 10 – 14 anos e 5% entre os 15 – 19 anos (BRASIL, 2013).

1.1.2.4 Abuso Emocional/Psicológico

Abuso deste tipo incluem atitudes de menosprezo, culpa, ameaças, intimidação, discriminação e outras formas não físicas de rejeição ou tratamento hostil. Atos nesta categoria podem ter uma alta probabilidade de prejudicar o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social (World Health Organization, 2006; FELITTI et al., 1998).

Dube et al. (2013) observou a prevalência de 14% de relatos sobre abuso emocional na infância e que o risco para tentativas de suicídio na vida adulta entre estes foi 5 vezes maior (OR=5; IC=4,2 – 5,9) do que entre aqueles que não sofreram abuso emocional na infância.

O abuso emocional na infância também pode aumentar o risco de absenteísmo no trabalho (OR=1,9; IC=1,6 – 2,3) (ANDA et al., 2004). Além disso, mulheres com histórico de abuso emocional na infância podem apresentar um risco quase 4 (OR=3,8; IC=2,6 – 5,4) vezes maior para comportamento sexual de risco (≥ 30 parceiros) na vida adulta (HILLIS et al., 2001).

A prevalência de abuso emocional estimada por Felitti et al. (1998) é 10%, sendo maior em mulheres (13%) do que homens (8%) segundo Dube et al. (2013).

1.1.2.5 Negligência

A negligência constitui-se em uma falha por parte dos pais ou outro cuidador no provimento de condições adequadas ao desenvolvimento e bem-estar da criança em relação à saúde, educação, nutrição, abrigo, condições seguras de vida e desenvolvimento emocional. Os pais de crianças negligenciadas não são necessariamente pobres (World Health Organization, 2006).

A negligência pode ser subdividida, para fins de estudo, em negligência emocional – quando a falha está relacionada à afetividade para com a criança – e em negligência física – quando relacionada à falta de provimento as necessidades básicas de uma criança para sobrevivência (FELITTI et al., 1998).

O *WMH* estima a prevalência de negligência, de forma geral, em torno de 6%, podendo chegar a 12% na Colômbia (TSANG; LEE, 2009). Enquanto que, os dados do sistema VIVA do Ministério da Saúde indicam que a negligência pode chegar a 36% no Brasil (BRASIL, 2013).

A negligência pode ser difícil de ser identificada, no entanto, crianças negligenciadas com maior frequência podem sofrer acidentes domésticos como quedas, envenenamentos, queimaduras e as consequências podem ser desde traumas leves ou morte (REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAIS, 1999).

Crianças negligenciadas podem ter um risco duas vezes maior de desenvolver transtornos de humor (OR=1,8; IC=1,3 – 2,4) e distúrbios de comportamento (OR=1,8; IC=1,3 – 2,4) (GREEN et al., 2010).

1.1.2.6 Uso/abuso de álcool e drogas

Levam-se em consideração os problemas familiares, durante a infância e crescimento, ocasionados pelo uso/abuso de álcool e drogas seja no ambiente familiar, social ou no trabalho, e não a quantidade destas substâncias consumidas pelos pais ou cuidadores (FELITTI et al., 1998).

Estudo realizado por Laranjeira et al. (2010) demonstrou que 19% da população adulta brasileira fazia uso frequente de álcool e que 25% já relatou ter pelo menos um tipo de problema relacionado ao uso do álcool. O uso de maconha nos últimos 12 meses foi estimado em 2,1% da população adulta (JUNGERMAN et al., 2009) e o uso de cocaína ao longo da vida em 3,9% e em 1,7% nos últimos 12 meses (ABDALLA et al., 2014).

O risco para o desenvolvimento de transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas pode ser duas vezes maior (OR=2,3; IC=1,7 – 3,1) em indivíduos que conviveram na infância, com pessoas que faziam uso de álcool e drogas (GREEN et al., 2010).

1.1.2.7 Doença Mental e tentativa de suicídio

No *WMH*, os dados sobre doença mental dos pais foram relatados em 7% da amostra, obtendo maiores índices na França (10%) e Estados Unidos (9%) (TSANG; LEE, 2011) e que o risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta foi maior nos países de baixa renda (OR=2,0; IC=1,9 – 2,2) (KESSLER et al., 2012), e ainda o risco pode ser maior para os transtornos de humor (OR=1,8; IC=1,4 – 2,3) e para os distúrbios de comportamento (OR=1,8; IC=1,4 – 2,3). A presença de doença mental na família também pode elevar o risco para o tabagismo precoce (OR=1,7; IC=1,4 – 2,0) (ANDA et al, 1999), além de aumentar o risco para tentativas de suicídio na vida adulta (OR=3,3; IC=2,8 – 3,9) (DUBE et al., 2001).

A prevalência de transtornos mentais dos pais no estudo *ACE* foi de 17% enquanto que as tentativas de suicídio foram em torno de 4% (FELITTI et al., 1998).

1.1.2.8 Violência familiar

Refere-se à agressão física ou verbal entre os pais durante a infância e o crescimento, no entanto, com frequência a agressão é contra a mulher (ANDA et al., 2004; DUBE et al., 2001).

A violência familiar envolve uma interação de diversos fatores, como o alcoolismo, dificuldades financeiras e relações afetivas conflituosas, o que gera o grande desafio de não naturalizar e reproduzir a violência futuramente, no entanto, mulheres agredidas podem repercutir em sentimentos de raiva e nervosismo com os filhos, demonstrando a eles que o ato violento pode ser uma forma de resolver problemas e conflitos (DAHMER et al., 2012). Além disso, a violência contra mulheres afeta a vida social e individual delas, conduzindo ao isolamento, desestímulo para o trabalho e sofrimento (DAHMER et al, 2012).

Indivíduos que reportaram ter a mãe espancada durante a sua infância apresentaram um risco quase três vezes (OR=2,6; IC=2,2 – 3,1) maior para tentativas de suicídio (DUBE et al., 2001).

A prevalência média de violência familiar pelo *WMH* foi de aproximadamente 9%, no entanto altas prevalências foram encontradas no México (20%) e Colômbia (20%) em contraste com baixas taxas na Espanha (1%) e Alemanha (1%) (TSANG; LEE, 2009).

1.1.2.9 Separação ou divórcio parental

O rompimento da relação conjugal resulta, geralmente, em um complexo processo de mudanças para todos os componentes do núcleo familiar assim como foi observado por Brito (2007) em estudo qualitativo através de entrevistas com jovens adultos, filhos de pais separados. Nessa mesma pesquisa, foi identificado que, para muitos dos entrevistados, a separação não ocorreu somente entre os pais, mas estendeu-se ao relacionamento entre pais e filhos o que ocasionou sentimentos e vivências de perda alguns anos mais tarde, sendo o menor desgaste emocional naqueles que mantiveram estreita relação com os pais (BRITO, 2007).

Dados do *WMH* avaliam a média da prevalência de separação dos pais em aproximadamente 9%, sendo maior nos Estados Unidos (16%) e Colômbia (11%) e menor no Japão (TSANG, LEE, 2009).

O risco para tentativas de suicídio (OR=1,9; IC=1,6 – 2,2) na vida adulta pelos indivíduos que vivenciaram a separação dos pais foi duas vezes maior quando comparado aos que não tiveram pais separados na infância (DUBE et al., 2001).

1.1.2.10 Envolvimento com atividades criminais

O envolvimento com atividades criminais é analisado, geralmente, através de questionamentos sobre atividades como roubo ou venda de materiais roubados pelos familiares ou se alguém da família já foi preso (TSANG, LEE, 2009).

As crianças que viveram em famílias que tiveram envolvimento com atividades criminais, como o roubo, podem apresentar um risco maior para o absenteísmo no trabalho na vida adulta (OR=1,8; IC=1,4 – 2,3) (ANDA et al., 2004). Além disso, o risco para o desenvolvimento de transtornos de comportamento também pode ser maior (OR=1,7; IC=1,2 – 2,3) (GREEN et al., 2010).

1.1.2.11 Adversidade econômica familiar

Entende-se por adversidade econômica familiar a necessidade da família buscar ajuda em programas assistenciais do governo por um período igual ou maior que seis meses, e por quanto tempo os pais tiveram um trabalho remunerado (VILAGUT; SAUNDERS; ALONSO, 2009).

A adversidade econômica familiar apresentou uma prevalência média de aproximadamente 6% de acordo com os dados do *WMH* (TSANG, LEE, 2009) e pode estar relacionada à obesidade na vida adulta (OR=1,5; IC=1,2 – 2,0) (BRUFFAERTS; DEMYTTENARY, 2009).

1.1.2.12 Morte dos pais

A morte de alguém implica a necessidade de adaptação a viver sem ela, e, para a criança, a perda de um dos pais influencia em seu desenvolvimento, no convívio social, na forma de lidar com a vida, na parte emocional e afetiva, no sentimento de inferioridade que a criança pode desenvolver por acreditar que só ela que não possui um pai ou uma mãe ou até mesmo na fragilidade para lidar com assuntos delicados (LOUZETTE; GATTI, 2007).

Apesar de ser a adversidade mais prevalente encontrada por Kessler et al. (2010), a morte dos pais obteve os menores riscos, dentre os demais tipos de adversidade, para o desenvolvimento de transtornos mentais, sendo maior entre a idade 13 – 19 anos (OR=1,2; IC=1,1 – 1,3).

A morte dos pais também foi a experiência adversa na infância mais prevalente no *WMH*, sendo identificada em quase 13% da amostra, sendo de 10% nos Estados Unidos e Holanda, e 20% na Colômbia (TSANG; LEE, 2011, KESSLER et al., 2012).

Os transtornos de ansiedade podem ser maiores em indivíduos que referem à morte dos pais durante sua infância (OR=1,2; IC=1,0 – 1,4) (GREEN et al., 2010).

1.1.2 DOR CRÔNICA

Dor crônica é um dos motivos mais frequentes de procura por cuidados médicos (GUREJE et al., 1998), sendo considerada um problema de saúde pública que acarreta prejuízos sociais e pessoais (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006; ALMEIDA et al., 2008). Estima-se que entre 2 – 40% da população adulta sofra com algum tipo de dor crônica (VERHAAK et al., 1998).

Sá et al. (2009) identificaram uma elevada prevalência de dor crônica, em torno de 41%, na população de Salvador, Bahia. Tsang e Lee (2009), de acordo com os dados do *WMH*, apontam que a prevalência estimada de dor crônica na população geral é em torno de 37% nos países em desenvolvimento e 38% em países desenvolvidos.

Entre os pacientes da atenção primária no Rio de Janeiro, Brasil, a prevalência de dor crônica foi de aproximadamente 31% (GUREJE et al., 1998). Já a prevalência de dor crônica em idosos encontrada por Dellaroza et al. (2008) numa unidade básica de saúde de Londrina, Paraná foi de 62%. Outras variações também foram encontradas: 61% entre servidores de uma Universidade de Londrina (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006), 38% numa unidade básica de saúde de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RUVIARO; FILLIPIN, 2012), e 3% entre os cadastrados de uma unidade básica de saúde de Garulhos, São Paulo (MONTINI; NEMAN, 2012).

A prevalência da dor crônica geralmente é maior entre as mulheres (48,3%, Razão de Prevalência [RP]=1,31, IC=1,24 – 1,39) do que homens (32,7%) e as regiões mais afetadas são a região lombar e as articulações (DELLAROZA et al., 2008; SÁ et al., 2009).

Apesar de ser considerada uma condição clínica altamente prevalente em populações específicas (DELLAROZA et al., 2008; KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006), os estudos realizados em população geral são escassos (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006) e não retratam realidades locais e, sobretudo, entre diferentes culturas (GUREJE et al., 1998).

A natureza complexa e subjetiva para definição da dor crônica devido aos diversos mecanismos genéticos e psicossociais envolvidos em sua manifestação (BRAS et al., 2010), e a falta de instrumentos de avaliação apropriados, são características limitantes para a realização dos estudos epidemiológicos de base populacional (MOREIRA JÚNIOR; SOUZA, 2003).

Em estudo de revisão bibliográfica Harstall e Ospina (2003) identificaram métodos diferentes para a periodicidade da dor crônica, alguns utilizavam o período acima de 3 meses enquanto outros, períodos acima de 6 meses. Estas diferenças na caracterização da periodicidade da dor crônica em estudos epidemiológicos podem resultar em estimativas da prevalência diferentes e/ou inadequadas.

Dessa forma, a Associação Internacional para Estudos da Dor preconiza que, para fins de pesquisa, a dor crônica é aquela com duração maior que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente (International Association for the Study of Pain, 1994).

A dor crônica, de uma maneira geral, leva o indivíduo a manifestar sintomas como alterações de energia, nos padrões de sono, apetite e libido, manifestações de irritabilidade, diminuição da capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

Não é recente a ideia de que dor crônica muitas vezes não esteja relacionada diretamente a causas orgânicas, mas sim a fatores psicológicos como relatado por Magni e Bertolini (1983). Gureje et al. (2008) demonstram que os transtornos mentais, principalmente a depressão, estão associados a dor e que a prevalência de depressão é ainda maior em casos de dores múltiplas. No entanto, o diagnóstico de depressão e dor crônica pode ser difícil devido aos sintomas semelhantes. Fadiga, distúrbio do sono, déficit de memória e atenção são características das duas condições (SHARP; KEEFE, 2006).

A prevalência de depressão entre os indivíduos com relatos de dor é maior e aumenta de acordo com o número de locais anatômicos da dor (GUREJE et al., 2008). A chance de desenvolver transtornos mentais pode ser três vezes maior (OR=3,1; IC=1,9 – 5,1) em indivíduos com versus sem dor crônica generalizada, sendo a depressão e a ansiedade os principais transtornos diagnosticados (BENJAMIN et al., 2000).

A dor crônica pode ser manifestação de depressão (OLIVEIRA, 2000), ou pode ainda constituir-se em fator desencadeante de episódios depressivos (OHAYON; SCHATZBERG, 2003). Tal associação pode ser vista de modo bidirecional: a dor crônica pode desencadear quadros depressivos pela sua trajetória de perdas e incapacidades e a depressão pode se apresentar com diferentes tipos de dor compondo seu quadro clínico.

Os estudos focados na associação entre dor crônica e depressão tem resultado em algumas considerações: 1) dor e emoções negativas podem estar associadas; 2) dor pode interferir na vida diária e o número total dos locais de dor pode ter maior associação para desenvolvimento de depressão; 3) sintomas como fadiga e distúrbio do sono são comuns em pacientes com dor (SHARP; KEEFE, 2006).

A importância da dor crônica em termos de saúde pública é indiscutível (MOREIRA JÚNIOR; SOUZA, 2003), assim, os estudos epidemiológicos são de grande relevância para sua identificação e controle (SÁ et al., 2009).

1.3 DEPRESSÃO

A Depressão é um dos transtornos mentais mais comuns na população geral, sendo considerada a quarta causa de doença que mais leva a incapacidade no mundo, com aumento de sua prevalência em todo o planeta, devendo ser a segunda maior causa de morbidade no mundo em 2020 (BROMET et al., 2011).

A prevalência da depressão de acordo com os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais-4ª edição (*DSM-IV*) estimada pelo estudo mundial do *WHM* é elevada, sendo 14,6% ao longo da vida e 5,5% nos últimos 12 meses nos países desenvolvidos, 11,1% e 5,9% nos países em desenvolvimento, respectivamente (BROMET et al., 2011). A prevalência de depressão no *São Paulo Megacity* foi de 16,9% ao longo da vida (VIANA; ANDRADE, 2012) e de 9,4% nos últimos 12 meses (ANDRADE et al., 2012).

O termo depressão tem sido utilizado tanto para designar um estado afetivo normal (a tristeza) na literatura popular, quanto um transtorno psiquiátrico que pode estar associado a diversas doenças, podendo ser desencadeado por situações estressantes, ou circunstâncias sociais e econômicas adversas em indivíduos predispostos (PORTO, 1999).

De acordo com os critérios do *DSM-IV* a depressão é caracterizada quando nas últimas duas semanas à avaliação, pelo menos cinco dos seguintes sintomas estão presentes (sendo um deles o humor depressivo ou perda de interesse nas atividades): humor deprimido na maior parte do tempo e ou perda de interesse ou prazer pelas atividades, insônia ou hipersonia, perda ou ganho de peso (5% em 1 mês), agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, auto depreciação ou culpa excessiva, redução da capacidade de concentração, lentidão de pensamento ou indecisão, ideias recorrentes de morte ou suicídio (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – 4ª edição, 1994).

Diversas doenças podem estar associadas à depressão, como insuficiência renal crônica (RIBEIRO et al., 2009), doença de Parkinson, câncer (DUARTE; REGO, 2007), endometriose e dor pélvica (LORENÇATTO et al., 2002); cefaléia (MATTA; MOREIRA FILHO, 2003), doenças cardiovasculares, endocrinológicas, renais (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). A depressão também pode estar associada a outras doenças que, clinicamente, se apresentam com dor crônica, como as doenças musculoesqueléticas

(BERBER; KUPEK; BERBER, 2005; BRUCH, et al., 2006; DEMYTTENAERE et al., 2007).

Doença clínica e depressão são entendidas como experiências comuns na vida de muitas pessoas. Quando essas doenças coexistem, a depressão tanto pode ocorrer como uma complicação de doença clínica, quanto a sua causa, a comorbidade pode ocorrer em consequência de um ou mais fatores etiológicos comuns a ambas, ou pode, ainda, constituir-se em uma coincidência de ocorrência independentes. Em geral é uma relação complexa, as vezes mal interpretada e frequentemente negligenciada (FURLANETTO; BRASIL, 2006).

A depressão, por si só, ou em associação com outras doenças crônicas reduz significativamente a qualidade de vida, além de aumentar muito os custos associados aos cuidados com a saúde (MARTHA et al., 2005; CASTRO, et al., 2011).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação da exposição a experiências adversas na infância na ocorrência de dor crônica e depressão na vida adulta em uma amostra representativa da população geral adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

2.2 OBJETIVO ARTIGO 1

Avaliar a prevalência e o perfil clínico da dor crônica e a associação da dor crônica com transtornos mentais;

2.3 OBJETIVO ARTIGO 2

Avaliar a associação entre adversidades e:

- Dor crônica
- Depressão
- Dor crônica e depressão.

3. JUSTIFICATIVA

Tendo como conhecimento prévio que a dor crônica constitui-se em uma das razões mais frequentes de procura por cuidados médicos (GUREJE et al., 1998), e que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais frequentemente relatado e diagnosticado (BROMET et al., 2011), e ainda que estas duas doenças podem estar associadas como já descrita inúmeras vezes na literatura (BENJAMIN et al., 2000; GUREJE et al., 2008; CASTRO et al., 2009; SHARP; KEEF, 2006; DERSH et al., 2002; WORKMAN et al., 2002) embora na prática clínica essa interação seja negligenciada devido aos sintomas semelhantes entre dor crônica e depressão, por si esta associação é uma situação relevante para análises. No entanto, outros fatores podem influenciar nessa comorbidade, como é o caso das adversidades na infância, tema extremamente estudado devido ao impacto para o desenvolvimento de doenças na vida adulta, tais como doenças psiquiátricas e cardio-pulmonares.

Nesse sentido, o conhecimento acerca da relação entre adversidades e o desenvolvimento de transtornos mentais, com destaque para depressão, já é amplamente conhecido, em contrapartida a relação entre as adversidades na infância e o desencadeamento de dor crônica na vida adulta apresenta limitações na literatura ao considerar algum tipo de dor específico sem muitas comparações entre os diferentes locais anatômicos da dor e a relação com os tipos de adversidades na infância. Além disso, a interação entre adversidades e as comorbidades dor crônica e depressão é ainda menos conhecida, sendo encontrado um estudo com essa abordagem.

Assim, este estudo pode contribuir para ampliar os conhecimentos científicos, primeiro em relação influência das adversidades na infância e o aparecimento de dor crônica na vida adulta e segundo, na relação entre adversidades e as comorbidades dor crônica e depressão. Pode também contribuir também para a formulação de políticas públicas de prevenção para as adversidades na infância, e fornecer informação, através de um contexto histórico ao longo da vida do paciente e não apenas sintomas clínicos mensuráveis, para os profissionais de saúde para intervenção multidisciplinar adequando diagnósticos e tratamentos, reduzindo custos para o sistema de saúde assim como o custo e o tempo de procura por intervenções eficientes, minimizando o sofrimento e a incapacidade dos pacientes.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O *World Mental Health Survey – WMH Consortium* foi delineado, no final da década de 90 através de uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde com apoio das Universidades de Harvard e Michigan, para adquirir informações válidas das prevalências e dos fatores correlatos dos transtornos mentais na população geral (XAVIER et al., 2013). Mais de 27 países participam da pesquisa com estudos de base populacional, utilizando a mesma metodologia e o mesmo instrumento de coleta de dados: *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) WMH-CIDI* (KESSLER, ÜSTÜN, 2004).

No Brasil, o estudo foi realizado na Região Metropolitana de São Paulo (RSMP) recebendo o nome de *Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity*.

4.1 Tipo de estudo

Este estudo é uma análise de um conjunto de dados do *Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity*, um estudo de corte transversal de base populacional que avaliou a morbidade psiquiátrica em uma amostra probabilística da população geral com 18 anos ou mais, residente na região metropolitana de São Paulo composta pela cidade de São Paulo e 38 municípios subjacentes (VIANA et al. 2009).

4.2 Processo de amostragem

A amostra foi selecionada através de um processo probabilístico multiestratificado, sem substituição cobrindo a RMSP com área geográfica de 8.051 km² e com aproximadamente 12 milhões de adultos (18+ anos) na época da coleta de dados (VIANA et al., 2009; ANDRADE et al., 2012).

Foram empregadas seis etapas para atingir 5.000 domicílios da RMSP estimando-se uma taxa de não resposta de 35% (7.700 domicílios). Cada um dos 38 municípios foi auto-representativo contribuindo com 60% do total da amostra enquanto que, a cidade de São Paulo compôs 40% da amostra (VIANA et al., 2009).

A primeira etapa da seleção da amostra consistiu na identificação das unidades primárias de amostragem, sendo cada uma dessas unidades composta por um bairro ou município. Um total de 134 unidades primárias de amostragem foi identificado e distribuído da seguinte forma: 96 bairros em São Paulo e 38 municípios, cobrindo assim toda a RMSP (VIANA et al., 2009).

Na segunda etapa foram considerados os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2000, em que cada setor censitário cobre uma área de 200-500 famílias (menor unidade de dados disponíveis). No momento do desenho amostral foram identificados 21.158 setores censitários para a RMSP (VIANA et al, 2009)

A terceira etapa foi realizada a partir do agrupamento dos setores censitários com as unidades primárias de amostragem de acordo com a proximidade geográfica. Um total de 1.540 aglomerados foi necessário para selecionar 5.000 domicílios. Um setor censitário foi selecionado aleatoriamente dentro de cada agrupamento compondo assim a quarta etapa (VIANA et al., 2009).

Em seguida, formando a quinta etapa, foi selecionada aleatoriamente uma quadra dentro de cada setor censitário selecionado anteriormente. Cada quadra foi visitada pela empresa contratada pelos pesquisadores para registrar os domicílios, sendo necessária a identificação de 40 domicílios por quadra para logo em seguida realizar a seleção de um a cada cinco domicílios. Uma abordagem diferente foi seguida para a região de favelas onde não existem ruas ou blocos definidos. Dessa forma, as favelas de morro alto foram divididas em cinco regiões de cima para baixo retirando uma entrevista de cada região e o mesmo procedimento em regiões mais espalhadas horizontalmente (VIANA et al., 2009).

Uma carta explicando a pesquisa e avisando a visita de um entrevistador foi enviada a cada um dos domicílios selecionados (VIANA et al., 2009)

Na última etapa, foi realizado um primeiro contato do entrevistador para obter uma listagem de todos os moradores de cada domicílio com informações sobre sexo, idade e capacidade de falar português. Feito isto, dentre os participantes elegíveis, ou seja, aqueles com mais de 18 anos, falando português e sem qualquer incapacidade ou deficiência que pudesse impedir a realização da entrevista foi selecionado, um indivíduo por domicílio e sem substituição através de uma tabela de seleção aleatória de Kish (VIANA et al., 2009)

4.3 Coleta de dados: instrumento utilizado

A coleta de dados foi realizada nos domicílios entre maio de 2005 e abril de 2007 por 149 profissionais, após treinamento específico durante cinco dias sob orientação e supervisão da equipe responsável pela pesquisa (VIANA et al., 2009).

Os respondentes foram avaliados usando a versão desenvolvida para *WHM (WMH-CIDI)*, que foi traduzido e adaptado para o português vigente no Brasil (VIANA et al., 2004). É uma entrevista semi-estruturada dividida em módulos para diversos assuntos (VIANA et al., 2019).

O *WMH-CIDI* é composto por seções clínicas e não clínicas, dispostas em duas partes (Parte I e Parte II), gerando diagnósticos de acordo com o DSM-IV e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Todos os respondentes receberam os módulos da Parte I para avaliação de transtornos do humor (depressão, transtorno bipolar e distímia), dos transtornos de ansiedade (transtornos do pânico, fobia específica, fobia social, agorafobia, transtornos de ansiedade generalizada, transtorno de separação de ansiedade), transtornos por uso de substâncias psicoativas (abuso e dependência de álcool e drogas), transtornos do controle de impulsos (transtorno explosivo intermitente, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno opositivo-desafiador, transtorno de conduta) e comportamento suicida, todos considerados transtornos nucleares. Também foram coletados dados sobre doenças físicas crônicas, informações sobre infância e dados demográficos, caracterizando a primeira parte da entrevista. Ao final da primeira parte os respondentes foram direcionados de acordo com suas respostas a segunda parte ou a entrevista foi encerrada (VIANA et al., 2009).

A Parte II composta de módulos não clínicos e clínicos complementares (transtornos obsessivo-compulsivo, de estresse pós-traumático, alimentares, pré-menstruais, neurastenia, jogo patológico, sintomas psicóticos e rastreio de personalidade) foi aplicada àqueles que tiveram pelo menos um dos transtornos nucleares (avaliado na Parte I) e a uma amostra aleatória de 25% dos negativos. Um total de 5.037 indivíduos foi entrevistado, com uma taxa global de resposta de 81,3%. A Parte I foi administrada a 41,6% (N=2.095) do total da amostra, que foram considerados negativos para transtornos nucleares. As Partes I e II foram administradas para um total de 2.942 respondentes (VIANA et al., 2009).

Neste estudo, todas as variáveis utilizadas fazem parte da entrevista curta, que foi aplicada a todos os respondentes (N=5.037).

4.4 Medidas e desfechos

Para atingir os objetivos deste estudo foram analisadas as variáveis investigadas nos módulos sobre Doenças Crônicas (ANEXO 1), Infância (ANEXO 2), Transtorno do Estresse Pós-Traumático (ANEXO 3) e Dados Sociodemográficos presentes no questionário do *WMH-CIDI*.

4.4.1 Exposição a experiências adversas na infância

O módulo de Infância do questionário *WMH-CIDI* foi composto a partir de 39 itens da escala “*Family History Research Diagnostic Criteria (RDC) interview*”, de autoria de Andreasen et al. (1977). Essa escala envolve a investigação da presença de um transtorno por uso de álcool no ambiente familiar.

Além desses, outros quatro itens da escala “*Parental Bonding Instrument*” de autoria de Parker, Tupling e Brown (1979) foram incluídos no módulo. Essa escala é um instrumento de vínculo parental concebido para obter dados retrospectivos dos adultos sobre as principais dimensões de interação entre pais e filhos na infância.

Neste estudo, os tipos de adversidades na infância apresentados e descritos abaixo foram construídos de forma padronizada para o estudo *WMH*. Adota-se como infância o período até os 18 anos.

4.4.1.1 Violência pessoal

Dividido em abuso físico e o abuso sexual.

4.4.1.1.1 Abuso físico

Caracterizado através de expressões que denotam atitudes de extrema violência provocada pelos pais ou cuidadores, durante a infância. Três perguntas foram levadas em consideração, duas do módulo de Infância e uma no módulo de Transtorno do Estresse Pós-traumático. No entanto, definiu-se como abuso físico a resposta positiva na primeira e segunda ou resposta positiva na terceira das perguntas descritas abaixo.

1ª – “Durante o seu crescimento, com que frequência alguém de sua família lhe fez alguma das coisas listadas abaixo?”

Empurrou, agarrou à força ou sacudiu violentamente/ Atirou algo ou alguma coisa violentamente/ esbofeteou, bateu ou socou violentamente.

2ª – Quem fazia isso?

Pai biológico/ Pai adotivo/ Padrasto/ Mãe Biológica/ Mãe adotiva/ Madrasta

3ª – “Durante seu crescimento, o senhor alguma vez apanhou muito de seus pais ou pessoas que o criaram?” “Quantos anos tinha na primeira vez que aconteceu?” “Quantas vezes aconteceu na sua vida?”.

4.4.1.1.2 Abuso sexual

As perguntas sobre abuso sexual foram separadas em abuso sem penetração (molestado) ou com penetração (estupro), para fins de investigação. No entanto a variável sobre abuso sexual foi criada em conjunto, ou seja, levando-se em consideração os dois tipos de abuso (molestado ou estupro). Nesse caso, todas as perguntas são do módulo de Transtorno do Estresse Pós-traumático. E foram organizadas da seguinte forma:

Resposta positiva em: 1ª – “Durante sua infância alguém teve relações sexuais com o Senhor (a) ou penetrou seu corpo com um dedo ou objeto quando o senhor (a) não queria, seja através

de força ou ameaça (estupro)?” E resposta positiva para idade inferior a 18 anos. Associado à ocorrência de três episódios de estupro.

Ou, Resposta positiva em: 2ª – “Sem ser estupro, o senhor (a) já foi sexualmente agredido ou molestado?” E resposta positiva para idade inferior a 18 anos. Associado a ocorrência de 3 episódios.

4.4.1.2 Perdas pessoais

Em relação às variáveis construídas para perda pessoais, todas as questões utilizadas estão no módulo de Infância. Dividido em morte dos pais, divórcio parental e outras perdas pessoais.

4.4.1.2.1 Morte dos pais

Caracterizado com a morte do pai e/ou mãe antes dos 18 anos, através da resposta negativa em: 1ª - “Até a idade dos dezesseis anos o senhor (a) morou com ambos os pais biológicos?” E resposta positiva para morte do pai ou mãe em: 2ª - “Por que o senhor (a) não morava com os seus pais?”.

4.4.1.2.2 Divórcio parental

Definido no relato de divórcio entre os pais antes dos 18 anos, através da resposta negativa em: 1ª - “Até a idade dos dezesseis anos o senhor (a) morou com ambos os pais?” E resposta positiva para divórcio dos pais em: 2ª - “Por que o senhor (a) não morava com os seus pais?”.

4.4.1.2.3 Outras perdas pessoais

A construção dessa variável levou em consideração pelo menos uma das seguintes situações: se o indivíduo foi adotado após dois anos de idade, ou se viveu em orfanato em qualquer idade, ou se não morou com os pais por qualquer outro motivo, ou se morava com outros familiares, ou em centro de detenção juvenil ou lar adotivo (antes de 16 anos).

Dessa forma, foi definido como outras perdas pessoais se houvesse resposta negativa em: 1ª - “Até a idade dos dezesseis anos o senhor (a) morou com seus pais biológicos?” E resposta

positiva para adoção em idade inferior a dois anos, ou se morava em orfanato, ou outro motivo em: 2ª - “Por que o senhor (a) não morava com seus pais biológicos?” Ou resposta positiva para morava com outros familiares, centro de detenção juvenil ou lar adotivo antes dos dezesseis anos em: 3ª - “Até fazer dezesseis anos, alguma vez o senhor (a) ficou longe de casa por seis meses, ou mais seja vivendo como filho d criação, vivendo com outros familiares, em colégio interno, hospital, centro de detenção juvenil ou em qualquer outro lugar?”.

4.4.1.3 Disfunção Parental

Todas as variáveis foram avaliadas a partir do módulo de Infância. Dividido em depressão, ansiedade, transtorno do pânico, uso de substâncias psicoativas, envolvimento com atividades criminais, violência familiar.

4.4.1.3.1 Depressão

Os respondentes foram questionados sobre sintomas depressivos do pai e da mãe durante a infância. Para configurar a depressão, materna ou paterna, foi necessária a resposta positiva em: 1ª - “Durante o seu crescimento, a mulher/pai que o criou teve algum período de duas semanas ou mais em que ficava triste ou deprimida (o) a maior parte do tempo?” e assinaladas as respostas “a maior parte do tempo ou todo o tempo” para a pergunta: 2ª - “Isso ocorreu durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?”. Além dessas duas perguntas, também foi necessária a resposta positiva em: 3ª - “Durante o tempo em que a depressão dela/dele esteve pior, ela/ele também tinha outros sintomas como baixa energia, mudanças no sono ou apetite, e dificuldade de concentração?” e positiva em: 4ª - “Alguma vez ela/ele recebeu tratamento profissional para depressão?” ou positiva em: 5ª - “A depressão interferia muito na vida dela/dele ou em suas atividades?”.

4.4.1.3.2 Ansiedade

Foi avaliada a presença de ansiedade, materna e paterna, através das questões presentes no módulo de Infância. Para fins desta pesquisa, considerou-se ansiedade a resposta positiva em: 1ª - “Durante o seu crescimento, a mulher/homem que o criou teve períodos em que ficava constantemente nervosa (o), irritada (o) ou ansiosa (o)?” e respostas assinaladas em “todo o tempo ou a maior parte do tempo” para a pergunta: 2ª - “Isto ocorreu durante toda a sua

infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco da sua infância?”. Além disso, era necessária a resposta positiva em: 3ª – “Durante o tempo em que o nervosismo dela/dele esteve pior, ela/ele tinha outros sintomas como inquietação, irritação, cansaço e dificuldade para dormir?” e positiva em uma das questões seguintes: 4ª – “Alguma vez ela recebeu tratamento profissional para nervosismo?” ou 5ª – “O nervosismo interferia muito na vida dela/dele ou em suas atividades?”.

4.4.1.3.3 Transtorno do Pânico

O transtorno do pânico, da mãe ou pai, foi avaliado através de uma questão do módulo de Infância.

Resposta positiva em: 1ª – “Durante o seu crescimento a mulher/ o homem que o criou alguma vez queixou de ataques de ansiedade quando de repente sentia-se amedrontada (o), ansiosa (o) ou em pânico?”.

4.4.1.3.4 Uso de substâncias pelos pais

Avaliado através das questões do módulo de Infância. Caracterizado pela resposta positiva em: 1ª – “A mulher/ o homem que o criou já teve problemas com álcool ou drogas?” e respostas “toda a infância ou a maior parte da infância” para: 2ª – “Ela/ele teve esse problema durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?” e resposta positiva para: 3ª – “Alguma vez ela/ele recebeu tratamento profissional para uso de álcool ou drogas?”, além de ter assinalado o termo “muito” ou “moderadamente” para a questão: 4ª – “Até que ponto o uso de álcool ou drogas interferia na vida dela ou em suas atividades – muito, moderadamente, um pouco ou nada?”.

4.4.1.3.5 Envolvimento com atividades criminais

Mãe ou pai envolvido com atividades criminais como roubo ou venda de materiais roubados.

Resposta positiva em: 1ª – “Alguma vez a mulher/ o homem que o criou se envolveu com atividades criminais como roubo ou venda de bens roubados?” Ou em: 2ª – “Alguma vez a mulher/ o homem que o criou foi detida ou mandada (o) para a prisão?”.

4.4.1.3.6 Violência familiar

Caracterizado através da agressão física entre os pais durante a infância do respondente. Foram levadas em consideração questões do módulo de infância e do módulo de Transtorno

do Estresse Pós-Traumático. Necessário apenas uma resposta: “Frequentemente” na 1ª ou “Sim” na 2ª.

1ª – “Com que frequência (seus pais/ as pessoas que o (a) criaram fizeram alguma dessas coisas listadas abaixo, um ao outro durante o seu crescimento (frequentemente, as vezes, raramente ou nunca)?”

Empurrou, agarrou à força ou sacudiu violentamente.

Atirou algo/ alguma coisa violentamente.

Esbofeteou, bateu ou socou violentamente.

2ª – “Alguém muito próximo do (a) Senhor(a) já teve uma experiência extremamente traumática, como ser sequestrado(a), torturado(a) ou estuprado(a)?”

4.4.1.4 Outras adversidades

Dividido em negligência, doença física, e adversidade econômica familiar.

4.4.1.4.1 Negligência

A negligência foi avaliada de forma geral, sem divisões em negligência emocional ou física. Para configurar a negligência algumas questões do módulo de Infância foram avaliadas. Foi necessária a resposta assinalada como, “muitas vezes”, em pelo menos uma questão e a resposta “frequentemente ou às vezes” em pelo menos duas das questões descritas abaixo.

1ª – “Com que frequência o Senhor (a) teve uma das seguintes experiências durante sua infância – frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?”.

a) “Com que frequência o (a) senhor (a) tinha que fazer tarefas que eram muito difíceis ou perigosas para alguém de sua idade?”.

b) “Com que frequência era o senhor (a) deixado (a) só ou sem supervisão quando era novo(a) demais para ficar sozinho?”.

c) “Com que frequência ficou sem coisas de que precisava, como roupas, sapatos ou materiais, porque seus pais ou cuidadores gastavam o dinheiro com eles mesmos?”.

d) “Com que frequência seus pais ou cuidadores o deixavam com fome ou não preparavam as refeições diárias?”.

e) “Com que frequência seus pais ou cuidadores ignoravam ou não lhe davam tratamento médico quando o senhor (a) estava doente ou machucado (a)?”.

4.4.1.4.2 Doença Física

Definida como a presença de alguma doença física com risco de vida durante a infância do respondente, através de uma pergunta do módulo de Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

1ª – “O (a) senhor (a) já teve uma doença com risco de vida? Qual? Com quantos anos?”.

4.4.1.4.3 Adversidade econômica familiar

Para configurar a adversidade econômica familiar seis perguntas do módulo de infância foram consideradas, sendo necessária uma das seguintes combinações:

A) Ter como resposta para a primeira pergunta “não há nenhum homem na família”. 1ª – “Quem foi o chefe masculino de sua família durante a maior parte do tempo antes do senhor (a) fazer dezesseis anos?” e ter como resposta na segunda questão os termos “a metade do tempo, pouco tempo ou nada”. 2ª – “Por quanto tempo durante sua infância sua mãe/mulher que o criou teve um trabalho remunerado – o tempo todo, a maior parte do tempo, a metade do tempo, pouco tempo ou nada?”. Ou,

B) Ter como resposta para a terceira pergunta “não há nenhuma mulher na família”. 3ª – “Quem foi a chefe feminina de sua família durante a maior parte de sua infância?” e ter como resposta na quarta questão os termos “a metade do tempo, pouco tempo ou nada”. 4ª – “Por quanto tempo durante sua infância seu pai/homem que o criou teve um trabalho remunerado – o tempo todo, a maior parte do tempo, a metade do tempo, pouco tempo ou nada?”. Ou,

C) Ter como respostas para 5ª e 6ª questões “não há nenhum homem na família” e “não há nenhuma mulher na família”. 5ª – “Quem foi o chefe masculino durante a maior parte de sua infância?”. 6ª – “Quem foi a chefe feminina durante a maior parte de sua infância?”.

4.4.2 Experiências adversas na infância e dor crônica associada a depressão

Para avaliar a associação das adversidades na presença de dor crônica e depressão como comorbidades as seguintes variáveis foram elaboradas:

4.4.2.1 Qualquer violência pessoal: inclui o abuso físico e abuso sexual;

4.4.2.2 Qualquer perda pessoal: inclui morte dos pais, divórcio dos pais e outras perdas.

4.4.2.3 Qualquer disfunção familiar: inclui transtorno mental dos pais, uso de substâncias, envolvimento com atividades criminais e violência familiar.

4.4.2.4 Qualquer transtorno mental dos pais: inclui depressão, ansiedade e transtorno do pânico entre os pais.

4.4.2.5 Outras disfunções familiares: inclui uso de substância, personalidade antissocial, envolvimento com atividades criminais e violência familiar.

4.4.2.6 Outras adversidades: inclui doença física, adversidade econômica familiar e negligência.

4.4.2.7 Outras adversidades sem considerar a negligência: inclui doença física e adversidade econômica.

4.4.2.8 Qualquer adversidade: inclui todas as adversidades.

4.4.3 Dor

Para a obtenção dos dados sobre dor crônica, primeiro foram analisadas as questões de triagem sobre a presença de alguma dor nos últimos doze meses, presente no módulo de doenças crônicas. A presença de dor foi classificada por local anatômico e dividida as proporções entre os gêneros masculino e feminino. Os respondentes podem ter referido mais de um local de dor.

O local anatômico da dor foi apresentado como:

4.4.3.1 Dor nas articulações,

4.4.3.2 Dor nas costas ou pescoço,

4.4.3.3 Dor de cabeça,

4.4.3.4 Outras

4.4.3.5 Qualquer dor.

A variável qualquer dor foi criada para esta pesquisa e oferece dados sobre a presença de qualquer um dos tipos de dor citados acima. A resposta positiva para qualquer local de dor em: “As próximas perguntas são sobre problemas de saúde que o Senhor (a) pode ter tido nos últimos doze meses, teve dor nas articulações? Costas ou pescoço? Dor de Cabeça? Outra?” levou o respondente ao segundo momento da avaliação sobre dor, levando em consideração o tempo da dor, indicando então a presença ou não de dor crônica.

4.4.4 Dor crônica

A dor crônica foi definida, para este estudo, como uma dor com duração de seis meses ou mais e que é intensa o bastante para interferir nas atividades habituais do respondente ou causar sofrimento emocional ao respondente.

Após, a triagem, os respondentes foram avaliados para a questão: “As próximas perguntas são sobre dor crônica. A dor crônica é definida como uma dor com duração de seis meses ou mais e que é intensa o bastante para interferir em suas atividades habituais ou causar desconforto emocional. Com essa definição em mente, o senhor (a) teve dor crônica nos últimos doze meses...?”.

O local anatômico foi fixado em:

Dor no pescoço ou nas costas/ Dor no estômago ou abdome/ Dor nas articulações (ou braços, mãos, pernas e pés)/ Dor na face ou mandíbula/ Dor no peito/ Dor de cabeça/ Outras/ Qualquer dor crônica

A variável qualquer dor crônica foi criada para este estudo com os dados sobre qualquer dor crônica citada acima. Somente os respondentes identificados com dor crônica responderam questões sobre a intensidade da dor, resposta ao tratamento e duração da dor.

4.4.4.1 Intensidade da dor

Foi analisada usando uma escala analógica de 0 a 10 onde o número 0 significa “sem dor” e 10 expressa “a pior dor”, sendo dividida em dor mais intensa, dor menos intensa e média da dor.

Os respondentes foram avaliados com a questão: Por favor, olhe a escala de 0 a 10 de seu caderno, onde 0 é “sem dor” e 10 é “a pior dor que o senhor(a) pode imaginar”. Que número descreve a pior/ a menor/ e em média a sua dor nos últimos 12 meses?

4.4.4.2 Resposta ao tratamento para dor crônica

Avaliada através de escala analógica visual de 0 a 10, onde 0 significa “nenhum alívio” e 10 significa “alívio completo”.

Questão: Em geral, que alívio os tratamentos para dor proporcionam, usando-se uma escala de 0 a 10?

4.4.4.3 Duração da dor

Avaliada em dias por mês e minutos por dia através da questão: “Pense no mês ou nos meses do último ano em que a dor foi a mais frequente. Aproximadamente, em quantos dias por mês o senhor (a) teve dor durante esse período?”. “Quantos minutos ou horas por dia a dor durava?”.

4.4.5 Dor Crônica e Transtornos Mentais

A associação entre dor crônica e transtornos mentais foi avaliada e para isso as variáveis “qualquer transtorno de humor”, “qualquer transtorno de ansiedade” e “qualquer transtorno mental” foram criadas.

4.4.5.1 Qualquer transtornos de humor

Em qualquer transtorno de humor incluem-se depressão, transtorno bipolar I, transtorno bipolar II e distímia.

4.4.5.2 Qualquer transtornos de ansiedade

Em qualquer transtorno de ansiedade incluem-se agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno do Pânico e transtorno do estresse pós-traumático.

4.4.5.3 Qualquer transtorno mental

E em qualquer transtorno mental são incluídos os transtornos das variáveis qualquer transtorno de humor e qualquer transtorno de ansiedade, além dos transtornos por abuso de álcool, transtornos por dependência de álcool, transtornos por abuso de drogas, transtornos por dependência de drogas, Transtorno por déficit de atenção e hiperatividade, Transtorno de conduta, Transtorno Explosivo Intermitente e transtorno opositivo-desafiador.

4.4.6 Dor Crônica e Depressão

Uma variável contendo os casos de dor crônica e depressão em conjunto foi criada para avaliar a associação com as adversidades na infância.

4.4.7 Depressão

O diagnóstico de depressão foi feito com base nos critérios do DSM-IV através de algoritmos aplicados as respostas do entrevistado no módulo de depressão. Será utilizada a ocorrência da depressão nos últimos 12 meses, cuja prevalência foi de 9,4% (ANDRADE et al., 2012).

4.4.8 Dados Sociodemográficos

Os dados sociodemográficos foram divididos em: Gênero (masculino e feminino)/ Faixa etária (18 – 34; 35 – 49; 50 – 64 e acima de 65 anos)/ Estado Civil (casado; separado/ viúvo ou divorciado)/ Ocupação (trabalhando, estudante, do lar, aposentado e outros)/ Renda (baixa renda, média-alta renda, alta-média renda e baixa renda).

4.4.9 Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software STATA versão 12.0. As análises descritivas, proporções e medidas de tendência central e dispersão, e as de associação foram realizadas com pesos adequados devido ao processo de amostragem multiestratificado. As razões de chance (OR) bruta e ajustada foram calculadas através de modelos de regressão logística. As diferenças entre as proporções das variáveis foram avaliadas pelo teste do qui-quadrado. Todos os testes estatísticos foram bi-caudais, com significância estatística de 0.05 ($p < 0,05$).

4.4.10 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os respondentes somente foram avaliados após a assinatura do termo de consentimento com total confidencialidade assegurada (ANEXO 4). A pesquisa foi aprovada pela comissão de ética para análise de projetos de pesquisa da diretoria clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ANEXO 5).

5. RESULTADOS

Number of pages: 21

Number of tables: 5

Chronic pain in the general adult population in Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey

Flávia Garcia Pereira^{a*}, Mariane Henriques França^a, Maria Cristina Alochio de Paiva^a, Laura Helena Andrade^b, Maria Carmen Viana^{ac}

^aPostgraduate Program in Public Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil. Av. Marechal Campos 1468; Vitória/ES - Brazil.CEP 29043-900.

^bSection of Psychiatric Epidemiology – LIM 23, Department and Institute of Psychiatry, University of São Paulo Medical School, São Paulo/SP – Brazil.

^cDepartment of Social Medicine, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil. Av. Marechal Campos 1468; Vitória/ES - Brazil.CEP 29043-900.

Abstract

Despite the high prevalence of chronic pain in specific populations, few studies have estimate prevalence rates and assessed its clinical profile in the general population. We analyzed cross-sectional data from the São Paulo Megacity Mental Health Survey concerning the prevalence and clinical profile of chronic pain in adult household residents in the Sao Paulo Metropolitan Area, Brazil. The prevalence of pain and chronic pain by anatomical site, treatment response and pain duration was assessed. Furthermore, the associations between chronic pain and 12-month *DSM-IV* mental disorders were estimated. Respondents were assessed using the *World Mental Health Survey* version of the *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)*. A total of 5,037 individuals were interview, with a global

Corresponding author. Phone: +55 27 98121 0915/ E-mail address:flaviagp15@yahoo.com.br

response rate of 81.3%. Any pain and any chronic pain in the past 12-month period were reported by 52.6% and 31.0%, respectively. The anatomical sites of chronic pain more frequently reported were joint pain (16.5%) and back or neck pain (15.5%). On a 10-point analogue scale, the mean intensity of the worst pain was 7.7 (SE 0.08), the mean average pain was 5.5 (SE 0.07), and the mean treatment response was 6.3 (SE 0.13). The mean pain duration was 16.1 (SE 0.35) days a month and 123 (SE 0.61) minutes a day. Chronic pain were associated with 12-month mental disorder, with OR 2.3 (95%CI 1.9–3.0) for any anxiety disorder; OR 3.3 (95%CI 2.6-4.4) for any mood disorder; and OR 2.7 (95%CI 2.3–3.3) for any mental disorder.

Keywords: Chronic pain; Depression; Mental disorders; Anxiety;

1. Introduction

Chronic pain is one of the most frequent reasons for seeking health care [9], and it is considered a public health problem that causes significant social and personal disability [12,1]. It is estimated that between 2 to 40% of the adult population suffers from some type of chronic pain around the world [28].

Although it's considered a clinical condition highly prevalent in specific populations [5,12], epidemiological studies assessing the general population are scarce [12] and do not usually reflect local realities or address cross-cultural differences [9].

The complex nature of chronic pain involving various psychosocial and genetic factors in its manifestation [4], its subjective definition, and the lack of appropriate assessment instruments to cover all types of chronic pain contribute to the lack of large-scale population-based surveys [17]. In a review paper, Harstall e Ospina (2003) [11] described differences in case-definition and case-identification related to the minimum duration of chronic pain. While some studies considered three months, others use a minimum duration of six months. Such

differences surely result in different prevalence estimates of chronic pain in epidemiological studies. To minimize such variation, the International Association for the Study of Pain recommends, for research purposes, that to be considered as chronic pain, pain should last six months or more [14].

Chronic pain frequently leads to symptoms that also occur in depression, such as changes in energy, sleep, appetite and libido, increased irritability, and decreased interest in family, social and professional activities [12], which can make differential diagnosis difficult [23]. Moreover, chronic pain can be associated with mental disorders, especially depression [7,10], as a causal trigger or a consequence, and also occur in a bidirectional manner, aggravating the clinical symptoms [3].

The public health importance of chronic pain is unquestionable [17], and epidemiological studies are of great relevance to help increasing early identification and control of symptoms, and, therefore, decreasing comorbidity and disability [22].

This study aims at identifying the prevalence and describing the clinical profile, disability and treatment response of chronic pain in the adult household population living in the Sao Paulo Metropolitan Area, Brazil, analyzing data from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. This study helps to fill the gap of knowledge on chronic pain and its related mental health comorbidity in the general population, and may contribute to the formulation of preventive policies and clinical strategies addressing chronic pain in metropolitan Brazil.

2. Methods

2.1 Sample

The *São Paulo Megacity Mental Health Survey* is a population-based cross-sectional survey of psychiatric morbidity, assessing a probabilistic sample of household residents in the São

Paulo Metropolitan Area, aged 18 years and over. Respondents were selected from a stratified multistage clustered area probability sample of households, covering 39 municipalities, without replacement [28,30]. Respondents were assessed using the *World Mental Health Survey* version of the *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)*, which was translated and adapted into the Brazilian-Portuguese language [31]. Data was collected between May 2005 and April 2007 by trained lay interviewers. A total of 5,037 individuals were interviewed, with a global response rate of 81.3% [28,29].

The *WMH-CIDI* comprises clinical and non-clinical sections, arranged as Part I and Part II, producing diagnoses according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV). Respondents were interviewed after informed written consent was obtained, and total confidentiality was assured. Detailed methodological information were described elsewhere [30]. The *São Paulo Megacity Mental Health Survey* was approved by the Ethical and Research Committee of the School of Medicine, University of São Paulo [2,30].

2.2 Sociodemographic characteristics

Age was categorized in 18-34, 35-39, 50-64 and above 65 years; and marital status into married/cohabitating, separated/widowed/divorced and never married. Occupation status was defined as currently working, student, homemaker, retired and other; and per capita income was grouped into low, low-average, high-average and high income.

2.3 Chronic Pain

For this report, information about "serious chronic pain", defined as pain lasting six months or more, was explored, as defined by the International Association for the Study of Pain [14]. This information was obtained after a screening questionnaire for chronic conditions, which

screened for any pain in the prior 12 months, was applied. Further information on the clinical profile of pain were obtained, allowing the identification of chronic pain cases. Serious chronic pain was classified according to anatomical site, as back or neck pain, stomach or abdomen, joint (arms, hands, legs and feet), chest, headache, face or mandible, and other sites. All sites were grouped to identify the occurrence of any serious pain, to estimate the overall prevalence of chronic pain and to examine its associations with mental disorders.

2.4 Clinical profile of chronic pain: intensity, treatment response and duration

The chronic pain intensity and treatment response were assessed using 10-point visual analogue scales. Regarding chronic pain intensity, 0 represented “no pain” and 10 expressed “worst pain” in the last 12 months. For treatment response, 0 expressed “no relief” and 10, “complete relief”. Pain duration was assessed by days a month and minutes a day.

2.5 Mental Disorders

The association of serious chronic pain and mental disorders was also assessed, considering the occurrence of any anxiety disorder, any mood disorder and any mental disorder in the past 12 months. Any anxiety disorder included agoraphobia, generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, panic disorder, post-traumatic stress disorder, adult separation anxiety, social phobia or specific phobia. Any mood disorder included major depression, bipolar I and II disorders or dysthymia. Any mental disorder was composed by the diagnosis of any anxiety disorder, any mood disorder, attention deficit disorder, conduct disorder, oppositional defiant disorder, intermittent explosive disorder, alcohol abuse and dependence, or drug abuse and dependence.

2.6 Statistical analysis

Statistical analysis was performed using Data Analysis and Statistical Software (STATA version 12.0). All analyses were conducted with weights using models for survey data. Crude and adjusted odds ratios (OR) were calculated with logistic regression. Differences between proportions were evaluated using chi-square tests. All statistical tests were two-sided with significance set at 0.05.

3. Results

The sample was composed of 53% women and 47% men; mean age was 39.1 years (standard error [SE] 0.22), 39.7 (SE 0.42) years among women and 38.4 (SE 0.32) among men. More than half of the sample (60%) aged less than 40 years. Regarding marital status, most (60%, SE 1.0) were married or cohabitating, and, regarding occupational status, 64% (SE 0.8) were currently working.

Self-reported pain in the 12 months prior to interview according to anatomical site, by gender and age is presented in Table 1. Approximately 53% (SE 1.0, N=2.650) of the sample reported any pain in last 12 months, with higher rates for headache (29.7%, SE 1.0) and back or neck pain (27.1%, SE 0.6). Women were more likely to report pain compared to men, with OR ranging from 1.4 (95%CI 1.2-1.8) to 2.8 (95%CI 2.3-3.3) for headache, with an overall OR of 2.2 (95%CI 1.9 – 2.5) for any pain. Regarding age, a differential distribution was observed, with lower rates reported by younger respondents (except for headache) (Table 1).

Table 1 around here

The prevalence of “any serious chronic pain” (Table 2) in the total sample was 31.0% (SE 0.8, N=1.561), with higher rates among women compared to men for all anatomical sites, except for chest pain. When considering only respondents who had reported any pain in the previous

12 months (N=2.650), higher rates among women were seen for chronic pain in face or mandible (OR 2.6; 95% CI 1.4–4.7) and headache (OR 2.0; 95% CI 1.4–2.8), and higher rates of chest pain among men (Female/Male OR 0.7; 95% CI 0.6-0.8). The most reported anatomical site of chronic pain involved joints and back or neck (Table 2).

Table 2 around here

Among those reporting any chronic pain, the mean most intense pain rated was 7.7 (SE 0.08), the less intense pain 3.4 (SE 0.07) and the mean average pain over the last 12 months was 5.5 (SE 0.05), in 0-10 analogue visual scales. Regarding treatment response, the mean score of pain relief was 6.3 (SE 0.13). Self-reported pain duration was approximately 16 days a month (SE 0.35) and 123 minutes a day (SE 0.61) (Table 3).

Table 3 around here

Socio-demographic correlates of self-reported pain (N=5.037) and serious chronic pain (n=2.650) are presented in Table 4. As already seen in Table 1, there are gender and age-cohort differences in reporting pain and serious chronic pain. Women were twice more likely to report pain compared to men, even after adjusting for age. Older cohorts (35-64) were more likely to report pain and chronic pain compared to the younger (Table 4). After adjusting for gender, age, occupation and income, respondents who were separated, widowed or divorced were 30% less likely to report pain (OR 0.7 95%CI 0.6-0.9). Homemakers and respondents with low/low-average incomes were more likely to report pain, but these associations were not hold after adjustment to other socio-demographic characteristics. Apart from age, no other socio-demographic correlates of chronic pain were identified.

Table 4 around here

There were significant associations between chronic pain in all anatomical sites and 12-month mental disorders, grouped into any anxiety disorder, any mood disorder and any mental disorder (Table 5). Respondents with chronic pain in all anatomical sites were more likely to present a 12-month DSM-IV mental disorder, with OR ranging from 2.1 to 5.6, which remain significant after adjusting for socio demographic characteristics. Adjusted odds ratios for any chronic pain were 2.3 (95% IC 1.9–3.0) for any anxiety disorder, 3.3 (95% IC 2.6 –4.4) for any mood disorder and 2.7 (95% IC 2.3–3.3) for any mental disorder.

Table 5 around here

Discussion

The prevalence of important chronic pain among the general population identified in this study (32.2%) is high, but similar to reports from other population-based studies with similar methodology conducted in other countries participating in the WMH, (37.7% in developing and 38.9% in developed countries) [27], but lower than those found in the population of Salvador, Bahia (41.4%) [22]. Other variations in the prevalence of serious chronic pain were found in studies with specific populations. Higher prevalence rates were reported by Kreling, Cruz e Pimenta (2006) [12] among public servants at the State University of Londrina and in elderly patients (62.2%) [5]. Very low and discrepant results (2.7%) were reported among primary care patients attending the Health Unit Garden Palmira, in Guarulhos, Sao Paulo [16]. In another study of primary care patients in Rio de Janeiro, prevalence rates were similar to those reported in this study (30.8%) [9].

Differences in prevalence rates of chronic pain can be partly explained by the different research methods applied, such as the assessment and definition of chronic pain and the selection procedures. Furthermore, cultural differences on coping strategies can influence prevalence rates, as suggested by Gureje et al. (1998) [9]. The sociodemographic profile of

the populations studied can also influence prevalence rates. Miranda et al. (2012) [15] suggested that older people tend to have more chronic pain, as a result, in some cases, of the aging process [22], while the presence of pain in the middle-aged is more likely to be reported, as this is usually an economically active population, and pain may be related to working activities or cause occupational impairment [22]; moreover, active workers are more likely to have systematic health checkups, with greater probabilities of having health problems identified.

The mean intensity of average chronic pain found in this study (5.5; SE 0.07) was lower than reported by Ruviaro and Filippin (2012) (7.4; SE 2.16), while assessing patients attending primary care settings [21]. In fact, reports on the clinical profile of chronic pain in the general population are very scarce, limiting overall comparisons. The most prevalent anatomical sites with self-reported pain are the joints, and back and neck, and this is consistent with other studies [9,20,22] Chronic back pain is the leading cause of occupational disability for those up to 45 years of age in developed countries, with high costs for treatment, often leading to lost earnings and indirect societal costs [7].

Regarding sociodemographic characteristics, women present higher rates of self-reported pain, and this is commonly reported in the literature [5,9,12,22]. However, the relationship between gender and the occurrence of pain seems to have a complex nature. Patterns differ from condition to condition, and gender-specific prevalence rates for most conditions vary across the life cycle. Although, for most body sites, women are more likely to report pain compared to men, this is not the case for every condition at every stage of life [13].

Generally higher rates in women may be due to a higher biological sensitivity to internal stimuli: women may detect signals that men might not notice [13]. At a cognitive level, the threshold for labeling stimuli as painful might be lower for women than men. Another

important contributing factor may be related to the social and cultural differences in the upbringing of boys and girls, being more socially and culturally acceptable for women to report experiencing pain compared to men [13]. Furthermore, the accumulation of tasks and functions performed by women, within the family, at work and in society, disability may represent a greater threat, resulting in increasing identification and search for medical care [12].

Regarding the association between chronic pain and mental disorders, the present report reinforces current findings from other studies, in which respondents with chronic pain are twice more likely to present with mental disorders, especially mood disorders [3,6,9,10], also identifying variations according to anatomical site, as reported in this study. In this perspective, it was identified a high and significant association between any anxiety disorder and chest pain (95% CI 2,6; 1,9-3,5) and between any mood disorder and face or jaw pain (95% CI 5,0; 3,1-8,1). Although the causes of chest pain may be diverse, psychological factors may influence the expression of chest pain in patients with or without cardiac disease [24]. Some mental disorders, such as panic disorder classified as an anxiety disorder, chest pain may be part of the syndromical array, leading to frequent seeking for cardiological care, related to the fear of having a heart condition [25]. This overlap of symptoms may lead to late diagnosis and treatment of anxiety disorders [25]. Thus, physicians and other therapists must be sensible of psychological influences on chest pain expression to provide optimal treatment to their patients [24].

The association of chronic pain and mood disorders, especially depression is commonly reported in the literature, with great impact for patients that present with chronic pain, as this association is hardly recognized and neglected in clinical practice [3;8;33]; furthermore, this association is greater when pain is present in multiple sites [9]. Patients with chronic joint pain may have depressive symptoms triggered by the disability caused by pain [19].

Impairment in simple everyday activities, such as walking, climbing or descending stairs, can lead to individual dependence and social isolation. On the other hand, depression may be presented with pain syndromes [18].

Face pain, often related to temporomandibular disorder, may also be associated with multiple changes in emotional function and activities of daily living, being depression the most common emotional state associated with this type of chronic pain [8]. The etiology of temporomandibular disorder is complex and multifactorial, but emotional states have been considered as important determining factors [26].

Studies tend to relate the interaction between chronic pain and emotional disturbance as natural, but there are differences according to each clinical condition and individual emotional susceptibility [32]. However, this relations are not easy to disentangle, since there are many mechanisms involved in the pain process, such as interactions in the central nervous system neurotransmitters and receptors, genetic influences, inhibition of pain circuitry, making the study and understanding of pain expression extremely complex [4].

The symptoms of chronic pain may be related to symptoms of mental disorders, suggesting that preexisting features may be activated at the beginning of the pain process, and stress of chronic pain can trigger the onset of mental disorders in predisposed individuals [7]. On the other hand, chronic pain can also be an important manifestation of mental disorders [19]. The association between chronic pain and mental disorders can occur simultaneously or can be bidirectional, but, in all cases, the need for multidisciplinary care is frequent [4,23].

In conclusion, there is a high prevalence of chronic pain reported by the general population and the associations between chronic pain and mental disorders are frequent, bringing attention to the importance of evaluating the occurrence of pain in patients with mood and anxiety disorders , and vice versa, in order to better ascertain diagnosis and provide adequate

treatment. The knowledge of correlates, clinical profile, and comorbidities of chronic pain in the general population can help to guide prophylactic strategies and early identification, decreasing the global burden associated with chronic pain, especially individual suffering and societal costs. The results of this study reinforce the need of interaction between specific areas of knowledge and expertise to better understand the development of comorbid chronic conditions, ensuring prevention, early identification, and better care to individuals, taking into account all aspects involved: biological, emotional, social and cultural.

Acknowledgements and Conflict of Interest

The *São Paulo Megacity Mental Health Survey* was supported by the State of São Paulo Research Foundation (FAPESP grant 03/00204-3). Instrument development was supported by Vitoria Foundation for Science and Technology (FACITEC grant 002/2003), and the subproject on violence and trauma was supported by the São Paulo State Secretaria de Segurança Pública, through Professor Wagner Farid Gattaz, to whom the authors are very grateful. The *São Paulo Megacity Mental Health Survey* is carried out in conjunction with the WHO-WMH Survey Initiative. We thank the WMH Coordinating Center staff at Harvard and Michigan Universities, and specially Professor Ron Kessler, for assistance with instrumentation, fieldwork, and data analysis. These activities were supported by the United States National Institute of Mental Health (R01MH070884), the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the U.S. Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, and R01 DA016558), the Fogarty International Center (FIRCA R03-TW006481), the Pan American Health Organization, the Eli Lilly & Company Foundation, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline, Bristol-Myers Squibb, and Shire. A complete list of WMH publications can be found at <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>. All Authors report no conflict of interest.

Table 1 – Distribution of self-reported pain in the previous 12 months according to anatomical site, by gender and age[#] (N=5.037).

Anatomical site	Gender				Age				<i>p</i>
	Total	Female	Male	OR (95% IC)	18 - 34	35 - 49	50 - 64	≥ 65	
	% (SE)	% (SE)	% (SE)		% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	
Joint pain	19.2 (0.6)	24.4 (0.9)	13.5 (0.7)	2.1 (1.7–2.4)**	10.5 (1.2)	22.5 (1.3)	32.4 (1.5)	30.1 (3.1)	0.00
Back or neck pain	27.1 (0.6)	33.1 (0.9)	20.3 (0.7)	1.9 (1.7–2.2)**	21.3 (1.0)	29.0 (1.6)	38.4 (2.0)	29.9 (3.6)	0.00
Headache	29.7 (1.0)	39.2 (1.5)	18.9 (1.2)	2.8 (2.3–3.3)**	31.3 (1.5)	33.1 (1.3)	25.8 (1.8)	15.1 (3.0)	0.00
Other	23.3 (0.6)	26.4 (0.9)	19.8 (1.0)	1.4 (1.2–1.8)**	17.7 (0.7)	26.8 (1.4)	30.6 (1.8)	26.2 (2.7)	0.00
Any pain	52.6 (1.0)	61.6 (1.4)	42.5 (1.4)	2.2 (1.9–2.5)**	47.0 (1.5)	56.3 (1.5)	61.0 (2.0)	53.2 (0.4)	0.00

[#]Weighted data ** $p < 0.01$

Table 2 – Distribution of self-reported serious chronic pain in the prior 12 months by anatomical site and gender

Anatomical site	Among total sample (N=5.037)				Among those reporting any pain (N=2.650)			
	Total	Female	Male		Total	Female	Male	
	% (SE)	% (SE)	% (SE)	(OR 95% IC)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	(OR 95% IC)
Back or neck pain	15.5 (0.6)	19.0 (1.1)	11.6 (0.6)	1.8 (1.5-2.1)**	29.5 (1.4)	30.9 (1.9)	27.3 (1.5)	1.2 (0.9-1.5)
Stomach or abdomen	7.2 (0.4)	8.6 (0.8)	5.6 (0.8)	1.6 (1.1-2.3)*	13.7 (0.8)	14.0 (1.0)	13.3 (1.6)	1.1 (0.7-1.5)
Joint pain	16.5 (0.5)	20.6 (0.6)	11.8 (0.6)	1.9 (1.6-2.3)**	31.3 (1.2)	33.4 (1.6)	27.8 (1.7)	1.3 (1.0-1.6)
Face or mandible	3.0 (0.3)	4.5 (0.3)	1.2 (0.3)	3.7 (2.0-6.7)**	5.6 (0.6)	7.3 (1.0)	2.9 (0.6)	2.6 (1.4-4.7)**
Chest	6.3 (0.4)	6.5 (0.4)	6.0 (0.5)	1.1 (0.9-1.3)	11.9 (0.7)	10.5 (0.7)	14.2 (1.2)	0.7 (0.6-0.8)**
Headache	9.9 (0.4)	13.8 (0.8)	5.4 (0.6)	2.8 (2.0-3.9)**	18.8 (0.7)	22.5 (1.4)	12.8 (1.4)	2.0 (1.4-2.8)**
Other	3.4 (0.3)	4.1 (0.5)	2.5 (0.4)	1.6 (1.0-2.5)*	6.4 (0.6)	6.6 (0.9)	6.0 (0.8)	1.1 (0.7-1.7)
Any chronic pain	31.0 (0.8)	36.6 (1.0)	24.6 (1.1)	1.7 (1.5-2.0)**	58.9 (1.2)	59.5 (1.6)	58.0 (2.2)	1.1 (0.8-1.3)

#Weighted data. Serious chronic pain defined as pain lasting for 6 months or longer. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

Table 3 – Clinical profile of self-reported serious chronic pain (N=1.561)[#]

Clinical Profile	Total	Female	Male
	Mean (SE)	Mean (SE)	Mean (SE)
1) Chronic pain intensity ^a			
Most intense pain	7.7 (0.08)	7.8 (0.09)	7.3 (0.14)
Less intense pain	3.4 (0.07)	3.5 (0.08)	3.2 (0.10)
Average pain	5.5 (0.07)	5.7 (0.07)	5.2 (0.13)
2) Treatment response ^a			
Pain relief	6.3 (0.13)	6.4 (0.16)	6.3 (0.21)
3) Pain duration			
Days a month	16.1 (0.35)	16.3 (0.48)	15.8 (0.67)
Minutes a day	123 (0.61)	124 (0.89)	121 (1.45)

[#]Weighted data. ^aAssessed using 10-point visual analogue scale. Serious chronic pain defined as pain lasting for 6 months or longer.

Table 4 – Socio-demographic correlates of self-reported pain and serious chronic pain[#]

Socio-demographic characteristics	Among those reporting any pain (N=5.037)				Among those reporting any chronic pain (n=2.650)			
	OR (95% IC)		OR adjusted (95% IC)		OR (95% IC)		OR adjusted (95% IC)	
1) Gender								
Male	1		1		1		1	
Female	2.2	(1.9–2.5)**	2.2	(1.9–2.5)**	1.1	(0.8–1.3)	1.1	(0.8–1.4)
2) Age group								
18 – 34	1		1		1		1	
35 – 49	1.4	(1.3–1.7)**	1.4	(1.2–1.6)**	1.5	(1.2–1.9)**	1.5	(1.3–1.9)**
50 – 64	1.8	(1.4–2.2)**	1.7	(1.4–2.2)**	1.5	(1.2–2.0)**	1.4	(1.0–1.8)*
≥ 65	1.3	(0.9–1.9)	1.3	(0.8–2.0)	1.2	(0.7–1.8)	0.8	(0.5–1.2)
3) Marital status								
Married/Cohabiting	1		1		1		1	
Separated/Widowed/Divorced	0.9	(0.8–1.1)	0.7	(0.6–0.9)**	1.1	(0.8–1.4)	1.1	(0.8–1.4)
Never married	0.6	(0.5–0.8)**	0.8	(0.6–1.0)	0.9	(0.7–1.1)	0.9	(0.7–1.2)
4) Occupation								
Working	1		1		1		1	
Student	0.8	(0.4–1.5)	1.0	(0.5–1.9)	1.0	(0.4–2.7)	1.1	(0.4–2.9)
Homemaker	1.8	(1.5–2.1)**	0.9	(0.7–1.2)	1.2	(0.9–1.6)	1.1	(0.8–1.5)
Retired	1.2	(0.9–1.6)	1.0	(0.8–1.3)	1.5	(1.0–2.1)*	1.3	(0.8–2.0)
Other	1.1	(0.8–1.4)	1.0	(0.7–1.4)	0.8	(0.6–1.0)	0.8	(0.6–1.0)
5) Income								
Low income	1		1		1		1	
Low-average income	1.0	(0.7–1.2)	1.0	(0.8–1.3)	0.8	(0.6–1.0)	0.8	(0.6–1.0)
High-average income	0.8	(0.6–0.9)*	0.8	(0.6–1.0)	1.0	(0.7–1.3)	1.0	(0.7–1.3)
High income	0.7	(0.5–0.8)**	0.7	(0.7–0.9)	0.9	(0.7–1.2)	0.9	(0.7–1.1)

[#]Weighted data. 1) odds ratio (OR) adjusted by age. 2) OR adjusted by sex, marital status, occupation and income. 3) OR adjusted by sex, age, occupation and income. 4) OR adjusted by sex, age, marital status and income. 5) OR adjusted by sex, age, marital status and occupation. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$

Table 5 – Association between serious chronic pain and mental disorders by anatomical site[#]

Anatomical site	Any anxiety disorder			Any mood disorder			Any mental disorder		
	With pain			With pain			With pain		
	% (SE)	OR (95% IC)	OR (95% IC) ^a	% (SE)	OR (95% IC)	OR (95% IC) ^a	% (SE)	OR (95% IC)	OR (95% IC) ^a
Back or neck pain	26.1 (1.6)	2.3 (2.0–2.8)**	2.1 (1.8–2.6)**	33.4 (2.5)	3.3 (2.5–4.3)**	3.2 (2.4–4.1)**	26.0 (1.7)	2.7 (2.1–3.4)**	2.7 (2.1–3.3)**
Stomach or abdomen	13.0 (1.4)	2.3 (1.6–3.3)**	2.2 (1.5–3.1)**	19.2 (2.1)	3.2 (2.7–5.3)**	3.7 (2.7–5.0)**	12.9 (1.3)	2.8 (1.9–4.0)**	2.7 (1.9–3.8)**
Joint pain	29.0 (1.9)	2.6 (2.1–3.1)**	2.4 (1.9–2.9)**	34.0 (3.1)	3.0 (2.2–4.1)**	2.9 (2.1–4.0)**	27.6 (1.8)	2.7 (2.2–3.9)**	2.7 (2.2–3.4)**
Face or mandible	6.3 (1.1)	2.9 (1.9–4.4)**	2.5 (1.6–3.9)**	11.0 (1.4)	5.6 (3.6–8.0)**	5.0 (3.1–8.1)**	7.0 (1.0)	5.3 (3.4–8.2)**	5.1 (3.2–8.2)**
Chest	12.0 (1.1)	2.6 (1.9–3.5)**	2.6 (1.9–3.5)**	14.9 (2.1)	3.1 (2.1–4.6)**	3.3 (2.2–4.9)**	12.1 (1.0)	3.3 (2.4–4.5)**	3.4 (2.5–4.7)**
Headache	18.0 (2.0)	2.6 (1.7–3.9)**	2.2 (1.4–3.3)**	27.3 (1.9)	4.4 (3.4–5.7)**	3.7 (2.9–4.8)**	18.5 (1.2)	3.2 (2.4–4.3)**	2.9 (2.2–3.8)**
Other	7.0 (1.0)	2.9 (1.8–4.5)**	2.8 (1.7–4.6)**	7.6 (1.4)	2.8 (1.7–4.5)**	3.0 (1.8–5.0)**	6.3 (0.9)	2.9 (1.7–5.0)**	3.2 (1.9–5.4)**
Any chronic pain	47.8 (1.6)	2.4 (2.0–2.9)**	2.3 (1.9–3.0)**	57.7 (2.9)	3.5 (2.6–4.7)**	3.3 (2.6–4.4)**	47.6 (1.4)	2.7 (2.3–3.3)**	2.7 (2.3–3.3)**

[#]Weighted data. SE=Standard Error. CI=Confidence Interval. OR^a= Odds ratio adjusted by gender, age, marital status, occupation and income. ** $p < 0.05$.

REFERENCES

- 1 Almeida ICGB, Sá KN, Silva M, Baptista A, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev Bras Ortop*, 2008; 43: 96 – 102.
- 2 Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Silva CA, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloS one*, 2012; 7: e31879.
- 3 Benjamin S, Morris S, McBeth J, MacFarlane GJ, Silman AJ . The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. *Arthritis Rheum*, 2000; 43: 561 – 567.
- 4 Bras M, Dordevic V, Gregurek R, Bulajic M. Neurobiological and clinical relationship between psychiatric disorders and chronic pain. *Psychiatr Danub*, 2010; 22: 221 – 226.
- 5 Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, Pacola L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev da Assoc Med Bras*, 2008; 54: 36 – 41.
- 6 Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Villa JP, Kovess V, Angermeyer, MC, Levinson D, Girolamo G, Nakane H, Mneimneh Z, Lara C, Graaf R, Scott KM, Gureje O, Stein DJ, Haro JM, Bromet EJ, Kessler RC, Alonso J, Von Korff M. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 2007; 129: 332 – 342.
- 7 Dersh J, Gatchel R, Polatin P, Mayer T. Prevalence of psychiatric disorders in Patients with chronic work-related musculoskeletal pain disability. *JOEM*, 2002; 44: 459 – 468.
- 8 Glaros AG. Emotional factors in temporomandibular joint disorders. *J Indiana Dent Assoc*, 2000; 79: 20-3.

- 9 Gureje O, Von Korff M, Simon G, Gater, R. Persistent pain and Well-being: A World Health Organization Study in primary care. *AMA*, 1998; 280: 147 – 152.
- 10 Gureje O, Von Korff M, Kola L, Demyttenaere K, He Y., Villa JP, Lepine JP, Angermeyer MC, Levinson D, Girolamo G, Iwata N, Karam A, Borges GLG, Graaf R, Browne MO, Stein DJ, Haro JM, Bromet EJ, Kessler RC, Alonso J. The relationship between multiple pains and mental disorders: results from the World mental Health Surveys. *Pain*, 2008; 135: 82 – 91.
- 11 Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? *Pain*, 2003; 11: 1 – 4.
- 12 Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enf*, 2006; 59: 509 – 513.
- 13 LeResche L. Gender Considerations in the epidemiology of chronic pain. Crombie. IASP Press, Seattle, 1999: 43 – 52.
- 14 Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain – descriptions of chronic syndromes and definitions of pain terms, 1994 2ed. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- 15 Miranda VS, deCarvalho VBF, Machado LAC, Dias JMD. Prevalence of chronic musculoskeletal disorders in elderly Brazilians: a sistematic review of literature. *Biomed Central*, 2012; 13: 1 – 11.
- 16 Montini FT, Neman FA. Prevalência e avaliação da dor crônica nos cadastrados da Unidade Básica de Saúde Jardim Palmira, Guarulhos/SP, 2012; *Science in Health*, 3: 74 – 86, 2012.

- 17 Moreira Junior ED, Souza MC. Epidemiologia da dor crônica e dor neuropática: desenvolvimento de questionário para inquéritos populacionais. *Rev Bras Med*, 2003; 60: 610 – 615.
- 18 Ohayon, MM, Schatzberg, AF. Using chronic pain predict depressive morbidity in the general population. *Arch General Psychiatry*, 2003; 60: 39 – 47, 2003.
- 19 Oliveira JT. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq de Neuropsiquitr*, 2000; 58: 360-365.
- 20 Pereira AM, Valim V, Zandonade E, CiconelliRM. Prevalence of musculoskeletal manifestations in the adult Brazilian population: a study using COPCORD questionnaires, *Clin Exp Rheumatol*, 2009; 27: 42 – 46.
- 21 Ruviaro LF, Filippin LI. Prevalência de dor crônica em uma unidade básica de saúde de cidade de médio porte. *Rev Dor*, 2012; 13: 128-131
- 22 Sá K, Baptista AF, Matos, MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev Saúde Pública*, 2009;43: 622 – 630.
- 23 Sharp J, Keefe, B. 2006. Psychiatry in chronic pain: a review and update. Disponível em: <http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=50863>.
- 24 Sheps DS, Creed F, Clouse RE. Chest pain in patients with cardiac and noncardiac disease. *Psychomatic Med*, 2004; 66: 861 - 867.
- 25 Soares Filho GLF, Valença AM, Nardi AE. Dor torácica no transtorno de pânico: sintoma somático ou manifestação de doença arterial coronariana. *Rev Psiq Clin*, 2007; 34: 97 – 101.
- 26 Toledo BAS, Capote TSO, Campos JAB. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. *Cienc Odontol Bras*, 2008; 11: 75 – 79.

- 27 Tsang A, Lee S. The global burden of chronic pain. Korff MK, Scott KM, Gureje O. *World Mental Health Surveys: Global Perspectives On The Epidemiology Of Mental Disorders*. Editora: Cambridge University Press, 2009
- 28 Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*, 1998; 77: 231 – 239.
- 29 Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brazil: results from the São Paulo megacity mental health survey. *Rev Bras Psiquiatr*, vol. 34, nº 3, p. 249-260, 2012.
- 30 Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani IS, Andrade LH. São Paulo Megacity Health Survey – A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr*, 2009; 31: 375 – 386.
- 31 Viana MC, Viana-Moldes I, Teixeira M, Bassani IS, Andrade LH. The world mental health survey initiative version of the composite international diagnostic interview (WMH-CIDI): translation and adaptation to Brazilian-portuguese, the instrument used in the “São Paulo megacity mental health survey”, 2004 Printed version.
- 32 Walker SP, Odendaal CL, Esterhuyse KGF. Biographical, pain and psychosocial data for a south African sample of chronic pain patients. *South Afr J Anaesth Analg*, 2006.
- 33 Workman EA, Hubbard JR, Felker, BL. Comorbid psychiatric disorders and predictors of pain management program success in patients with chronic pain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, v.4, n. 4, p. 137 – 140, 2002.

O impacto da exposição a experiências adversas na infância na associação entre dor crônica e depressão na vida adulta: Resultados do Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity

Flávia Garcia Pereira^{a*}, Maria Cristina Alochio de Paiva^a, Mariane Henriques França^a, Laura Helena Andrade^b, Maria Carmen Viana^{ac}

^aPost-graduate Program in Public Health of the Federal University of Espírito Santo, Brazil.

^bSection of Psychiatric Epidemiology – LIM 23, Department and Institute of Psychiatry, University of São Paulo Medical School, São Paulo/SP – Brazil.

^cDepartment of Social Medicine, Federal University of Espírito Santo, Vitoria, Brazil.

Resumo

Introdução: Diversos estudos demonstram associações significativas entre experiências adversas na infância e o desencadeamento de depressão e dor crônica na vida adulta de forma isolada. No entanto, pouco se conhece sobre a interação entre experiências adversas na infância e comorbidades como dor crônica e depressão.

Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar as associações entre experiências adversas na infância em indivíduos com a comorbidade entre dor crônica e depressão na vida adulta comparando com grupos que apresentam somente dor crônica e grupos com somente depressão.

Métodos: Estudo de base populacional avaliando a morbidade psiquiátrica em uma amostra probabilística (N=5.037) de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo.

Resultados: Através da Regressão Logística Binária, a exposição a experiências adversas na infância estiveram associadas de forma significativa a comorbidade entre dor crônica e depressão com razões de chance (OR) variando entre 1,8 (IC=1,1-2,9) para relatos de transtorno do pânico da mãe e 7,4 (IC=3,4-16,1) para relatos de abuso sexual durante a infância.

Conclusões: as associações foram maiores para os indivíduos com a comorbidade avaliada do que entre o grupo que apresentou somente dor crônica e o grupo com somente depressão, exceto para a violência familiar, maior no grupo com depressão (OR=3,0; IC=2,0-4,4) e para negligência, maior no grupo com dor crônica (OR=2,2; IC=1,8-2,6). Apesar da evidência das associações, novos estudos são necessários para comparações, no entanto estes resultados podem ser levados em consideração quanto a necessidade de ações multidisciplinares com a compreensão do amplo contexto da saúde e desenvolvimento de doenças.

Palavras-chave: dor crônica, depressão, maus-tratos infantis.

* Corresponding author. Phone: +55 27 98121 0915

E-mail address: flaviag.mestrado@gmail.com

1. Introdução

Diversos estudos relatam associações significativas entre a exposição a experiências adversas na infância e doenças crônicas na vida adulta [1,2,3,4] além de envolvimento mais frequente em comportamentos de risco para desfechos negativos de saúde [5,6,7]. Com maior frequência são documentadas as relações entre a exposição a experiências adversas na infância e o desenvolvimento de transtornos mentais em adultos [8,9,10,11,12,13].

Também são numerosos os registros na literatura sobre a associação entre transtornos mentais – especialmente a depressão – e a dor crônica [14,15,16,17,18,19]. Porém, poucos são os estudos que abordam a correlação das experiências a exposições adversas na infância com o desencadeamento de dor crônica na vida adulta, sendo que estes estudos avaliam a dor crônica de forma generalizada ou um local anatômico específico, deixando uma lacuna para as comparações entre os locais anatômicos mais frequentemente relatados em conjunto à exposição a experiências adversas na infância [20,21,22]. E de forma a literatura é extremamente restrita quanto à interação entre os três fatores: experiências adversas, dor crônica e depressão [23].

Assim, levando em consideração que as experiências adversas na infância podem constituir-se em fatores de risco para dor crônica e também para a depressão na vida adulta, e que a dor crônica e depressão são comumente relatadas como comorbidades, o objetivo do estudo é identificar a associação entre esses três fatores, ou seja, se indivíduos com dor crônica e depressão associada apresentam também um histórico de experiências adversas na infância e o quanto essas associações diferem dos grupos avaliados – aqueles que apresentam somente depressão e entre aqueles que apresentam apenas dor crônica, através dos dados do *Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity*, visto que não há estudos dessa natureza no Brasil.

2. Métodos

2.1 Amostra

O *Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity* é um estudo de corte transversal de base populacional avaliando a morbidade psiquiátrica em uma amostra probabilística da população geral residente na Região Metropolitana de São Paulo, com 18 anos ou mais. Respondentes foram selecionados através de um processo probabilístico

multiestratificado de domicílios, cobrindo os 39 municípios, sem substituição. Um total de 5.037 indivíduos foi entrevistado, com uma taxa global de resposta de 81,3% [24]

O *Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity* faz parte de um consórcio da Organização Mundial da Saúde – *World Mental Health Survey (WMH Consortium)* – delineado para adquirir informações das prevalências, dos fatores correlacionados e dos padrões de tratamento dos transtornos mentais na população geral em 1998 com apoio das Universidades de Harvard e Michigan, reunindo pesquisadores de diversos países que conduziram estudos de base populacional, utilizando a mesma metodologia e o mesmo instrumento de coleta de dados [25].

2.2 Medidas

Transtornos mentais

Respondentes foram avaliados usando a versão desenvolvida para o Estudo Mundial de Saúde Mental (*World Mental Health Survey*) do *Composite International Diagnostic Interview* da Organização Mundial da Saúde, que foi traduzido e adaptado para o Português vigente no Brasil [26]. A coleta de dados ocorreu entre maio/2005 e abril/2007, por entrevistadores treinados.

Depressão

O diagnóstico de depressão foi feito com base nos critérios do DSM-IV através de algoritmos aplicados as respostas do entrevistado no módulo de depressão. Foi utilizada a ocorrência da depressão nos últimos 12 meses, cuja prevalência foi de 9,4% [27].

Experiências adversas na infância

Quatorze tipos de experiências adversas na infância, com ocorrência antes dos 18 anos, foram analisadas, sendo classificadas em violência pessoal (abuso físico e abuso sexual), perda pessoal (morte dos pais, divórcio dos pais, e outras perdas), ambiente familiar disfuncional (depressão, ansiedade, transtorno do pânico, uso de substâncias, envolvimento com atividades criminais e violência familiar) e outras experiências adversas (negligência, doença física e adversidade econômica familiar). Essas variáveis foram construídas a partir do módulo que avalia a Infância e do que investiga Transtorno do Estresse Pós-Traumático, ambos parte do questionário *WMH-CIDI*.

Abuso físico foi avaliado através de atitudes de extrema violência contra as crianças (ex: espancamento), enquanto o abuso sexual foi dividido em abuso sem penetração e com penetração, ambos conglomerados na mesma variável. As variáveis sobre morte, divórcio dos pais e outras perdas incluem os pais biológicos e não-biológicos. Depressão, ansiedade e transtorno do pânico nos progenitores foram analisados através de sintomas característicos baseados no *DSM-IV*. O uso de substâncias foi caracterizado através dos problemas no trabalho e em casa. O envolvimento com atividades criminais levou em consideração o roubo e/ou venda de materiais roubados e a prisão dos pais. A violência familiar relaciona-se à ocorrência de agressões físicas e verbais entre os pais. A negligência foi avaliada com questões referentes ao bem-estar durante a infância em termos de acesso a alimentação, vestuário, cuidados médicos, e supervisão adequada. A avaliação de doenças físicas na infância está relacionada à ocorrência de doenças com risco de vida. Por fim, a adversidade econômica familiar levou em consideração a renda dos pais e a dificuldade para manter as necessidades básicas de vida.

O módulo de Infância do questionário *WMH-CIDI* é baseado no “*Family History Research Diagnostic Criteria (RDC) interview*”, de autoria de Andreasen et al. (1977) [28] e na escala “*Parental Bonding Instrument*” de autoria de Parker, Tupling e Brown (1979) [29].

Oito variáveis foram criadas através do agrupamento das adversidades na infância. Qualquer violência pessoal (inclui abuso físico e abuso sexual), Qualquer perda pessoal (morte dos pais, divórcio dos pais e outras perdas), qualquer disfunção familiar (depressão, ansiedade, transtorno do pânico, uso de substâncias, envolvimento com atividades criminais e violência familiar), qualquer doença mental dos pais (depressão, ansiedade e transtorno do pânico), outras disfunções familiares (uso de substâncias, envolvimento com atividades criminais e violência familiar), outras adversidades (doença física, negligência e adversidade econômica familiar), outras adversidades exceto negligência (doença física e adversidade econômica) e qualquer adversidades (inclui todas as adversidades).

Dor Crônica

A dor crônica foi definida, para este estudo, como uma dor com duração de seis meses ou mais e que é intensa o bastante para interferir nas atividades habituais do respondente ou causar sofrimento emocional ao respondente, com base nos critérios da Associação Internacional para Estudos da Dor [30]. A variável qualquer dor crônica foi criada e contém

dados sobre dor no pescoço ou nas costas, dor no estômago ou abdome, dor nas articulações (braços, mãos, pernas e pés), dor na face ou mandíbula, dor no peito, dor de cabeça e dor em outras partes do corpo.

Dor Crônica e Depressão

Os respondentes que referiram dor crônica e preencheram critérios diagnósticos para depressão, de acordo com o *DSM-IV*, foram agrupados em uma variável para as análises de associação com as adversidades na infância.

2.3 Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software *STATA* versão 12.0. As análises descritivas, proporções e medidas de tendência central e dispersão, e as de associação foram realizadas com pesos adequados devido ao processo de amostragem multiestratificado. As razões de chance (OR) bruta e ajustada foram calculadas através de modelos de regressão logística. As diferenças entre as proporções das variáveis foram avaliadas pelo teste do qui-quadrado. Todos os testes estatísticos foram bi-caudais, com significância estatística de 0.05 ($p < 0,05$).

3. Resultados

A maior parte da amostra foi composta por mulheres (53%), a média de idade foi de 39,1 anos (Erro padrão [ER]= 0,22), sendo a média de idade entre as mulheres de 39,7 (ER=0,42) e 38,4 (ER=0,32) entre os homens. Mais da metade da amostra (60%) tinha até 39 anos. Em relação ao estado civil, cerca de 60% (ER=1,0) era casado ou morava com companheiro, 15% (ER=0,5) eram separados, divorciados ou viúvos e 25% (ER=0,8) nunca tinham casado. Sobre a ocupação, 64% (ER=0,8) estavam trabalhando, 1% (ER=0,2) eram estudantes, 13% eram do lar, 8% (ER=0,4) aposentados e 14% (ER=0,7) foram classificados como outras ocupações. O percentual daqueles que relataram ter baixa renda foi de 22% (ER=0,6), baixa-média renda foi de 28% (ER=0,5), alta média renda 24% (ER=0,7) e 26% (ER=0,7) relataram alta renda.

As Tabelas 1, 2 e 3 mostram os resultados divididos nos três grupos avaliados neste estudo: 1º grupo – indivíduos com algum tipo de dor crônica, 2º grupo – indivíduos com depressão e 3º grupo – indivíduos com algum tipo de dor crônica e depressão concomitantes.

A Tabela 1 apresenta a distribuição de adversidades na infância entre aqueles que relataram somente dor crônica, entre aqueles que relataram somente depressão e entre aqueles que relataram dor crônica e depressão simultaneamente. As adversidades mais prevalentes nos três grupos foram: Abuso físico com 19,5% (ER=1,36), 23,5 (ER=2,0) e 25,7% (ER=2,35) e a negligência com 16,5 (ER=1,07), 15,5% (ER=2,28) e 17,8 (ER=2,37). Observa-se que na maioria, as adversidades foram mais prevalentes entre aqueles que relataram as duas doenças.

Tabela 1

A Tabela 2 demonstra as associações, razões de chance (OR) entre adversidades na infância e os três grupos avaliados: aqueles que relataram somente dor crônica, aqueles que relataram somente depressão e entre os que relataram depressão e dor crônica simultaneamente. O abuso sexual apresentou a maior OR entre todas as adversidades nos três grupos, sendo ainda maior para aqueles com dor crônica e depressão (OR=7,4; IC=3,4 – 16,1). O abuso sexual, abuso físico, ansiedade e transtorno do pânico na mãe, personalidade antissocial do pai, envolvimento com atividades criminais e negligência apresentaram resultados (OR) estatisticamente significante nos três grupos avaliados, e a tendência é de que a associação seja ainda maior para aqueles que apresentam as duas condições concomitantes.

Tabela 2

A Tabela 3 indica a associação das variáveis construídas de adversidades com os três grupos estudados. Em todas as análises após ajuste para idade e sexo, as ORs foram significativas, com maior impacto entre os indivíduos que relataram dor crônica associada a depressão. Qualquer violência pessoal (abuso físico e sexual) foi relatado três vezes mais em indivíduos que apresentaram dor crônica associada a depressão na vida adulta.

Tabela 3

A quarta tabela indica a associação das adversidades com maior impacto entre os grupos e os locais anatômicos da dor. Após ajuste para sexo observa-se que as pessoas com relatos de dor na face ou mandíbula e peito tiveram cinco vezes mais relatos de abuso sexual (OR= 5,0; IC=1,5 – 16,5 / OR=5,1; IC=1,5 – 17,9) e três vezes mais abuso físico (OR=3,4; IC=2,0 – 5,5/ OR=3,1; IC=2,1 – 4,6).

Tabela 4

5. Discussão

Os resultados deste estudo fornecem mais suporte para o conhecimento da associação entre experiências adversas na infância e desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta, tanto em relação à depressão quanto à dor crônica, e especialmente quanto a estas doenças em comorbidade. A relação entre experiências adversas na infância e depressão já é amplamente conhecida [14,15,16,17,18,19] e os resultados deste estudo corroboram com a literatura, destacando o abuso sexual (OR=5,3; IC=2,5-11,4) e a depressão do pai (OR=4,1; IC=2,2-7,5) entre as maiores associações com a depressão na vida adulta. Por outro lado, este estudo apresenta informações novas em relação a associação entre experiências adversas na infância e dor crônica, visto que a literatura é mais restrita nesse sentido, além disso, este estudo leva em consideração um número maior de locais anatômicos da dor crônica quando comparado aos demais estudos, que centralizam as análises em locais anatômicos específicos dificultando as comparações.

O abuso sexual, o abuso físico e a violência familiar seguem em destaque com o grupo que relatou apenas dor crônica, apresentando associações com a dor de cabeça e a dor nas costas/pescoço maiores do que as documentadas por Scott et al. (2011) [31] e tais diferenças podem estar relacionadas as diferenças culturais e de renda entre os países avaliados. No entanto, Scott et al. (2011) [31] leva em consideração apenas a dor nas costas ou pescoço, dor de cabeça e relacionada a osteoartrite. Foram, também, encontradas neste estudo grandes associações entre o abuso sexual e o abuso físico com a dor no peito ou mandíbula (OR=5,0; IC=1,5-16,5) ou dor no peito (OR=5,1; IC=1,5-17,9).

Quanto ao grupo que apresenta a dor crônica e depressão como comorbidades, as associações significativas com adversidades na infância são maiores quando comparadas ao grupo com somente dor crônica ou somente depressão, exceto para violência familiar, maior no grupo com depressão e a negligência, maior no grupo com dor crônica. Esta observação também foi encontrada no estudo de Gonzalez et al. (2012) [32] que apresenta o abuso físico (OR=3,92; IC=1,82-8,43) e o abuso sexual (OR=3,81; IC=1,47-9,87) entre as maiores associações, assim como encontradas neste estudo para as os mesmos tipos de adversidades (OR=2,7; IC=2,1-3,5/ OR=7,4; IC=3,4-16,1). Heim et al. (2006) [21] identificaram associações entre traumas na infância e as comorbidades síndrome da fadiga crônica e depressão grave (OR=8,0; IC=2,11-30,8) e síndrome da fadiga crônica e depressão leve (OR=3,5; IC=1,3-9,33). Apesar de identificadas as associações, os estudos diferem quanto aos métodos, aos tipos de

adversidades avaliadas e de dor crônica podendo causar interpretações inadequadas, transparecendo a necessidade de ampliar o conhecimento a cerca destas interações.

Entre o grupo com apenas depressão, outras associações merecem destaque como a personalidade antissocial da mãe (OR=3,1; IC=0,9-10,4), a presença de doença física (OR=3,1; IC=1,0-9,7) e a violência familiar (OR=3,0; IC=2,0-4,4). A relação entre experiências adversas na infância e depressão ou outras doenças é percebida através da literatura como uma alteração do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, tanto na hiperativação quanto na hipoativação. O estresse precoce pode alterar a função deste eixo, assim como o comportamento, e embora respostas agudas do eixo ao estresse sejam geralmente adaptativas, as respostas excessivas em conjunto com os genes de susceptibilidade para doenças, podem levar a efeitos deletérios na vida adulta [33,34].

A hiperatividade do eixo HPA na depressão maior é um dos achados mais consistentes em psiquiatria [34] podendo, a depressão, apresentar sintomas de dor crônica [35]. Por outro lado, o estresse contínuo provocado pela dor crônica pode fazer o caminho contrário manifestando-se com sintomas depressivos [16]. E ainda, as duas condições crônicas podem estar relacionadas de forma bi-direcional [36].

Em relação à adversidade mais frequente neste estudo, o abuso físico, no grupo dos indivíduos com somente depressão assemelha-se ao resultado de Chapman et al (2004) [8]. Quanto ao grupo que relatou algum tipo de dor crônica, nossos resultados diferem do que foi encontrado por Imbierowicz e Egle (2003) [37] onde a negligência (57,9%) foi a adversidade mais relatada entre os indivíduos com fibromialgia seguida do abuso físico (31,6%).

Os resultados deste estudo apesar de apresentarem grande impacto, podem apresentar limitações e diferenças devido às questões culturais quanto à percepção da dor crônica e da depressão, visto que o método de pesquisa leva em consideração auto-relato, assim como questionado também por Gonzalez et al. (2012) [23] em seu estudo. Outro aspecto importante a ser considerado é que não foram realizadas análises quanto ao número de adversidades, gerando efeitos dose-resposta, ou seja, quanto maior o número de experiências adversas, maior a associação, além disso, não foram avaliadas outras comorbidades e nem as diferenças entre os sexos. E, ainda, a restrição quanto ao número de estudos sobre a interação das adversidades na comorbidade entre dor crônica e depressão tornam complexas as extensões

das análises. Porém, estes resultados podem chamar atenção para outros estudos específicos da mesma natureza.

5. Considerações Finais

Através dos resultados deste estudo consideramos que existe uma forte associação entre as adversidades e a concomitância de dor crônica e depressão na vida adulta. Assim, levantamos a questão sobre a importância da avaliação de todo contexto histórico do indivíduo, além da multidisciplinariedade para diagnóstico e tratamento, visto que essa interação pode ser negligenciada aumentando os custos na procura por atendimentos adequados com resolutividade ou controle das doenças apresentadas. Novos estudos são necessários para comparações futuras e ampliar a compreensão sobre essas associações, pois não existem estudos dessa natureza no Brasil que possibilite conhecer outras realidades.

Tabela 1 – Distribuição (%) das experiências adversas na infância entre dor crônica, depressão, dor crônica e depressão associada.

Adversidades na infância	Entre aqueles que relataram algum tipo de dor crônica (N=1.623)		Entre aqueles com depressão maior DSM-IV (N=476)		Entre aqueles com algum tipo de dor crônica e depressão maior DSM-IV (N=273)	
	% (SE)	<i>p</i>	% (SE)	<i>p</i>	% (SE)	<i>p</i>
1) Violência Pessoal						
- Abuso Físico	19,5 (1,36)	0,00	23,5 (2,00)	0,00	25,7 (2,35)	0,00
- Abuso sexual	1,0 (0,23)	0,00	1,9 (0,55)	0,00	2,8 (0,79)	0,00
2) Perda Pessoal						
- Morte dos pais						
Mãe	3,9 (0,56)	0,43	3,5 (1,07)	0,42	2,2 (0,10)	0,12
Pai	11,9 (1,00)	0,00	12,1 (1,77)	0,07	14,7 (2,56)	0,00
- Divórcio dos pais	9,1 (0,73)	0,51	15,1 (1,45)	0,00	17,5 (2,96)	0,00
- Outras perdas pessoais	10,4 (1,36)	0,07	9,7 (2,27)	0,73	11,5 (3,00)	0,35
3) Disfunção familiar						
- Doença mental dos pais						
Depressão						
Mãe	5,4 (0,65)	0,00	5,2 (1,39)	0,10	6,4 (1,96)	0,04
Pai	1,1 (0,34)	0,31	2,6 (0,51)	0,00	2,2 (1,05)	0,06
Ansiedade						
Mãe	7,8 (1,25)	0,00	9,0 (1,36)	0,00	10,6 (2,34)	0,00
Pai	3,1 (0,53)	0,06	3,8 (1,02)	0,09	4,4 (1,38)	0,05
Transtorno do pânico						
Mãe	9,4 (0,82)	0,00	10,5 (1,56)	0,00	11,1 (2,0)	0,01
Pai	2,2 (0,41)	0,88	4,7 (1,22)	0,01	3,7 (1,2)	0,12
- Uso de substâncias						
Mãe	1,9 (0,54)	0,06	1,5 (0,49)	0,41	1,6 (0,80)	0,45
Pai	13,1 (0,91)	0,00	11,2 (2,22)	0,42	12,3 (2,88)	0,28
- Personalidade antissocial						
Mãe	0,7 (0,22)	0,18	1,3 (0,68)	0,05	0,6 (0,61)	0,84
Pai	5,1 (0,87)	0,02	7,2 (1,69)	0,00	7,8 (2,69)	0,02
- Envolvimento com atividades criminais	5,1 (0,78)	0,04	6,7 (1,68)	0,00	7,2 (2,45)	0,04
- Violência familiar	15,0 (1,36)	0,00	22,9 (3,09)	0,00	23,3 (3,73)	0,00
4) Outras adversidades						
- Negligência	16,5 (1,07)	0,00	15,5 (2,28)	0,01	17,8 (2,37)	0,00
- Doença Física	1,4 (0,36)	0,40	2,8 (1,15)	0,03	3,0 (1,73)	0,07
- Adversidade econômica familiar	1,2 (0,32)	0,61	1,8 (0,56)	0,06	3,2 (0,90)	0,00

p<0.05

Tabela 2 – Associações (odds ratio) entre experiências adversas na infância e dor crônica, depressão, dor crônica e depressão associada

Adversidades na infância	Alguma dor crônica	Depressão maior DSM-IV	Alguma dor crônica e Depressão Maior DSM-IV
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
1) Violência Pessoal			
- Abuso Físico	2,5 (2,0-3,1)**	2,5 (1,9-3,3)**	2,7 (2,1-3,5)**
- Abuso Sexual	3,9 (1,5-9,7)**	5,3 (2,5-11,4)**	7,4 (3,4-16,1)**
2) Perda Pessoal			
- Morte dos Pais			
Mãe	0,8 (0,5-1,3)	0,8 (0,4-1,5)	0,5 (0,2-1,3)
Pai	1,5 (1,2-2,0)**	1,4 (1,0-2,0)	1,8 (1,2-2,6)**
- Divórcio dos pais	0,9 (0,7-1,1)	1,8 (1,4-2,3)**	2,1 (1,4-3,1)**
- Outras perdas	1,3 (1,0-1,7)	1,1 (0,6-1,9)	1,3 (0,7-2,5)
3) Disfunção Familiar			
- Doença mental dos pais			
Depressão			
Mãe	2,1 (1,4-3,1)**	1,6 (0,9-2,8)	2,0 (1,0-3,9)
Pai	1,6 (0,6-3,8)	4,1 (2,2-7,5)**	3,0 (0,9-10,3)
Ansiedade			
Mãe	2,2 (1,4-3,5)**	2,0 (1,4-2,7)**	2,3 (1,4-3,8)**
Pai	1,5 (1,0-2,4)	1,7 (0,9-3,4)	2,0 (1,0-4,2)
Transtorno do pânico			
Mãe	1,8 (1,3-2,4)**	1,7 (1,1-2,6)**	1,8 (1,1-2,9)*
Pai	1,0 (0,6-1,5)	2,4 (1,2-5,0)*	
- Uso de substâncias			
Mother	2,2 (0,9-5,3)	1,3 (0,6-2,5)	1,4 (0,5-3,6)
Father	1,8 (1,4-2,2)**	1,2 (0,7-2,0)	1,4 (0,7-2,4)
- Anti-social personality			
Mãe	1,8 (0,7-4,8)	3,1 (0,9-10,4)	1,2 (0,1-11,1)
Pai	1,7 (1,1-2,8)*	2,3 (1,4-3,9)**	2,4 (1,1-5,3)*
- Envolvimento com atividades criminais			
- Violência familiar	1,9 (1,5-2,4)**	3,0 (2,0-4,4)**	2,8 (1,9-4,3)**
4) Outras adversidades			
- Negligência	2,2 (1,8-2,6)**	1,6 (1,1-2,3)**	1,8 (1,3-2,5)**
- Doença Física	1,5 (0,6-3,8)	3,1 (1,0-9,7)*	3,2 (0,8-12,9)
- Adversidade econômica familiar	1,2 (0,5-2,8)	2,0 (0,9-4,2)	3,7 (1,8-7,4)**

** $p < 0.00$ * $p < 0.05$

Tabela 3 - Associações entre experiências adversas na infância e dor crônica, depressão, dor crônica e depressão associada.

Adversidades na Infância	Alguma dor crônica		12-m Depressão Maior DSM-IV		Alguma dor crônica e 12-m Depressão Maior DSM-IV	
	OR (95% IC)	ORadj (95% IC) ^a	OR (95% IC)	ORadj (95% IC) ^a	OR (95% IC)	ORadj (95% IC) ^a
1) Qualquer violência pessoal	2.6 (2.1-3.1)**	2.5 (2.0-3.1)**	2.6 (2.0-3.5)**	2.7 (2.1-3.4)**	3.0 (2.3-3.8)**	3.0 (2.3-3.7)**
2) Qualquer perda pessoal	1.2 (1.0-1.4)**	1.2 (1.0-1.4)**	1.5 (1.1-2.0)**	1.4 (1.1-1.9)**	1.8 (1.3-2.5)**	1.7 (1.3-2.3)**
3) Qualquer disfunção familiar	1.9 (1.6-2.3)**	1.9 (1.6-2.3)**	2.3 (1.6-3.2)**	2.1 (1.5-2.9)**	2.5 (1.8-3.6)**	2.3 (1.7-3.3)**
4) Qualquer transtorno mental dos pais	1.8 (1.4-2.4)**	1.8 (1.4-2.3)**	1.9 (1.5-2.4)**	1.7 (1.3-2.2)**	1.9 (1.4-2.6)**	1.7 (1.3-2.3)**
5) Outras disfunções familiares	1.9 (1.5-2,3)**	1.9 (1.5-2.4)**	2.1 (1.5-3.0)**	2.0 (1.4-2.8)**	2.1 (1.5-3.1)**	2.0 (1.4-2.9)**
6) Outras adversidades	2.0 (1.7-2.4)**	1.9 (1.5-2.2)**	1.7 (1.2-2.5)**	1.7 (1.1-2.5)**	2.1 (1.4-3.1)**	1.9 (1.3-2.9)**
7) Outras adversidades exceto negligência	1.3 (0.6-2.8)	1.4 (0.6-3.)	2.5 (1.2-5.3)*	2.8 (1.3-6.3)	3.4 (1.5-3.3)**	3.9 (1.5-9.9)
8) Qualquer adversidade	1.8 (1.6-2.0)**	1.8 (1.6-2.0)**	1.9 (1.3-2.6)**	1.7 (1.2-2.4)**	2.2 (1.5-3.3)**	2.0 (1.4-3.0)**

** $p < 0.05$ * $p < 0.00$

Tabela 4 - Associações entre experiências adversas na infância e dor crônica de acordo com local anatômico.

Localização anatômica da dor	Abuso Sexual OR (95% IC) ^a	Abuso Físico (OR 95% IC) ^a	Negligência (OR 95% IC) ^a	Violência Familiar (OR 95% IC) ^a	Qualquer adversidade (OR 95% IC) ^a
Costas ou pescoço	2,0 (0,9-4,7) [*]	2,4 (1,7-3,4) ^{**}	2,1 (1,6-2,7) ^{**}	1,6 (1,1-2,4) ^{**}	1,8 (1,4-2,2) ^{**}
Estômago ou abdome	2,3 (0,6-8,1) [*]	2,5 (1,7-3,7) ^{**}	1,6 (1,2-2,1) ^{**}	1,9 (1,3-2,8) ^{**}	2,0 (1,4-2,7) ^{**}
Articulações	1,5 (0,5-4,6) [*]	2,2 (1,8-2,7) ^{**}	1,9 (1,4-2,5) ^{**}	1,5 (1,1-1,9) ^{**}	1,7 (1,4-2,1) ^{**}
Face ou mandíbula	5,0 (1,5-16,5) ^{**}	3,4 (2,0-5,5) ^{**}	2,2 (1,3-3,7) ^{**}	1,9 (1,4-2,7) ^{**}	1,8 (1,2-2,7) ^{**}
Peito	5,1 (1,5 – 17,9) ^{**}	3,1 (2,1-4,6) ^{**}	2,1 (1,2-3,8) ^{**}	2,0 (1,3-3,1) ^{**}	1,8 (1,4-2,4) ^{**}
Cabeça	3,1 (1,0-9,8) ^{**}	2,1 (1,6-2,8) ^{**}	1,4 (1,0-1,8) ^{**}	1,7 (1,2-2,4) ^{**}	1,6 (1,2-2,3) ^{**}
Outras	1,3 (0,2-7,2) [*]	2,0 (1,1-3,7) [*]	1,7 (0,9-3,1) ^{**}	1,0 (0,6 – 1,5) [*]	1,4 (0,9 – 2,0) ^{**}
Alguma dor crônica	3,1 (1,2-7,9) ^{**}	2,5 (2,0-3,1) ^{**}	2,1 (1,8-2,6) ^{**}	1,8 (1,4-2,4) ^{**}	1,8 (1,5-2,0) ^{**}

** $p < 0.05$

Referências

- 1 Dong M, Giles WH, Felitti VJ. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation*, 2004.
- 2 Felitti VJ, Anda RF, Nodenberg MS et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*, 1998; 14: 245 – 258, 1998.
- 3 Scott KM, Von Korff M, Alonso SCD et al. Childhood adversity, early-onset depressive/anxiety disorders, and adult-onset asthma. *Psychosomatic Med*, 2008; 70: 1035 – 1043.
- 4 Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF et al. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obesity*, 2002; 26: 1075 – 1082.
- 5 Anda RF, Croft JB, Felitti VJ et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*, 1999; 282: 1652 – 1658.
- 6 Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *JAMA*, 2001; 286, 24: 3089 – 3096.
- 7 Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ. Adverse Childhood Experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Fam Plann Perspect*, 2001; 206 – 211.
- 8 Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ et al. Adverse childhood experiences and risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect disorders*, 2004; 82:217 – 225.
- 9 Green JG, MacLaughlin KA, Berglund PA. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatr*, 2010; 67:113 – 123.
- 10 Kessler RC, Maclaughlin KA, Green JF. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Sureveys. *B J Psych*, 2010; 197: 378 – 385.
- 11 Lee S, Guo WJ, Tsang A. The prevalence of family childhood adversities and their association with first onset of DSM-IV disorders in Metropolitan China. *Psychol Med*, 2011; 41: 85 – 96.
- 12 Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BioMed Central*, 2007; 30: 1471 – 2458.
- 13 Scott KM, Smith DR, Ellis PM. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV Mental Disorders in Young Adults. *Arch Gen Psychiatry*, 2010.
- 14 Benjamin S, Morris, S, McBeth, J et al. The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. *Arthritis Rheum*, 2000; 43: 561 – 567.
- 15 Castro M, Kraychete D, Daltro, C et al. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arq Neuropsiquiatr*, 2009; 67: 982-985.
- 16 Dersh J, Gatchel R, Polatin P et al. Prevalence of psychiatric disorders in Patients with chronic work-related musculoskeletal pain disability. *JOEM*, 2002; 44: 459 – 468.

- 17 Gureje O, Von Korff M, Kola L et al. The relationship between multiple pains and mental disorders: results from the World mental Health Surveys. *Pain*, 2008; 135: 82 – 91.
- 18 Sharp J, Keefe, B. 2006. Psychiatry in chronic pain: a review and update. Disponível em < <http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=50863> > Acesso em: 28/01/2014.
- 19 Workman EA, Hubbard JR, Felker BL. Comorbid psychiatric disorders and predictors of pain management program success in patients with chronic pain. *J Clin Psychiatry*, 2002; 4:137 – 140.
- 20 Bruffaerts R, Demyttenaere K. The role of childhood adversities in adult-onset spinal pain. In: KORFF M. R. V.; SCOTT K. M. GUREJE O. *Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity: in the WHO World Mental Health Surveys*, 2009; New York: Cambridge University Press.
- 21 Heim C, Wagner D, Maloney E et al. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome. *Arch Gen Psychiatr*, 2006; 63: 1258 – 1266.
- 22 Lampe A, Doering S, Rupold G et. al. Chronic Pain and their relation to childhood abuse and stressful life events. *J. Psychosom Res*, 2003; 54: 361 – 367.
- 23 Gonzalez A, Boyle MH, Kyu HH et al. Childhood and family influences on depression, chronic physical conditions, and their comorbidity: Findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Psychiatric Research*, 2012; 46:1475 – 1482.
- 24 Viana MC, Teixeira MG, Beraldi et al. São Paulo Megacity Health Survey – A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr*, 2009; 31: 375 – 386.
- 25 Xavier M, Baptista H, Mendes J et al. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *Int J Ment Health*, 2013.
- 26 Viana MC, Viana-Moldes I, Teixeira M et al. The world mental health survey initiative version of the composite international diagnostic interview (WMH-CIDI): translation and adaptation to Brazilian-portuguese, the instrumental used in the “São Paulo megacity mental health survey”, 2004 Printed version.
- 27 Andrade LH, Wang YP, Andreoni S et al. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloS one*, 2012; 7: e31879.
- 28 Andreassen et al. The family history method using Research Diagnostic Criteria: Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 34: 1229 – 1235.
- 29 Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *Brit J Med*, 1979.
- 30 Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain – descriptions of chronic syndromes and definitions of pain terms*, 1994 2ed. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- 31 Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC. Association of childhood adversities and early-onset mental disorder with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 2011; 8: 838 – 844.

- 32 Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav*, 2011.
- 33 Viana MC, Teixeira MG, Beraldi et al. São Paulo Megacity Health Survey – A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr*, 2009; 31: 375 – 386.
- 34 Juruena MF, Cleare AJ. Superposição entre depressão atípica, doença afetiva sazonal e síndrome da fadiga crônica. *Rev Bras Psiquiatr*, 2007; 29: 19 – 26.
- 35 Oliveira JT. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq de Neuropsiquitr*, 2000; 58: 360-365.
- 36 Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J Bras Psiquiatr*, 2006; 55: 8 – 19.
- 37 Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *EJP*, 2003; 7: 113 – 119.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revela importantes resultados, a princípio em relação ao perfil clínico e à distribuição da dor na população avaliada. Os primeiros dados identificam que mais da metade da população relatou apresentar algum tipo de dor nos últimos 12 meses, sendo maior entre as mulheres, com destaque, de forma geral, para a dor de cabeça como o local anatômico de maior prevalência. No entanto essa elevada prevalência de dor nos últimos 12 meses talvez seja justificada pelo tempo inespecífico na determinação da dor, ou seja, em um período de 12 meses as pessoas podem apresentar um ou mais episódios de dor, visto que posteriormente a dor crônica foi definida em um período de seis meses ou mais. Ainda nesses primeiros resultados, observamos que as faixas etárias mais altas apresentaram mais relatos de dor exceto para dor de cabeça, mais frequente nas faixas etárias mais baixas.

A prevalência da dor crônica encontrada neste estudo também foi elevada, mantendo as mulheres com os maiores percentuais em relação à amostra total para todos os locais anatômicos exceto para a dor no peito, no entanto essa situação só se manteve de forma significativa para dor na face ou mandíbula e dor de cabeça quando avaliada a dor crônica entre aqueles que referiram alguma dor nos últimos 12 meses. De uma forma geral, estes resultados estão de acordo com a literatura ao identificar maior relato de dor e dor crônica entre as mulheres. Além disso, também há concordância quanto aos locais anatômicos para dor crônica com maior prevalência– nas articulações e dor nas costas e pescoço. Apesar disso, este estudo difere da maioria por apresentar dados em relação à população total e a uma subpopulação específica (aqueles que referiram dor nos últimos 12 meses).

Quanto à intensidade da dor crônica, resposta ao tratamento e duração da dor os resultados são consistentes, porém, a literatura é restrita para comparações a respeito, talvez pela dificuldade subjetiva em avaliar o perfil clínico da dor crônica. É importante salientar que a resposta ao tratamento (alívio da dor) pode ser considerada como razoável o que sugere tratamentos clínicos não tão eficientes.

O gênero feminino, as faixas etárias 35-49/ 50-64 anos e o estado civil separados, aposentados e divorciados estiveram relacionados à dor crônica quando comparados à amostra total e somente as idades citadas se mantiveram significativamente associadas quanto à subpopulação.

Este estudo também apresenta associação significativa entre dor crônica e transtornos mentais, assim como já descrito na literatura, com maior associação para os transtornos de humor, onde está inserida a depressão.

As adversidades mais frequentes entre os três grupos avaliados (1º com algum tipo de dor crônica, 2º somente depressão, e 3º com dor crônica e depressão concomitante) foram o abuso físico, a negligência e a violência familiar e em parte se assemelha com dados de estudos anteriores – embora existam variações dessas prevalências estudadas – sendo maior no grupo com dor crônica e depressão.

Relativo às associações entre as adversidades com esses grupos, o abuso sexual teve o maior impacto com as maiores razões de chance entre os grupos e, ainda maior para o grupo com as duas situações clínicas avaliadas. Por outro lado o abuso sexual apresentou as menores prevalências entre os grupos, portanto, esse é um tipo de adversidade que pode estar subnotificado por diversas questões culturais, sociais, familiares e até pelo formato da pesquisa que é domiciliar. O abuso físico e a violência familiar também apresentaram associações expressivas.

Este estudo também apresenta como resultados pertinentes comparações entre adversidades na infância e os tipos de dor crônica, que é um tipo de análise com poucos exemplos na literatura. O abuso sexual e abuso físico apresentaram as maiores associações principalmente entre aqueles com dor crônica na face ou mandíbula e dor no peito.

Em suma, este trabalho atingiu seus objetivos e conclui que as associações entre adversidades na infância são maiores no grupo que apresenta dor crônica e depressão concomitante do que entre aqueles somente com dor crônica ou somente com depressão, o que significa dizer que as pessoas com qualquer tipo de adversidades apresentaram mais dor crônica e depressão conjuntas do que os indivíduos sem histórico de adversidades. A razão de chances tende a ser maior nesse grupo evidenciando que existe associação entre as três situações avaliadas neste estudo: adversidades na infância, dor crônica e depressão.

Algumas limitações ao estudo se fazem presente como a não realização de análises com outras comorbidades e a influência do número de adversidades para avaliação da dose resposta demonstrando se a presença de uma ou mais adversidade causa maior impacto nas associações.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA R. R. et al. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addictive Behaviors**, v. 39, p. 297 – 301, 2014.

ALMEIDA et. al. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.43, n. 3, p. 96-102, 2008.

ALVES, J.; DUTRA, A.; MAIA, A. História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 701 – 709, 2013.

ANDA et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. **The journal of the American Medical Association**, v. 282, n. 17, 1999.

_____. Childhood abuse, household dysfunction, and indicators of impaired adult worker performance. **The Permanente Journal**, v. 8, n. 1, 2004.

ANDRADE, L. P. Tecendo os fios da infância. In: Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2010. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/h8pyf/pdf/andrade-9788579830853-06.pdf> > Acesso em: 17 de fevereiro de 2014.

ANDRADE et. Al. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PloS one**, v. 7, n. 2, p. e31879, 2012.

ANDREASEN et al. The family history method using Research Diagnostic Criteria: Reliability and validity. **Archives of General Psychiatry**, v. 34, p. 1229 – 1235, 1997.

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em estudo**, v. 7, n. 2, p. 3 – 11, 2002.

BENJAMIN et al. The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. **Arthritis and Rheumatism**, v. 43, n. 3. P. 561 – 567, 2000.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 45, n. 2, p. 47 – 54, 2005.

BRAS et al. Neurobiological and clinical relationship between psychiatric disorders and chronic pain. **Psychiatria Danubina**, v. 22, n. 2, p. 221 – 226, 2010.

BRASIL. Decreto nº 99.710 de 21 de novembro de 1990. Promulga sobre o Direito da Criança. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 nov. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm > Acesso em 10 de janeiro de 2014.

BRASIL. Lei nº 8.060 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente e das outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**,

Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>
Acesso em: 10 de janeiro de 2014.

BRASIL. Portal da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/1958->> Acesso em: 10 de janeiro de 2013.

BRITO L. M. T. Família pós-divórcio: a visão dos filhos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27, n. 1, p. 32 – 45, 2007.

BROMET et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV. Major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, p. 2 – 16, 2011.

BRUCH et al. Relação de distúrbios mentais em uma população com doenças musculoesqueléticas ou reumatológicas. **Revista Dor**, v. 7, n. 4, p. 875 – 881, 2006.

BRUFFAERTS, R.; DEMYTTENAERE K. The role of childhood adversities in adult-onset spinal pain. In: KORFF M. R. V.; SCOTT K. M. GUREJE O. **Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity: in the WHO World Mental Health Surveys**. New York: Cambridge University Press, 2009.

CASTRO, M. et al. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 67, n. 4, p. 982-985, 2009.

CASTRO et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 4, p. 126 – 129, 2011.

CHAPMAN et al. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. **Journal of Affective Disorders**, v. 82, p. 217 – 225, 2004.

CLEMONS et al. Co-occurring forms of child maltreatment and adjustment reported by Latina college students. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, p. 751 – 767, 2003.

DAHMER T. S. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 497 – 505, 2012.

DANESE, A.; MCEWEN, B. Adverse experience, allostasis, allostatic load, and age-related disease. **Physiology & Behavior**, 2011.

DELLAROZA et. al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.

DEMYTTENAERE et. al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the World Mental Health Surveys. **Pain**, v. 129, p. 332 – 342, 2007.

DERSH, D. et al. Prevalence of psychiatry disorders in patients with chronic work-related musculoskeletal pain disability. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 44, n. 5, p. 459 – 468, 2002.

DONG M. et al. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. **Child Abuse and Neglect**, v. 27, p. 625 – 639, 2003.

_____. Insights Into Causal Pathways for Ischemic Heart Disease: Adverse Childhood Experiences Study. <Disponível em: <http://circ.ahajournals.org> > Acesso em 13 de fevereiro de 2014.

DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed, 1994.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 691 – 700, 2007.

DUBE et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. **The Journal of American Medical Association**, v. 286, n. 24, 2001.

FELITI et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 14, n. 4, p. 245 – 258, 1998.

FURLANETTO, L. M., BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando a depressão no paciente com doença clínica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 8 – 19, 2006.

GILBERT et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Disponível em: < <http://mhps.net/wp-content/uploads/group-documents/112/1310467336-Gilbertetal2008.pdf> > Acesso em: 20 de maio de 2013.

GLAROS A. G. Emotional factors in temporomandibular joint disorders. **Journal Indiana Dental Association**, v. 79, p. 20 – 3, 2000.

GONZALEZ, A. et al. Childhood and Family influences on depression, chronic physical conditions and their comorbidity: findings from the Ontario Child Health Study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 46, p. 1475 – 1482, 2012.

GREEN et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I, **Archives of General Psychiatry**, v. 67, n. 2, 2010.

GUREJE O. et. al. Persistent pain and Well-being: A World Health Organization Study in primary care. **American Medical Association**, v. 280, n. 2, 1998.

GUREJE O. et al. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. **Pain**, v. 135, p. 82 – 91, 2008.

HARSTALL C.; OSPINA M. How prevalent is chronic pain? **Pain**, v. 11, n. 2, 2003.

HEIM C. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, p. 1258 – 1266, 2006.

HILLIS et al. Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in woman: a retrospective cohort study. **Family Planning Perspectives**, v. 33, n. 5, 2001.

IMBIEROWICZ, K.; EGGLE, U.T. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. **European Journal of Pain**, v.7, p. 113 – 119, 2003

JUNGERMAN F. S. et al. Prevalence of cannabis use in Brazil: Data from the I Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). **Addictive Behaviors**, 2009. Disponível em: <<http://uniad.org.br/inpad/wp-content/uploads/2013/03/Jungerman.pdf> > Acesso em 17 de janeiro de 2014.

JURUEMA, M.F; CLEARE, A.J. Superposição entre depressão atípica, doença afetiva sazonal e síndrome da fadiga crônica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, p.19 – 26, 2007.

KESSLER et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. **The British Journal of Psychiatry**, v. 197, p. 378-385, 2010.

KESSLER, R. C.; ÜSTÜN, T. B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 13, n. 2, 2004

KRELING, M. C. G.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 509 – 513, 2006.

LAMPE et. al. Chronic Pain and their relation to childhood abuse and stressful life events. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 54, p. 361 – 367, 2003.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, 2010.

LERESCHE L. Gender Considerations in the epidemiology of chronic pain. Crombie. IASP Press, Seattle, 1999.

LEE S. et al. The prevalence of family childhood adversities and their association with first onset of DSM-IV disorders in Metropolitan in China. **Psychological Medicine**, v. 41, n. 1, p. 85 – 95, 2012.

LORENÇATTO et al. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 3, p. 217 – 221, 2002.

LOUZETE F. L.; GATTI, A. L. Luto na infância e suas consequências no desenvolvimento psicológico. **Iniciação Científica**, n. 1, p. 77 – 79, 2007.

MAGNI, G.; BERTOLINI, C. Chronic pain as a depressive equivalent. **Postgraduate Medical Journal**, v. 73, p. 79 – 85, 1983.

MARTHA, M. C. et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, p. 149 – 159, 2005.

MATTA, A. P. C.; MOREIRA FILHO, P. F. sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. **Arquivos de Neuro Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 991 – 994.

MELLO, F. M. et al. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p. 41-48, 2009.

- MIRANDA, V.S.; DECARVALHO V.B.F.; MACHADO, L.A.C., et al. Prevalence of chronic musculoskeletal disorders in elderly Brazilians: a systematic review of literature. **Biomed Central**, v. 13, p. 1 – 11, 2012
- MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Classification of chronic pain – descriptions of chronic syndromes and definitions of pain terms, 1994 2ed. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- MONTINI, F. T.; NEMAN, F. A. Prevalência e avaliação da dor crônica nos cadastrados da Unidade Básica de Saúde Jardim Palmira, Guarulhos/SP. **Science in Health**, v. 3, n. 2, p. 74-86, 2012.
- MOREIRA JÚNIOR, E. D.; SOUZA, M. C de. Epidemiologia da dor crônica e dor neuropática: desenvolvimento de questionário para inquéritos populacionais. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 60. n. 8, p. 610-615, 2003.
- OHAYON, M. M.; SCHATZBERG, A. F. Using chronic pain predict depressive morbidity in the general population. **Archives of General Psychiatry**, v. 60, p. 39 – 47, 2003.
- OLIVEIRA, J. T. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 58, p. 360 – 365, 2000.
- PARKER G.; TUPLING H., BROWN L. B. A parental bonding instrument. **The British Journal of Medical Psychology**, v. 52, p. 1 - 10, 1979.
- PEREIRA A. M.; VALIM V.; ZANDONADE E.; CICONELLI R. M. Prevalence of musculoskeletal manifestations in the adult Brazilian population: a study using COPCORD questionnaires, **Clinical Experimental Rheumatology**, v. 27, p.42 – 46, 2009.
- PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 6 – 10, 1999.
- REICHENHEIM, M. E; HASSELMANN, M. H; MORAIS, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 109 – 121, 1999.
- RIBEIRO et al. Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, 2009.
- RUVIARO, L. F.; FILIPPIN, L. I. Prevalência de dor crônica em uma unidade básica de saúde de cidade de médio porte. **Revista Dor**, v.13, n. 2, p.128-131, 2012.
- SÁ K. et. al. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 622-630, 2009.
- SCHILLING, E. A.; ASELTINE JUNIOR, R.; GORE, S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BioMed Central Public Health*, v. 7, n. 30, 2007. Disponível em < <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/30> > Acesso em 17 de fevereiro de 2014.

SCHWANCK, R. H.; SILVA, M. R. S. Processos que sustentam o enfrentamento da experiência de abuso sexual na infância: um estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 380-388, 2006.

SCOTT, K. M.; SMITH, D. R.; ELLIS, P. M. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM – IV Mental Disorders in young adults. **Archives of General Psychiatry**, v. 67, 2010.

SCOTT et al. Childhood adversity, early-onset depressive/anxiety disorders, and adult-onset asthma. **Psychosomatic Medicine**, v. 70, p. 1035 – 1043, 2008.

SCOTT, K.M.; VON KORFF M.; ANGERMEYER M.C. Association of childhood adversities and early-onset mental disorder with adult-onset chronic physical conditions. **Archives of General Psychiatry**, v. 8, p. 838 – 844

SHARP J.; KEEFE, B. 2006. Psychiatry in chronic pain: a review and update. Disponível em: <<http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=50863>> Acesso em: 10 de janeiro de 2014.

SHEPS D.S.; CREED F.; CLOUSE R. E. Chest pain in patients with cardiac and noncardiac disease. **Psychomatic Medicine**, v. 66, p. 861 – 867, 2004.

SILVA, S.; MAIA, A. C. Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, n. 3, p. 69 – 72, 2010.

SOARES FILHO G. L. F.; VALENÇA A.M.; NARDI A. E. Dor torácica no transtorno de pânico: sintoma somático ou manifestação de doença arterial coronariana. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, p. 97 – 101, 2007.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, p. 149 – 159, 2005.

TOLEDO B.A.S.; CAPOTE T.S.O.; CAMPOS J.A.B. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. **Ciência Odontológica Brasileira**, v. 11, p. 75 – 79, 2008.

TSANG, A.; LEE, S. The global burden of chronic pain. In: **Who World Mental Health Surveys: Global Perspectives On The Epidemiology Of Mental Disorders**. Editora: Cambridge University Press, 2009.

TSANG, A., LEE, S. Linking Depression-Anxiety disorders and headache in a developmental perspective: the role of childhood family adversities. In: **Who World Mental Health Surveys: Global Perspectives On The Epidemiology Of Mental Disorders**. Editora: Cambridge University Press, 2009.

VIANA, M. C. et al. The world mental health survey initiative version of the composite international diagnostic interview (WMH-CIDI): translation and adaptation to Brazilian-portuguese, the instrumental used in the “São Paulo megacity mental health survey”. **Printed version**, 2004.

_____. São Paulo Megacity Health Survey – A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p. 375 – 386, 2009.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H.. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brazil: results from the São Paulo megacity mental health survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, vol. 34, nº 3, p. 249-260, 2012.

VILAGUT G.; SAUNDERS K.; ALONSO J. World Mental Health Survey Methods for studying menta-physical comorbidity. In: **Who World Mental Health Surveys: Global Perspectives On The Epidemiology Of Mental Disorders**. Editora: Cambridge University Press, 2009.

VERHAAK P. F. M. et al. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. **Pain**, v. 77, p. 231 – 239, 1998.

WALKER S. P.; ODENDAAL C. L.; ESTERHUYSE K.G.F. Biographical, pain and psychosocial data for a south African sample of chronic pain patients. **Southern African Journal Anaesthesia Analgesia**, 2006.

WALLING, M. K et al. Abuse history and chronic pain in women: I. prevalences of sexual abuse and physical abuse. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 84, n. 2, 1994.

WILLIAMSON, D. F. et al. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. **International Journal of Obesity**, v. 26, p. 1075 – 1082, 2002.

WHO. World Health Organization and international Society for Prevention of Child Abuse and neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, 2006.

WORKMAN, E. A. et al. Comorbid psychiatric disorders and predictors of pain management program success in patients with chronic pain. **The Primary Care Companion to the Journal Clinical Psychiatry**, v. 4, n. 4, p. 137 – 140, 2002.

XAVIER, M. et al. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. **International Journal of Mental Health Systems**. 2013; 7: 19

ZAVASCHI, M. L. et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, p. 189 – 195, 2002.

ZAVASCHI, M. L. S. Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância. 2003. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ANEXO 1
DOENÇAS CRÔNICAS (CC)

*CC1. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, SEÇÃO DOENÇAS CRÔNICAS) REGISTRE NO CARTÃO REF CADA DOENÇA CONFIRMADA.	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*CC1a. As próximas perguntas são sobre problemas de saúde que o(a) Sr(a). pode ter tido nos últimos 12 meses. O(A) Sr(a). teve artrite ou reumatismo nos últimos 12 meses? (FRASE-CHAVE: artrite ou reumatismo)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1b. Problemas crônicos nas costas ou no pescoço? (FRASE-CHAVE: problemas nas costas ou pescoço)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1c. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a). teve dores de cabeça frequentes ou intensas? (FRASE-CHAVE: dores de cabeça)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1d. Alguma outra dor crônica nos últimos 12 meses?(ANOTAR DOR CARTÃO REF) [FRASE-CHAVE: (alguma outra) dor crônica]	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1e. O(A) Sr(a). teve alergias respiratórias, como rinite alérgica, nos últimos 12 meses? (FRASE-CHAVE: alergias)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1f. Alguma vez na vida o(a) Sr(a). teve um derrame cerebral? (FRASE-CHAVE: derrame cerebral)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1g. O(A) Sr(a). já teve um ataque cardíaco? (FRASE-CHAVE: ataque cardíaco)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1h. Algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a). tem ou teve alguma das seguintes doenças: doença do coração? (FRASE-CHAVE: doença do coração)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1i. Pressão alta? (FRASE-CHAVE: pressão alta)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1j. Asma? (FRASE-CHAVE: asma)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1k. Tuberculose? (FRASE-CHAVE: tuberculose)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1l. Alguma outra doença pulmonar crônica, como por exemplo enfisema ou doença pulmonar obstrutiva crônica? (FRASE-CHAVE: doença pulmonar crônica)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1m. Malária, esquistossomose, doença de Chagas, ou alguma outra parasitose? (Qual?) #cc1mESPECIFICAR: _____ (FRASE-CHAVE: parasitose / DOENÇA ESPECIFICADA.)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1n. Diabetes ou açúcar alto no sangue? (FRASE-CHAVE: diabetes ou açúcar alto no sangue)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1o. Uma úlcera no estômago ou intestino? (FRASE-CHAVE: úlcera)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1p. ...doença da tireóide? (FRASE-CHAVE: doença da tireóide)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1q. ...algum problema neurológico, como esclerose múltipla, doença de Parkinson? (FRASE-CHAVE: problema neurológico)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1r. ...infecção por HIV ou AIDS? (FRASE-CHAVE: infecção por HIV)	1 CARTÃO REF	5	8	9
*CC1s. ...epilepsia ou convulsões? (FRASE-CHAVE: epilepsia ou convulsões)	1 CARTÃO REF	5	8	9

*CC1t. Câncer? (FRASE-CHAVE: câncer)	1 CARTÃO REF	5 VÁ PARA #cc2.1.	8 VÁ PARA #cc2.1.	9 VÁ PARA #cc2.1.
---	--------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

*CC2. O(A) Sr(a). está em tratamento para o câncer, está se recuperando, ou já está curado(a)?

TRATAMENTO..... 1
SE RECUPERANDO 2
CURADO..... 3
NÃO SABE..... 8
RECUSOU 9

*CC2a. Em qual parte do corpo o(a) Sr(a). teve câncer?

CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

CÂNCER DE MAMA..... 1
CÂNCER DE COLON E RETO (INTESTINO GROSSO)..... 2
CÂNCER DE PULMÃO..... 3
LINFOMA OU LEUCEMIA 4
CÂNCER DE PRÓSTATA..... 5
CÂNCER DE PELE (SÓ SE FOR MELANOMA)..... 6
CÂNCER UTERINO 7
CÂNCER DE OVÁRIO 8
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO..... 9
OUTRO (ESPECIFICAR)..... 10

NÃO SABE..... 98
RECUSOU 99

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
#cc2.1. Teve dor de cabeça nos últimos 12 meses?	1	5 VÁ PARA #cc2.2	8 VÁ PARA #cc2.2	9 VÁ PARA #cc2.2
#cc2.1.1. O(A) Sr(a). teve dor de cabeça em mais de 15 dias por mês?	1	5	8	9
#cc2.1.2. A dor era só de um lado da cabeça?	1	5	8	9
#cc2.1.3. A dor era latejante?	1	5	8	9
#cc2.1.4. A dor atrapalhava as atividades de rotina?	1	5	8	9
#cc2.1.5. A dor piorava ao abaixar a cabeça?	1	5	8	9
#cc2.1.6. Junto com a dor apareciam náuseas ou vômitos?	1	5	8	9
#cc2.1.7. Quanto estava com dor, luz forte incomodava?	1	5	8	9
#cc2.1.8. Quando estava com dor, barulho incomodava?	1	5	8	9
#cc2.1.9. Quando estava com dor, cheiros fortes incomodavam?	1	5	8	9
#cc2.1.10. (SÓ PARA MULHERES) A dor piorava perto do período menstrual?	1	5	8	9
#cc2.1.11. Com que idade começou a ter dor de cabeça? _____ ANOS			8	9
#cc2.2. O(A) Sr(a). tem alguma deficiência visual permanente, que não pode ser corrigida por óculos ou lentes? (#cc2.2.1.ESPECIFIQUE SE TOTAL = CEGUEIRA) _____	1	5	8	9

#cc2.3. ...deficiência auditiva permanente, que não pode ser corrigida por aparelhos? (#cc2.3.1.ESPECIFIQUE SE TOTAL = SURDEZ) _____	1	5	8	9
#cc2.4. ...deficiência física? (#cc2.4.1.ESPECIFIQUE DEFICIÊNCIA: _____)	1	5	8	9

***CC3.** Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a). sofreu algum acidente, ferimento ou intoxicação que tenha necessitado cuidados médicos?

SIM 1
 NÃO..... 2 **VÁ PARA #cc3.1**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA #cc3.1**
 RECUSOU..... 9 **VÁ PARA #cc3.1**

***CC3a.** Quantos acidentes, ferimentos, envenenamentos ou intoxicações o(a) Sr(a). sofreu nos últimos 12 meses, que tenham necessitado cuidados médicos?

_____ NÚMERO DE ACIDENTES, FERIMENTOS, ENVENENAMENTOS OU INTOXICAÇÕES

NÃO SABE..... 998
 RECUSOU..... 999

#cc3.1 O(A) Sr(a). possui alguma arma, como faca ou revólver?

SIM 1
 NÃO..... 2 **REGISTRE '0' EM *CC4 E VÁ PARA *CC5**
 NÃO SABE..... 8 **CODIFIQUE '998' EM *CC4 E VÁ PARA *CC5**
 RECUSOU..... 9 **CODIFIQUE '999' EM *CC4 E VÁ PARA *CC5**

***CC4.** Durante os últimos 30 dias, em quantos dias o(a) Sr(a). andou armado(a)?

_____ DIAS

NÃO SABE..... 998
 RECUSOU 999

***CC5.** Durante os últimos 12 meses, quantas vezes o(a) Sr(a). participou de alguma briga, em que o(a) Sr(a). ou outra pessoa se feriu e necessitou cuidados médicos?

_____ VEZES

NÃO SABE..... 998
 RECUSOU 999

***CC7. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, SEÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS)**

NO MÍNIMO UMA DOENÇA ASSINALADA 1
 NENHUMA DOENÇA ASSINALADA..... 2 **VÁ PARA *CC20**

*CC8. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER **CARTÃO REF, SEÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS**)

PASSO 1. CONTE O NÚMERO TOTAL DE DOENÇAS ASSINALADAS E CIRCULE ESSE NÚMERO NA PRIMEIRA COLUNA DA ESQUERDA DA TABELA ABAIXO.

PASSO 2. NA GRADE INDICANDO AS COLUNAS DE 0 A 9, ENCONTRE O NÚMERO QUE CORRESPONDE AO ÚLTIMO DÍGITO DO NÚMERO ALEATÓRIO DO RESPONDENTE. DESÇA POR ESSA COLUNA ATÉ CRUZAR COM A LINHA QUE CORRESPONDE AO NÚMERO TOTAL DE DOENÇAS ASSINALADAS. CIRCULE O NÚMERO OBTIDO NESSE CRUZAMENTO.

ESSE NÚMERO CORRESPONDERÁ À DOENÇA SELECIONADA ALEATORIAMENTE. CIRCULE ESTA DOENÇA ALEATÓRIA NO **CARTÃO REF, SEÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS (*CC)**.

DOENÇA ALEATÓRIA										
NÚMERO TOTAL DE TIPOS DE DOENÇAS RELATADAS	O NÚMERO ALEATÓRIO DO RESPONDENTE TERMINA NO NÚMERO									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1
4	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
5	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
6	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3
8	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5
9	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6
10	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6
11	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5
12	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
13	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5
16	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
17	16	17	1	2	3	4	5	6	7	8
18	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
19	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

PASSO 3. REGISTRE A FRASE-CHAVE CORRESPONDENTE À DOENÇA SELECIONADA ALEATORIAMENTE: (VER ***CC1a - *CC1t**)
FRASE-CHAVE (DOENÇA ALEATÓRIA): _____

*CC9. As próximas perguntas são sobre (a doença/uma das doenças) que o(a) Sr(a). relatou, o/a (DOENÇA ALEATÓRIA). Nos últimos 12 meses, quantas vezes o(a) Sr(a). consultou um médico ou outro profissional de saúde para o tratamento de (DOENÇA ALEATÓRIA)?

_____ VEZES

NÃO SABE..... 998

RECUSOU 999

Nenhuma Interferência	Leve			Moderada			Intensa			Interferência Muito Intensa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*CC10. (CAD, PG 9) Nos últimos 12 meses, pense no período que durou um mês ou mais em que o/a (DOENÇA ALEATÓRIA) ou suas conseqüências (foi/foram) mais intenso(s)/intensa(s). Por favor, use a escala de 0 a 10 da página 9 de seu caderno, onde 0 significa nenhuma interferência e 10 significa interferência muito intensa. Que número descreve quanto o/a (DOENÇA ALEATÓRIA) ou suas conseqüências interferiu em cada uma das seguintes atividades durante esse período?

(SE NEC: Até que ponto o/a (DOENÇA ALEATÓRIA) interferiu em (ATIVIDADE) durante esse período?)

(SE NEC: O(A) Sr(a). pode usar qualquer número entre 0 e 10 para responder.)

NÚMERO (0 A 10)

*CC10a. Seus afazeres domésticos, como limpeza, compras e tarefas da casa?

NÃO SE APLICA 97

NÃO SABE..... 98

RECUSOU 99

*CC10b. Sua capacidade de trabalhar?

NÃO SE APLICA 97

NÃO SABE..... 98

RECUSOU 99

*CC10c. Sua capacidade de estabelecer e manter relacionamentos próximos com outras pessoas?

NÃO SE APLICA 97

NÃO SABE..... 98

RECUSOU 99

*CC10d. Sua vida social?

NÃO SE APLICA 97

NÃO SABE..... 98

RECUSOU 99

*CC11. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *CC10a - *CC10d)

TODAS AS RESPOSTAS IGUAIS A '0' OU CODIFICADAS '97' 1 **VÁ PARA *CC20**

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

*CC12. Nos últimos 12 meses, aproximadamente quantos dias o(a) Sr(a). esteve totalmente incapaz de trabalhar ou fazer suas atividades habituais por causa do/da (DOENÇA ALEATÓRIA)?

(SE NEC: o(a) Sr(a). pode usar qualquer número entre 0 e 365 para responder.)

_____ DIAS

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*CC20. As próximas perguntas são sobre problemas com o sono.

Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a). passou por um período que durou duas semanas seguidas ou mais em que (o Sr;a Sra.)...

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*CC20a. ... tinha dificuldade para <u>conseguir pegar no sono</u> , levando duas horas ou mais para conseguir dormir quase todas as noites?	1	5	8	9
*CC20b. ...tinha dificuldade para <u>continuar dormindo</u> , acordando quase todas as noites e levando uma hora ou mais para conseguir dormir de novo?	1	5	8	9
*CC20c. ...acordava <u>cedo demais</u> , despertando no mínimo duas horas mais cedo do que o(a) Sr(a). queria ou precisava quase todos os dias?	1	5	8	9
*CC20d. ...sentia sono durante o dia?	1	5	8	9

#cc20e. Atualmente, quantas horas, em média, o(a) Sr(a). dorme por noite?

_____ HORAS

*CC21. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *CC20a-*CC20d)

UMA OU MAIS RESPOSTAS CODIFICADAS '1' 1

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

VÁ PARA *CC28

*CC22. Aproximadamente, em quantas semanas ao todo o(a) Sr(a). teve algum desses problemas com o seu sono na maioria das noites nos últimos 12 meses?

_____ SEMANAS

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*CC23. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *CC20d)

*CC20d CODIFICADA '1' 1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 **VÁ PARA *CC26**

*CC24. <u>Considerando</u> os últimos 12 meses, pense na época em que os seus problemas de sono foram mais intensos e freqüentes. Durante esse período, com que freqüência o(a) Sr(a). passou pelas seguintes experiências?						
(SE NEC: Com que freqüência o(a) Sr(a). .../ Freqüentemente, às vezes, raramente, ou nunca?)	FREQ (1)	ÀS VZ (2)	RARA (3)	NUNCA (4)	NS (8)	REC (9)
*CC24b. Com que freqüência o(a) Sr(a). ficava <u>sonolento(a)</u> após ficar sentado(a) por 10 minutos --- freqüentemente, às vezes, raramente, ou nunca?	1	2	3	4	8	9
*CC24c. ... <u>cochilava</u> quando estava relaxado(a)?	1	2	3	4 VÁ P/ *CC24f	8	9
*CC24e. Com que freqüência sentia-se cansado(a) durante o dia por dormir mal --- freqüentemente, às vezes, raramente, ou nunca?	1	2	3	4	8	9
*CC24f. ... <u>acordava</u> mais de 3 vezes por noite?	1	2	3	4	8	9
*CC24g. Com que freqüência <u>acordava</u> sentindo-se cansado(a) --- freqüentemente, às vezes, raramente, ou nunca?	1	2	3	4	8	9
*CC24h. ... <u>tinha</u> dificuldade para se levantar de manhã?	1	2	3	4	8	9

*CC25. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER **CARTÃO REF, DOENÇAS CRÔNICAS**
***CC FRASES-CHAVE a, b, c E d**)

UMA OU MAIS ASSINALADAS 1 **VÁ PARA *CC28**
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 **VÁ PARA *CC48**

*CC26. Considerando os últimos 12 meses, pense na época em que os seus problemas de sono foram mais intensos e freqüentes. Durante esse período, com que freqüência o(a) Sr(a). passou pelas seguintes experiências?						
(SE NEC: Com que freqüência o(a) Sr(a). ... Freqüentemente, às vezes, raramente, ou nunca?)	FREQ (1)	ÀS VZ (2)	RARA (3)	NUNCA (4)	NS (8)	REC (9)
*CC26a. Com que freqüência o(a) Sr(a). acordava mais de 3 vezes por noite --- freqüentemente, às vezes, raramente, ou nunca?	1	2	3	4	8	9
*CC26b. Com que freqüência acordava sentindo-se cansado(a)?	1	2	3	4	8	9
*CC26c. Com que freqüência <u>tinha</u> dificuldade para se levantar de manhã?	1	2	3	4	8	9

***CC27. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, DOENÇAS CRÔNICAS *CC FRASES-CHAVE a, b, c E d)**

UMA OU MAIS ASSINALADAS1

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2 **VÁ PARA *CC48**

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*CC28. As próximas perguntas são sobre “dor crônica importante”, definida como uma dor que dura seis meses ou mais e que é intensa o bastante para <u>interferir em suas atividades habituais ou causar sofrimento emocional</u> . Com essa definição em mente, o(a) Sr(a). teve “dor crônica importante” nos últimos 12 meses ...:				
*CC28a. ...no pescoço ou nas costas?	1	5	8	9
*CC28b. ...no estômago ou abdome?	1	5	8	9
*CC28c. O(A) Sr(a). teve “dor crônica importante” nos últimos 12 meses em alguma articulação ou nos braços, mãos, pernas ou pés?	1	5	8	9
*CC28d. Na face ou mandíbula ou na articulação logo abaixo da orelha?	1	5	8	9
*CC28e. Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a). teve dores no peito?	1	5	8	9
*CC28f. O(A) Sr(a). teve dores de cabeça que ocorreram com frequência por seis meses ou mais?	1	5	8	9
*CC28g. O(A) Sr(a). sentiu algum outro tipo de “dor crônica importante” nos últimos 12 meses? #cc28g. ESPECIFICAR: _____ _____ _____	1	5	8	9

***CC29. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *CC28a-*CC28g)**

UMA OU MAIS RESPOSTAS CODIFICADAS ‘1’1

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2 **VÁ PARA *CC48**

***CC30. (SE R TIVER RELATADO VÁRIAS “DORES CRÔNICAS IMPORTANTES”, PERGUNTE SOBRE A MAIS INTENSA) Pense no mês ou meses do último ano em que a dor foi mais freqüente. Aproximadamente, em quantos dias por mês o(a) Sr(a). teve dor durante esse período?**

_____ DIAS POR MES

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

***CC31. Quantos minutos ou horas por dia a dor durava?**

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: MINUTOS 1 HORAS 2

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

- *CC32. (CAD, PG 33) Por favor olhe a escala de 0 a 10 na página 33 de seu caderno, onde 0 é “sem dor” e 10 é “a pior dor que o(a) Sr(a). pode imaginar”. Que número melhor descreve a pior dor que o(a) Sr(a). sentiu nos últimos 12 meses?

_____ NÚMERO

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

- *CC33. (CAD, PG 33) Usando a mesma escala de 0 a 10 (na página 33 de seu caderno), que número descreve a dor menos intensa que (o Sr/aSra.) sentiu nos últimos 12 meses?

_____ NÚMERO

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

- *CC34. (CAD, PG 33) E qual número, nessa mesma escala de 0 a 10 (na página 33 de seu caderno), melhor descreve em média a sua dor nos últimos 12 meses?

_____ NÚMERO

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

- *CC35. Em geral, que alívio os tratamentos para dor lhe proporcionam, usando-se uma escala de 0 a 10 onde 0 significa “nenhum alívio” e 10 significa “alívio completo”?

_____ NÚMERO

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

- *CC48. O(A) Sr(a). tem um médico a quem geralmente consulta quando precisa de cuidados de rotina?

SIM..... 1 **VÁ PARA *CC49**

NÃO 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

- *CC48a. O(A) Sr(a). tem um lugar para onde geralmente vai ou é levado(a) quando precisa de cuidados médicos de rotina?

SIM..... 1

NÃO 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

- #cc48b (CAD PG 57) Por favor olhe a parte superior da página 57 do seu caderno. Quando o(a) Sr(a). está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar...?

(LER A LISTA DE ‘1’ A ‘9’ E ASSINALAR TODOS OS QUE SE APLICAM)

FARMÁCIA.....1

POSTO OU CENTRO DE SAÚDE.....2

CONSULTÓRIO PARTICULAR.....3

AMBULATÓRIO OU CONSULTÓRIO DE

EMPRESA OU SINDICATO4

AMBULATÓRIO OU CONSULTÓRIO DE CLÍNICA5

AMBULATÓRIO DE HOSPITAL.....	6
PRONTO-SOCORRO OU EMERGÊNCIA	7
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	8
OUTRO TIPO DE ATENDIMENTO (COMO CURANDEIRO, BENZEDEIRA, CENTRO ESPÍRITA, ETC)	9
NÃO SABE.....	10
NÃO APLICÁVEL.....	11
RECUSOU	12

***CC49.** Quantas consultas o(a) Sr(a). fez com cada um dos seguintes tipos de profissionais de saúde nos últimos 12 meses:

*CC49a. Um médico clínico geral ou médico de família?	_____ CONSULTAS(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES NÃO SABE..... 998 RECUSOU..... 999
*CC49b Um psiquiatra?	_____ CONSULTAS(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES NÃO SABE..... 998 RECUSOU..... 999
*CC49c. Algum outro médico especialista? (#cc49c.ESPECIFIQUE: _____ _____)	_____ CONSULTAS(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES NÃO SABE..... 998 RECUSOU..... 999
*CC49d. Algum outro profissional de saúde? (#cc49d.ESPECIFIQUE: _____ _____)	_____ CONSULTAS(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES NÃO SABE..... 998 RECUSOU..... 999

ANEXO 2

INFÂNCIA (CH)

*CH1. As próximas perguntas são sobre a sua infância. Até a idade de dezesseis anos, o(a) Sr(a). morou com ambos os seus pais biológicos?

SIM..... 1 **VÁ PARA *CH6**
 NÃO 5
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH6**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH6**

*CH2. Por que o(a) Sr(a). não morava com seus pais biológicos?

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM - NÃO LEIA A LISTA.
 (SE NEC: Sua mãe ou pai biológico morreu, eram separados ou divorciados, ou havia algum outro motivo?)

	*CH2a. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando (EVENTO)? SE INF "MENOS DE UM ANO", CODIFIQUE "1".
MÃE MORREU 1	_____ ANOS NÃO SABE 998 RECUSOU 999
PAI MORREU 2	_____ ANOS NÃO SABE 998 RECUSOU 999
PAIS SEPARADOS/DIVORCIADOS 3	_____ ANOS NÃO SABE 998 RECUSOU 999
PAIS NUNCA VIVERAM JUNTOS 4	
ADOTADO(A) 5	_____ ANOS NÃO SABE 998 RECUSOU 999
FOI PARA COLÉGIO INTERNO..... 6	_____ ANOS NÃO SABE 998 RECUSOU 999
FILHO DE CRIAÇÃO..... 7	_____ ANOS NÃO SABE 998 RECUSOU 999
SAIU DE CASA ANTES DOS 16 ANOS ... 8	_____ ANOS NÃO SABE 998 RECUSOU 999
OUTRO (ESPECIFICAR) 9 _____ _____	_____ ANOS NÃO SABE 998 RECUSOU 999
NÃO SABE..... 98	
RECUSOU 99	

*CH6. Até fazer dezesseis anos, alguma vez o(a) Sr(a). ficou longe de casa por seis meses ou mais – seja vivendo como filho de criação, vivendo com outros familiares, em um colégio interno, hospital, centro de detenção juvenil, ou em qualquer outro lugar?

ENTREVISTADOR: CODIFIQUE "NÃO" SE R INF "VOLTAVA PARA CASA NOS FINS DE SEMANA"

(OU EM OUTRAS OCASIÕES) DURANTE ESSE PERÍODO DE SEIS MESES.

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH8**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH8**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH8**

*CH6a. Onde o(a) Sr(a). estava?

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

MORANDO COM OUTROS FAMILIARES 1
 COLÉGIO INTERNO..... 2
 HOSPITAL 3
 CENTRO DE DETENÇÃO JUVENIL..... 4
 LAR ADOTIVO 5
 OUTRO (ESPECIFICAR) 6

NÃO SABE..... 98
 RECUSOU 99

*CH6b. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que ficou longe de casa ?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*CH6c. No total, quantos meses ou anos ficou fora de casa até fazer dezesseis anos?

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE UNIDADE TEMPO: MESES.....1 ANOS.....2

NÃO SABE.....98
 RECUSOU99

***CH8.** Quem foi o chefe masculino de sua família durante a maior parte de sua infância?

ENTREVISTADOR: SE R DISSER “PAI”, SONDE: Era o seu pai biológico, padrasto, pai adotivo, ou outra pessoa?

ENTREVISTADOR: SE R DISSER QUE MUDOU/FOI MAIS DE UM, SONDE: Quem foi o chefe masculino de sua família durante a maior parte do tempo antes de o(a) Sr(a). fazer dezessete anos?

PAI BIOLÓGICO..... 1
 PAI ADOTIVO 2
 PADRASTO (CÔNJUGE/ PARCEIRO DA MÃE)..... 3
 OUTRO HOMEM (ESPECIFICAR) 4

NÃO HAVIA NENHUM HOMEM NA FAMÍLIA..... 5 **VÁ PARA *CH13**
 NÃO SABE 98 **VÁ PARA *CH13**
 RECUSOU 99 **VÁ PARA *CH13**

*CH8a. Até que ano (ele/seu pai) estudou?

(SE NEC: Por favor inclua também os anos de ensino superior.)

SE ‘NÃO SABE/RECUSOU’, SONDE: “Qual é a sua melhor estimativa?”

ANOTE A SÉRIE/ANO E O CURSO (ENSINO FUNDAMENTAL, MÉDIO, SUPERIOR OU PÓS-GRADUAÇÃO), E SE O COMPLETOU OU NÃO. CALCULE O NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO SEM INCLUIR OS ANOS EM QUE R FICOU REPROVADO

#ch8b(_____ SÉRIE/ANO DO _____) = _____ ANOS DE ESTUDO

#ch8c(COMPLETO.....1 INCOMPLETO.....2)

NÃO SABE..... 98
 RECUSOU 99

***CH9.** Por quanto tempo durante sua infância (seu pai/ homem chefe da família) teve um trabalho remunerado ou trabalhou em um negócio da família --- o tempo todo, a maior parte do tempo, a metade do tempo, pouco tempo ou nada?

(SE NEC, ESCLAREÇA: Ter um trabalho remunerado significa ter um trabalho pelo qual se recebe um pagamento.)

(SE NEC, ESCLAREÇA: Ter um trabalho remunerado inclui o trabalho autônomo/auto-emprego.)
 (SE R DISSER QUE PAI ERA FAZENDEIRO, ESCLAREÇA: Conta como trabalhar em negócio da família.)

O TEMPO TODO	1	VÁ PARA *CH11
A MAIOR PARTE DO TEMPO	2	VÁ PARA *CH11
A METADE DO TEMPO	3	
POUCO TEMPO.....	4	
NUNCA.....	5	
NÃO SABE.....	8	
RECUSOU	9	

*CH9a. Qual foi o principal motivo pelo qual ele não teve trabalho remunerado durante a maior parte da sua infância?

ENTREVISTADOR: SE R DISSER: “Meu pai era autônomo”, ESCLAREÇA: Trabalho remunerado inclui o trabalho autônomo/auto-emprego. RELEIA *CH9.

ENTREVISTADOR: SE R DISSER, “Meu pai era fazendeiro”, ESCLAREÇA: : Conta como trabalhar em negócio da família. RELEIA *CH9.

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

LESÃO OU DEFICIÊNCIA FÍSICA	1
ABUSO DE ÁLCOOL OU DROGAS.....	2
PROBLEMAS MENTAIS OU EMOCIONAIS	3
FICOU EM CASA PARA CRIAR OS FILHOS	4
NÃO CONSEGUIU ENCONTRAR EMPREGO.....	5
OUTRO (ESPECIFICAR)	6

NÃO TRABALHOU POR OPÇÃO

NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

*CH10. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR (VER *CH9):

*CH9 CODIFICADA '3' OU '4'

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES

*CH11. Qual era a ocupação/profissão dele? (SE NEC: Quais eram as funções dele?)

ENTREVISTADOR: ANOTE ABAIXO E NÃO CODIFIQUE.

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM EMPREGO, ANOTE AQUELE NO QUAL O PAI OU O HOMEM CHEFE DA FAMÍLIA TRABALHAVA A MAIOR PARTE DAS HORAS

LEGISLADORES, FUNCIONÁRIOS SUPERIORES E GERENTES

LEGISLADORES E FUNCIONÁRIOS SUPERIORES	1
GERENTES DE EMPRESAS	2
GERENTES GERAIS	3

PROFISSIONAIS

PROFISSIONAIS DE CIÊNCIAS FÍSICAS, MATEMÁTICAS E DE ENGENHARIA	4
PROFISSIONAIS DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE.....	5
PROFISSIONAIS DO MAGISTÉRIO.....	6
OUTROS PROFISSIONAIS	7

TÉCNICOS E PROFISSIONAIS ASSOCIADOS

PROFISSIONAIS ASSOCIADOS DE CIÊNCIAS FÍSICAS E DE ENGENHARIA.....	8
PROFISSIONAIS ASSOCIADOS DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE.....	9
PROFISSIONAIS ASSOCIADOS DO MAGISTÉRIO	10
OUTROS PROFISSIONAIS ASSOCIADOS.....	11

FUNCIONÁRIOS

ESCRITURÁRIOS.....	12
--------------------	----

PRESTADORES DE SERVIÇOS AOS CLIENTES	13
PRESTADORES DE SERVIÇOS/ VENDEDORES DE LOJAS & MERCADO	
PRESTADORES DE SERVIÇOS PESSOAIS E DE PROTEÇÃO	14
MODELOS, VENDEDORES E DEMONSTRADORES	15
TRABALHADORES EXPERIENTES EM AGRICULTURA E PESCA	
TRAB. EXPERIENTES AGRICULTURA E PESCA ORIENTADAS PARA O MERCADO.....	16
TRABALHADORES DA AGRICULTURA E PESCA DE SUBSISTÊNCIA	17
TRABALHADORES EM ARTES E OFÍCIOS E ATIVIDADES RELACIONADAS	
TRAB. DAS ATIVIDADES DE EXTRAÇÃO E CONSTRUÇÃO	18
TRAB. DO METAL, MAQUINÁRIO E ATIVIDADES RELACIONADAS	19
TRAB. DE PRECISÃO, ARTESANATO MANUAL, IMPRESSÃO E ATIV. RELAC.....	20
TRAB. DE OUTRAS ARTES E ATIVIDADES RELACIONADAS	21
OPERADORES E MONTADORES DE MÁQUINAS E FÁBRICAS	
OPERADORES DE FÁBRICAS ESTACIONÁRIAS E ATIV.RELACIONADAS.....	22
OPERADORES E MONTADORES DE MÁQUINAS	23
MOTORISTAS E OPERADORES DE FÁBRICAS MÓVEIS	24
PROFISSÕES BÁSICAS	
PROFISSÕES BÁSICAS DE VENDAS E SERVIÇOS	25
TRABALHADORES AGRÍCOLAS, DA PESCA E ATIV.RELACIONADAS.....	26
TRABALHADORES DE MINAS, CONSTRUÇÃO, MANUFATURA E TRASPORTES	27
FORÇAS ARMADAS	
FORÇAS ARMADAS	28
OUTRO (ESPECIFICAR)	29

NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

*CH12. (CAD, PG 38) Por favor, olhe a página 38 de seu caderno, que categoria melhor descreve a área de trabalho dele?

ANOTE: _____

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM EMPREGO, DESCREVA AQUELE NO QUAL ELE TRABALHAVA MAIS HORAS.	
COMÉRCIO.....	1
INDÚSTRIA	2
SERVIÇOS.....	3
AGRICULTURA	4
BANCOS/INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS	5
SAÚDE.....	6
EDUCAÇÃO.....	7
MILITAR	8
OUTRO. ESP. _____	9
NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

ENTREVISTADOR: NÃO USE A LISTA ABAIXO (EM CINZA)	
AGRICULTURA, CAÇA E SILVICULTURA	1
PESCA	2
MINAS E PEDREIRAS	3
MANUFATURA/INDÚSTRIA	4
SUPRIMENTO DE ELETRICIDADE, GÁS E ÁGUA.....	5
CONSTRUÇÃO.....	6
COMÉRCIO ATACADO E VAREJO; CONserto DE VEÍCULOS MOTORIZADOS	7
HOTÉIS E RESTAURANTES	8

TRANSPORTES, ARMAZENAGEM E COMUNICAÇÕES.....	9
INTERMEDIÇÃO FINANCEIRA.....	10
IMÓVEIS, ALUGUEL E ATIVIDADES COMERCIAIS/NEGÓCIOS	11
ADMINISTRAÇÃO E DEFESA PÚBLICAS	12
EDUCAÇÃO.....	13
SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	14
OUTRAS ATIVIDADES SERVIÇOS COMUNITÁRIOS, SOCIAIS E PESSOAIS	15
EMPREGO EM RESIDÊNCIAS PARTICULARES.....	16
ORGANIZAÇÕES E ÓRGÃOS EXTRATERRITORIAIS.....	17
NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

***CH13.** Quem foi a chefe feminina de sua família durante a maior parte de sua infância?

ENTREVISTADOR: SE R DISSER “MÃE”, SONDE.: Era a sua mãe biológica, madrasta, mãe adotiva ou outra coisa?

ENTREVISTADOR: SE R DISSER QUE MUDOU/FOI MAIS DE UMA, SONDE: Quem o(a) criou durante a maior parte do tempo antes de o(a) Sr(a). fazer dezessete anos?

MÃE BIOLÓGICA	1
MÃE ADOTIVA.....	2
MADRSTA (CÔNJUGE/ PARCEIRA DO PAI).....	3
OUTRA MULHER (ESPECIFICAR).....	4

NÃO HAVIA NENHUMA MULHER NA FAMÍLIA	5	VÁ PARA *CH22
NÃO SABE.....	98	VÁ PARA *CH22
RECUSOU	99	VÁ PARA *CH22

*CH13a. Até que ano (ela/ sua mãe) estudou?

(SE NEC: Por favor inclua também os anos de ensino superior.)

SE ‘NÃO SABE/RECUSOU’, SONDE: “Qual é a sua melhor estimativa?”

ANOTE A SÉRIE/ANO E O CURSO (ENSINO FUNDAMENTAL, MÉDIO, SUPERIOR OU PÓS-GRADUAÇÃO), E SE O COMPLETOU OU NÃO. CALCULE O NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO SEM INCLUIR OS ANOS EM QUE R FICOU REPROVADO

#ch13b(_____ SÉRIE/ANO DO _____) = _____ ANOS DE ESTUDO

#ch13c(COMPLETO.....1 INCOMPLETO.....2)

NÃO SABE..... 98

RECUSOU..... 99

***CH14.** Por quanto tempo durante sua infância (sua mãe/ ela) teve um trabalho remunerado ou trabalhou em um negócio da família --- o tempo todo, a maior parte do tempo, a metade do tempo, pouco tempo ou nada?

(SE NEC, ESCLAREÇA: Ter um trabalho remunerado significa ter um trabalho pelo qual se recebe um pagamento.)

(SE NEC, ESCLAREÇA: Ter um trabalho remunerado inclui o trabalho autônomo/auto-emprego.)

(SE R DISSER QUE MÃE ERA FAZENDEIRA/MULHER DE FAZENDEIRO, ESCLAREÇA: Conta como trabalhar em negócio da família.)

O TEMPO TODO	1	VÁ PARA *CH16
A MAIOR PARTE DO TEMPO.....	2	VÁ PARA *CH16
A METADE DO TEMPO	3	
POUCO TEMPO.....	4	
NUNCA.....	5	
NÃO SABE.....	8	
RECUSOU	9	

*CH14a. Qual foi o principal motivo pelo qual ela não teve trabalho remunerado durante a maior parte da sua infância?

ENTREVISTADOR: SE R DISSER: “Minha mãe era autônoma”, ESCLAREÇA: Trabalho remunerado inclui o trabalho autônomo/auto-emprego. RELEIA ***CH14.**

ENTREVISTADOR: SE R DISSER, “Minha mãe era fazendeira/mulher de fazendeiro”.
ESCLAREÇA: Conta como trabalhar em negócio da família. RELEIA *CH14

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

LESÃO OU DEFICIÊNCIA FÍSICA	1
ABUSO DE ÁLCOOL OU DROGAS.....	2
PROBLEMAS MENTAIS OU EMOCIONAIS	3
FICOU EM CASA PARA CRIAR OS FILHOS	4
NÃO CONSEGUIU ENCONTRAR EMPREGO.....	5
PAI NÃO QUERIA QUE ELA TRABALHASSE	6
NÃO TRABALHOU POR OPÇÃO	10
OUTRO (ESPECIFICAR)	7
<hr/>	
NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

*CH15. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR (VER *CH14):

*CH14 CODIFICADA '3' OU '4'	1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES	2

VÁ PARA *CH22

*CH16. Qual era a ocupação/profissão dela? (SE NEC: Quais eram as funções dela?)
ENTREVISTADOR: ANOTE ABAIXO E NÃO CODIFIQUE.

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM EMPREGO, DESCREVA AQUELE NO QUAL A MÃE OU A MULHER CHEFE DA FAMÍLIA TRABALHAVA A MAIOR PARTE DAS HORAS

LEGISLADORES, FUNCIONÁRIOS SUPERIORES E GERENTES

LEGISLADORES E FUNCIONÁRIOS SUPERIORES	1
GERENTES DE EMPRESAS	2
GERENTES GERAIS	3

PROFISSIONAIS

PROFISSIONAIS DE CIÊNCIAS FÍSICAS, MATEMÁTICAS E DE ENGENHARIA	4
PROFISSIONAIS DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE.....	5
PROFISSIONAIS DO MAGISTÉRIO.....	6
OUTROS PROFISSIONAIS	7

TÉCNICOS E PROFISSIONAIS ASSOCIADOS

PROFISSIONAIS ASSOCIADOS DE CIÊNCIAS FÍSICAS E DE ENGENHARIA.....	8
PROFISSIONAIS ASSOCIADOS DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE.....	9
PROFISSIONAIS ASSOCIADOS DO MAGISTÉRIO	10
OUTROS PROFISSIONAIS ASSOCIADOS.....	11

FUNCIONÁRIOS

ESCRITURÁRIOS.....	12
PRESTADORES DE SERVIÇOS AOS CLIENTES	13

PRESTADORES DE SERVIÇOS/VENDEDORES DE LOJAS & MERCADO

PRESTADORES DE SERVIÇOS PESSOAIS E DE PROTEÇÃO	14
MODELOS, VENDEDORES E DEMONSTRADORES	15

TRABALHADORES EXPERIENTES EM AGRICULTURA E PESCA

TRAB. EXPERIENTES AGRICULTURA E PESCA ORIENTADAS PARA O MERCADO.....	16
TRABALHADORES DA AGRICULTURA E PESCA DE SUBSISTÊNCIA	17

TRABALHADORES EM ARTES E OFÍCIOS E ATIVIDADES RELACIONADAS

TRAB. DAS ATIVIDADES DE EXTRAÇÃO E CONSTRUÇÃO	18
TRAB. DO METAL, MAQUINÁRIO E ATIVIDADES RELACIONADAS	19

TRAB. DE PRECISÃO, ARTESANATO MANUAL, IMPRESSÃO E ATIV. RELAC.....	20
TRAB. DE OUTRAS ARTES E ATIVIDADES RELACIONADAS	21

OPERADORES E MONTADORES DE MÁQUINAS E FÁBRICAS

OPERADORES DE FÁBRICAS ESTACIONÁRIAS E ATIV.RELACIONADAS.....	22
OPERADORES E MONTADORES DE MÁQUINAS	23
MOTORISTAS E OPERADORES DE FÁBRICAS MÓVEIS	24

PROFISSÕES BÁSICAS

PROFISSÕES BÁSICAS DE VENDAS E SERVIÇOS	25
TRABALHADORES AGRÍCOLAS, DA PESCA E ATIV.RELACIONADAS.....	26
TRABALHADORES DE MINAS, CONSTRUÇÃO, MANUFATURA E TRASPORTES	27

FORÇAS ARMADAS

FORÇAS ARMADAS	28
----------------------	----

OUTRO (ESPECIFICAR)	29
---------------------------	----

NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

***CH17.** (CAD, PG 38) Por favor, olhe a página 38 de seu caderno, que categoria melhor descreve a área de trabalho dela? (SE NEC: O que eles (faziam/ produziam)?)

ANOTE: _____

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM EMPREGO, DESCREVA AQUELE NO QUAL ELA TRABALHAVA MAIS HORAS.

COMÉRCIO.....	1
INDÚSTRIA	2
SERVIÇOS.....	3
AGRICULTURA	4
BANCOS/INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS	5
SAÚDE.....	6
EDUCAÇÃO.....	7
MILITAR	8
OUTRO. ESP. _____	9

NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

ENTREVISTADOR: NÃO USE A LISTA ABAIXO (EM CINZA)

AGRICULTURA, CAÇA E SILVICULTURA	1
PESCA	2
MINAS E PEDREIRAS	3
MANUFATURA/INDÚSTRIA	4
SUPRIMENTO DE ELETRICIDADE, GÁS E ÁGUA.....	5
CONSTRUÇÃO.....	6
COMÉRCIO ATACADO E VAREJO; CONserto DE VEÍCULOS MOTORIZADOS	7
HOTÉIS E RESTAURANTES	8
TRANSPORTES, ARMAZENAGEM E COMUNICAÇÕES.....	9
INTERMEDIÇÃO FINANCEIRA.....	10
IMÓVEIS, ALUGUEL E ATIVIDADES COMERCIAIS/NEGÓCIOS	11
ADMINISTRAÇÃO E DEFESA PÚBLICAS	12
EDUCAÇÃO.....	13
SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	14
OUTRAS ATIVIDADES SERVIÇOS COMUNITÁRIOS, SOCIAIS E PESSOAIS	15
EMPREGO EM RESIDÊNCIAS PARTICULARES.....	16
ORGANIZAÇÕES E ÓRGÃOS EXTRATERRITORIAIS.....	17

NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

***CH22.** De um modo geral, como o(a) Sr(a). avaliaria [o relacionamento de seus pais/ o relacionamento das pessoas que o(a) criaram] enquanto estava crescendo --- excelente, bom, regular, ou ruim?

EXCELENTE.....	1
BOM.....	2
REGULAR.....	3
RUIM.....	4
NENHUM CASAL (SE INF).....	5
NÃO SABE.....	8
RECUSOU.....	9

***CH23.** Quanta tensão e conflito havia em sua família enquanto estava crescendo --- muito, moderado, pouco, ou nenhum?

MUITO.....	1
MODERADO.....	2
POUCO.....	3
NENHUM.....	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU.....	9

(CAD, PG 43) LISTA PARA AS PERGUNTAS *CH28 - *CH29

- EMPURROU, AGARROU À FORÇA OU SACUDIU VIOLENTAMENTE
- ATIROU ALGO/ALGUMA COISA VIOLENTAMENTE
- ESBOFETEOU, BATEU OU SOCOU VIOLENTAMENTE

***CH28.** (CAD, PG 43) Durante o seu crescimento, com que frequência alguém de sua família lhe fez alguma das coisas (listadas na página 43 do seu caderno) --- frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?

FREQÜENTEMENTE.....	1	
ÀS VEZES.....	2	
RARAMENTE.....	3	
NUNCA.....	4	VÁ PARA *CH29
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *CH29
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *CH29

***CH28a.** Quem lhe fazia isso?

(SONDE: Alguém mais?)

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

PAI BIOLÓGICO.....	1	
PAI ADOTIVO.....	2	
PADRASTO.....	3	
MÃE BIOLÓGICA.....	4	
MÃE ADOTIVA.....	5	
MADRASTA.....	6	
IRMÃO/ IRMÃ.....	7	
OUTRA(S) PESSOA(S).....	8	#ch28a.ESPECIFICAR: _____

NÃO SABE.....	98	
RECUSOU.....	99	

***CH29.** (CAD, PG 43) Com que frequência (seus pais/ as pessoas que o(a) criaram) fizeram alguma dessas coisas (listadas na página 43 do seu caderno) um ao outro durante o seu crescimento -- (frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca)?

FREQÜENTEMENTE..... 1
 ÀS VEZES 2
 RARAMENTE 3
 NUNCA..... 4
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

***CH30.1.** Com que frequência o(a) Sr(a). teve cada uma das seguintes experiências durante a sua infância --- frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?

(SE NEC: frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?)	FREQ (1)	ÀS VEZES (2)	RARAM (3)	NUNCA (4)	NS (8)	RC (9)
*CH30.1a. Com que frequência o(a) Sr(a). tinha que fazer tarefas que eram muito difíceis ou perigosas para alguém de sua idade --- frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?	1	2	3	4	8	9
*CH30.1b. Com que frequência era deixado só ou sem supervisão quando era novo(a) demais para ficar sozinho?	1	2	3	4	8	9
*CH30.1c. Com que frequência ficou sem coisas de que precisava, como roupas, sapatos ou materiais escolares, porque seus pais ou cuidadores gastavam o dinheiro com eles mesmos?	1	2	3	4	8	9
*CH30.1d. Com que frequência seus pais ou cuidadores o deixavam com fome ou não preparavam as refeições diárias?	1	2	3	4	8	9
*CH30.1e. Com que frequência seus pais ou cuidadores ignoravam ou não lhe davam tratamento médico quando o(a) Sr(a). estava doente ou machucado(a)?	1	2	3	4	8	9

***CH38.** Quem foi a mulher que passou mais tempo criando e educando o(a) Sr(a).?

MÃE BIOLÓGICA 1
 MÃE ADOTIVA 2
 MADRASTA 3
 MÃE DE CRIAÇÃO..... 4
 OUTRA MULHER DA FAMÍLIA 5 (#ch38a. QUEM? _____)
 BABÁ/ PAJEM 6
 NENHUMA MULHER..... 7 **VÁ PARA *CH68**
 OUTRA (ESPECIFICAR)..... 8

 NÃO SABE 98 **VÁ PARA *CH68**
 RECUSOU 99 **VÁ PARA *CH68**

*CH39.1. Quanto o(a) Sr(a). era emocionalmente ligado(a) a ela durante o seu crescimento --- muito ligado(a), moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO 1
 MODERADAMENTE..... 2
 UM POUCO 3
 NADA..... 4
 NÃO SABE 8
 RECUSOU..... 9

*CH40. (SE NEC: O(A) Sr(a). diria muito, moderado/moderadamente, um pouco, ou nenhum/nada?)	MUITO (1)	MOD (2)	POUCO (3)	NEN/ NADA (4)	NS (8)	RC (9)
*CH40a. Quanto amor e afeto ela lhe dava? --- muito, moderado, um pouco, ou nenhum?	1	2	3	4	8	9
*CH40f. Quanto ela se empenhava em tomar conta de o(a) Sr(a). e garantir que tivesse uma boa formação? (Muito, moderadamente, um pouco, ou nada?)	1	2	3	4	8	9
*CH40h. Quanto ela impedia que o(a) Sr(a). fizesse as coisas que outros(as) garotos(as) de sua idade podiam fazer? (Muito, moderadamente, um pouco, ou nada?)	1	2	3	4	8	9
*CH40i. Quanto ela era rigorosa com as regras que impunha a o(a) Sr(a).? (Muito, moderadamente, um pouco, ou nada?)	1	2	3	4	8	9

*CH41. Durante o seu crescimento, a (MULHER QUE CRIOU R) teve algum período de 2 semanas ou mais em que ficava triste ou deprimida a maior parte do tempo?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH46**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH46**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH46**

*CH41a. Isso ocorreu durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?

TODA 1
 A MAIOR PARTE..... 2
 A METADE 3
 UM POUCO..... 4
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

*CH42. Durante o tempo em que a depressão dela esteve pior, ela também tinha outros sintomas como baixa energia, mudanças no sono ou apetite, e dificuldade de concentração?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH46**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH46**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH46**

*CH44. Alguma vez ela recebeu tratamento profissional para depressão?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH45**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH45**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH45**

*CH44a. Alguma vez ela teve que passar a noite no hospital por causa da depressão?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

*CH45. A depressão interferia muito na vida dela ou em suas atividades?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

*CH46. Durante o seu crescimento, a (MULHER QUE CRIOU R) teve períodos de um mês ou mais em que ficava constantemente nervosa, irritada, ou ansiosa?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH51**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH51**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH51**

*CH46a. Isto ocorreu durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?

TODA 1
 A MAIOR PARTE..... 2
 A METADE 3
 UM POUCO..... 4
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

*CH47. Durante o tempo em que o nervosismo dela esteve pior, ela também tinha outros sintomas como inquietação, irritação, cansaço fácil e dificuldade para dormir?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH51**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH51**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH51**

*CH49. Alguma vez ela recebeu tratamento profissional para o nervosismo?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH50**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH50**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH50**

*CH49a. Alguma vez ela teve que passar a noite no hospital por causa do nervosismo?

SIM..... 1

NÃO5
 NÃO SABE8
 RECUSOU9

***CH50.** O nervosismo interferia muito na vida dela ou em suas atividades?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

***CH51.** Durante o seu crescimento, a (MULHER QUE CRIOU R) alguma vez se queixou de ataques de ansiedade quando de repente sentia-se amedrontada, ansiosa, ou em pânico?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH52**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH52**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH52**

***CH51a.** Alguma vez ela comentou que durante esses ataques seu coração batia acelerado, ficava com falta de ar, sentia-se mal, ou ficava com medo de morrer?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

***CH52.** A (MULHER QUE CRIOU R) já teve problemas com álcool ou drogas?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH61**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH61**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH61**

***CH56.** Ela teve esse problema durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?

TODA 1
 A MAIOR PARTE..... 2
 A METADE 3
 UM POUCO..... 4
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***CH59.** Alguma vez ela recebeu tratamento profissional para o uso de álcool ou drogas?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH60**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH60**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH60**

***CH59a.** Alguma vez ela teve que passar a noite no hospital por causa do uso de álcool ou drogas?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

***CH60.** Até que ponto o uso de álcool ou drogas interferia na vida dela ou em suas atividades --- muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO..... 1
 MODERADAMENTE 3
 UM POUCO 4
 NADA 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

	SIM (1)	NÃO (5)	[SE INF] NÃO SE APLICA (7)	NS (8)	RC (9)
*CH61. A [MULHER QUE CRIOU R] já teve problemas para conservar um emprego?	1	5	7	8	9
*CH62. Ela mentia muito?	1	5		8	9
*CH63. Frequentemente se envolvia em brigas?	1	5		8	9
*CH64. Alguma vez ela se envolveu em atividades criminais como roubo ou venda de bens roubados?	1	5		8	9
*CH65. Alguma vez ela foi detida ou mandada para a prisão?	1	5		8	9
*CH66. Alguma vez ela abandonou a família ou ficou saindo com vários homens?	1	5		8	9

***CH67.** A (MULHER QUE CRIOU R) alguma vez tentou cometer suicídio?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

***CH68.** Quem foi o homem que passou mais tempo criando e educando o(a) Sr(a).?

PAI BIOLÓGICO..... 1
 PAI ADOTIVO 2
 PADRASTO..... 3
 PAI DE CRIAÇÃO 4
 OUTRO FAMILIAR HOMEM..... 5
 PAJEM 6
 NENHUM HOMEM 7 **VÁ PARA *CH98a**
 OUTRO (ESPECIFICAR)..... 8

 NÃO SABE 98 **VÁ PARA *CH98a**
 RECUSOU 99 **VÁ PARA *CH98a**

***CH69.1.** Quanto o(a) Sr(a). era emocionalmente ligado(a) a ele durante o seu crescimento --- muito ligado(a), moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO 1
 MODERADAMENTE..... 2
 UM POUCO 3
 NADA..... 4
 NÃO SABE 8
 RECUSOU..... 9

*CH69.2. (SE NEC: O(A) Sr(a). diria muito, moderado/moderadamente, um pouco, ou nenhum/nada?)	MUITO (1)	MOD (2)	POUCO (3)	NEN/ NADA (4)	NS (8)	REC (9)
*CH69.2a. Quanto amor e afeto ele lhe dava? --- muito, moderado, um pouco, ou nenhum?	1	2	3	4	8	9
*CH69.2b. Quanto ele se empenhava em tomar conta de o(a) Sr(a). e garantir que tivesse uma boa formação? (Muito, moderadamente, um pouco, ou nada?)	1	2	3	4	8	9
*CH69.2c. Quanto ele impedia que o(a) Sr(a). fizesse as coisas que outros(as) garotos(as) de sua idade podiam fazer? (Muito, moderadamente, um pouco, ou nada?)	1	2	3	4	8	9
*CH69.2d. Quanto ele era rigoroso com as regras que impunha a o(a) Sr(a).? (Muito, moderadamente, um pouco, ou nada?)	1	2	3	4	8	9

*CH71. Durante o seu crescimento, o (HOMEM QUE CRIOU R) teve algum período de 2 semanas ou mais em que ele ficava triste ou deprimido a maior parte do tempo?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH76**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH76**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH76**

*CH71a. Isto ocorreu durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?

TODA 1
 A MAIOR PARTE..... 2
 A METADE 3
 UM POUCO..... 4
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

*CH72. Durante o tempo em que a depressão dele esteve pior, ele também tinha outros sintomas como baixa energia, mudanças no sono ou apetite, e dificuldades de concentração?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH76**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH76**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH76**

*CH74. Alguma vez ele recebeu tratamento profissional para depressão?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH75**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *CH75**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH75**

*CH74a. Alguma vez ele teve que passar a noite no hospital por causa da depressão?

SIM..... 1
 NÃO5
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU9

***CH75.** A depressão interferia muito na vida dele ou em suas atividades?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***CH76.** Durante o seu crescimento, o (HOMEM QUE CRIOU R) teve períodos de um mês ou mais em que ficava constantemente nervoso, irritado, ou ansioso?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH81**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *CH81**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH81**

***CH76a.** Isto ocorreu durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?

TODA 1
 A MAIOR PARTE..... 2
 A METADE 3
 UM POUCO..... 4
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***CH77.** Durante o tempo em que o nervosismo dele esteve pior, ele também tinha outros sintomas como inquietação, irritação, cansaço fácil e dificuldade para dormir?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH81**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *CH81**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH81**

***CH79.** Alguma vez ele recebeu tratamento profissional para o nervosismo?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH80**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *CH80**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH80**

***CH79a.** Alguma vez ele teve que passar a noite no hospital por causa do nervosismo?

SIM..... 1
 NÃO5
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU9

***CH80.** O nervosismo interferiu muito na vida dele ou em suas atividades?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***CH81.** Durante o seu crescimento, o (HOMEM QUE CRIOU R) alguma vez se queixou de ataques de ansiedade quando de repente sentia-se amedrontado, ansioso, ou em pânico?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH82**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *CH82**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH82**

***CH81a.** Alguma vez ele comentou que durante esses ataques seu coração batia acelerado, ou ficava com falta de ar, sentia-se mal, ou ficava com medo de morrer?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***CH82.** Durante o seu crescimento, o (HOMEM QUE CRIOU R) já teve problemas com álcool ou drogas?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH91**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *CH91**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH91**

***CH86.** Ele teve esse problema durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?

TODA..... 1
 A MAIOR PARTE 2
 A METADE..... 3
 UM POUCO 4
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

***CH89.** Alguma vez ele recebeu tratamento profissional para o seu uso de álcool ou drogas?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *CH90**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *CH90**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH90**

***CH89a.** Alguma vez ele teve que passar a noite no hospital por causa do uso de álcool ou drogas?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***CH90.** Até que ponto o uso de álcool ou drogas interferia na vida dele ou em suas atividades --- muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO..... 1
 MODERADAMENTE 3
 UM POUCO 4
 NADA 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

ANEXO 3

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (PT)

ATENÇÃO ENTREVISTADOR: EM TODO O QUESTIONÁRIO, VOCÊ NÃO DEVE VOLTAR PARA FAZER PERGUNTAS ANTERIORES, POIS ELAS VOLTAM A SE REPETIR. SIGA OS SALTOS.

(CAD, PG 28. PARA CADA ITEM CONFIRMADO, PEÇA A R PARA MARCAR NO CADERNO.) Nesta parte da entrevista, perguntaremos sobre experiências muito estressantes que podem ter acontecido em sua vida. Por favor, olhe na página 28 de seu caderno.

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*PT6. O(A) Sr(a). já foi seqüestrado(a) ou mantido(a) em cativeiro, sem que tenha sido um sequestro-relâmpago?	1 VÁ P/ *PT34 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT7. O(A) Sr(a). já foi exposto(a) a alguma substância química tóxica ou outra substância que poderia causar-lhe danos sérios?	1 VÁ P/ *PT35 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT8. O(A) Sr(a). já esteve envolvido(a) em um acidente de automóvel ou atropelamento com risco de vida?	1 VÁ P/ *PT36 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT9. O(A) Sr(a). já teve algum outro acidente com risco de vida, inclusive em seu trabalho?	1 VÁ P/ *PT37 E CODIFIQUE '1'	5	8	9

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*PT11. O(A) Sr(a). já esteve em um desastre provocado pelo homem, como um incêndio começado por um cigarro, ou uma explosão?	1 VÁ P/ *PT39 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT12. O(A) Sr(a). já teve uma doença com risco de vida?	1 VÁ P/ *PT40 E CODIFIQUE '1'	5	8	9

*PT13. Quando criança, alguma vez o(a) Sr(a). apanhou muito de seus pais ou das pessoas que o(a) criaram?	1 VÁ P/ *PT41 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT14. Alguma vez o(a) Sr(a). apanhou muito de um cônjuge ou parceiro(a) romântico(a)?	1 VÁ P/ *PT42 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT15. Alguma vez o(a) Sr(a). apanhou muito de qualquer outra pessoa?	1 VÁ P/ *PT43 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT16. O(A) Sr(a). já foi alguma vez rendido, assaltado(a) ou ameaçado(a) com uma arma?	1 VÁ P/ *PT44 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT17. As duas próximas perguntas são sobre agressão sexual. A primeira é sobre estupro. Definimos isso como alguém tendo relações sexuais com o(a) Sr(a). ou penetrando seu corpo com um dedo ou objeto quando o(a) Sr(a). não queria que o fizesse, seja através de ameaça ou do uso de força. Isso já lhe aconteceu alguma vez na vida?	1 VÁ P/ *PT45 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT18. Sem ser estupro, o(a) Sr(a). foi alguma vez sexualmente agredido(a) ou molestado(a)?	1 VÁ P/ *PT46 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT19. Alguém já lhe perseguiu – isto é, seguiu-o(a) ou controlou suas atividades de modo a fazê-lo(a) sentir-se em sério perigo?	1 VÁ P/ *PT47 E CODIFIQUE '1'	5	8	9

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*PT20. Alguém muito próximo do(a) Sr(a). já morreu de repente; por exemplo, em acidente, foi assassinado, cometeu suicídio, ou teve um ataque cardíaco ainda jovem?	1 VÁ P/ *PT48 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT21. O(A) Sr(a). já teve um filho ou filha que teve uma doença ou ferimento que representasse risco de vida?	1 VÁ P/ *PT49 E CODIFIQUE '1'	5	8	9

*PT22. Alguém muito próximo do(a) Sr(a). já teve uma experiência extremamente traumática, como ser seqüestrado(a), torturado(a) ou estuprado(a)?	1 VÁ P/ *PT50 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT22.1 Quando o(a) Sr(a). era criança, alguma vez o(a) Sr(a). presenciou uma briga séria, com agressão física, na sua casa?	1 VÁ P/ *PT50.1 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT23. O(A) Sr(a). já viu alguém ser gravemente ferido ou morto, ou inesperadamente viu um cadáver?	1 VÁ P/ *PT51 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT24. O(A) Sr(a). já <u>fez</u> algo que <u>acidentalmente</u> causou ferimentos graves em alguém ou a morte de alguma pessoa?	1 VÁ P/ *PT52 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT25. O(A) Sr(a). alguma vez feriu gravemente, torturou, ou matou alguma pessoa <u>propositadamente</u> ?	1 VÁ P/ *PT53 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT26. O(A) Sr(a). já viu atrocidades ou carnificinas, como corpos mutilados ou matanças em massa?	1 VÁ P/ *PT54 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT26.1 O(A) Sr(a). já foi vítima de um seqüestro-relâmpago?	1 VÁ P/ *PT54.1 CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT27. O(A) Sr(a). já experimentou alguma <u>outra experiência</u> extremamente traumática ou com risco de vida sobre a qual ainda não lhe perguntei?	1 VÁ P/ *PT55 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
*PT28. Às vezes as pessoas têm experiências sobre as quais não querem falar em entrevistas. Não vou pedir-lhe que descreva nada assim, mas, sem me dizer o que foi, o(a) Sr(a). já passou por alguma experiência traumática que não relatou porque não queria falar sobre ela?	1 VÁ P/ *PT57 E CODIFIQUE '1'	5	8	9
		VÁ PARA *PH1, PRÓXIMA SEÇÃO		

		IDADE	DURAÇÃO
ENTREVISTADOR: SE A EXPERIÊNCIA FOR CONFIRMADA, FAÇA AS PERGUNTAS SUBSEQÜENTES À DIREITA.		SIM (1)	NÃO (5)
<p>*PT34. (FRASE-CHAVE: seqüestrado(a))</p> <p>O(A) Sr(a). já foi seqüestrado(a) ou mantido(a) em cativeiro, sem que tenha sido um seqüestro-relâmpago?</p> <p>NS.....8 REC.....9</p>		<p>1</p> <p>REGISTRE A EXPERIÊN CIA NO CARTÃO REF</p>	<p>5</p>
		Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na <u>primeira</u> vez em que esteve nessa situação?	Por quanto tempo o(a) Sr(a). ficou em cativeiro?
		*PT34a. _____ ANOS NS998 REC.....999	*PT34b. _____ DIAS.....1 SEMANAS...2 MESES3 ANOS4 NS998 REC.....999
ENTREVISTADOR: SE O RESPONDENTE INFORMAR ESPONTANEAMENTE SOBRE VÁRIAS OCORRÊNCIAS DESSE TIPO DE EXPERIÊNCIA, ANOTE A IDADE E A DURAÇÃO DA <u>SEGUNDA</u> OCORRÊNCIA.		*PT34c. _____ ANOS NS998 REC.....999	*PT34d. _____ DIAS.....1 SEM.....2 MESES3 ANOS4 NS998 REC.....999

		IDADE	Nº VEZES
<p>ENTREVISTADOR: SE A EXPERIÊNCIA FOR CONFIRMADA, FAÇA AS PERGUNTAS SUBSEQÜENTES À DIREITA. REGISTRE NO CARTÃO REF SEÇÃO *PT, COLUNA Nº DE VEZES</p>		<p>SIM (1)</p>	<p>NÃO (5)</p>
		<p>Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando o(a) Sr(a). <u>descobriu</u> sobre (essa exposição/ uma dessas exposições) pela <u>primeira vez</u>?</p>	<p>Quantas vezes (isso aconteceu em sua vida)?</p> <p>ANOTE O NÚMERO DE VEZES NO CARTÃO REF</p>
<p>*PT35. (FRASE-CHAVE: exposição a substância química tóxica)</p> <p>O(A) Sr(a). já foi exposto(a) a alguma substância química tóxica que poderia causar-lhe danos graves?</p> <p>NS.....8 REC.....9</p> <p>SE INF “TALVEZ, NÃO TENHO CERTEZA,” CODIFIQUE NS.</p>	<p>1</p> <p>REGISTRE A EXPERIÊNCIA NO CARTÃO REF</p>	<p>5</p> <p>ANOS</p> <p>NS998 REC.....999</p>	<p>*PT35b.</p> <p>VEZES</p> <p>NS998 REC999</p> <p>ANOTE O NÚMERO DE VEZES NO CARTÃO REF</p>

		IDADE	Nº VEZES
<p>ENTREVISTADOR: SE A EXPERIÊNCIA FOR CONFIRMADA, FAÇA AS PERGUNTAS SUBSEQÜENTES À DIREITA. REGISTRE NO CARTÃO REF SEÇÃO *PT, COLUNA Nº DE VEZES</p>		<p>SIM (1)</p>	<p>NÃO (5)</p>
		<p>Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na <u>primeira</u> vez (que isso aconteceu)?</p>	<p>Quantas vezes (isso aconteceu em sua vida)?</p> <p>ANOTE O NÚMERO DE VEZES NO CARTÃO REF</p>
<p>*PT36. (FRASE-CHAVE: acidente de automóvel)</p> <p>O(A) Sr(a). já esteve envolvido(a) em um acidente de automóvel ou atropelamento com risco de vida?</p> <p>NS.....8 REC.....9</p>	<p>1</p> <p>REGISTRE A EXPERIÊNCIA NO CARTÃO REF</p>	<p>5</p> <p>ANOS</p> <p>NS998 REC.....999</p>	<p>*PT36b.</p> <p>VEZES</p> <p>NS998 REC999</p> <p>ANOTE O NÚMERO DE VEZES NO CARTÃO REF</p>
<p>*PT37. (FRASE-CHAVE: acidente com risco de vida)</p> <p>O(A) Sr(a). já teve algum outro acidente com risco de vida, inclusive no trabalho?</p> <p>NS.....8 REC.....9</p>	<p>1</p> <p>REGISTRE A EXPERIÊNCIA NO CARTÃO REF</p>	<p>5</p> <p>ANOS</p> <p>NS998 REC.....999</p>	<p>*PT37b.</p> <p>VEZES</p> <p>NS998 REC999</p> <p>ANOTE O NÚMERO DE VEZES NO</p>

				CARTÃO REF	
<p>*PT39. (FRASE-CHAVE: desastre provocado pelo homem)</p> <p>[Além da(s) vez(es) que já me contou,] O(A) Sr(a). já esteve em um desastre provocado pelo homem, como um incêndio provocado por um cigarro ou uma explosão?</p> <p>NS.....8 REC.....9</p> <p>ENTREVISTADOR: NÃO REGISTRE EXPOSIÇÃO A SUBSTÂNCIA QUÍMICA TÓXICA.</p>	1	5	<p>*PT39a.</p> <p>_____</p> <p>ANOS</p> <p>NS 998 REC 999</p>	<p>*PT39b.</p> <p>_____</p> <p>VEZES</p> <p>NS 998 REC 999</p> <p>ANOTE O NÚMERO DE VEZES NO CARTÃO REF</p>	
					<p>REGISTRE A EXPERIÊNCIA NO CARTÃO REF</p>
<p>*PT40. (FRASE-CHAVE: doença com risco de vida)</p> <p>O(A) Sr(a). já teve uma doença com risco de vida?</p> <p>NS.....8 REC.....9</p>	1	5	<p>*PT40a.</p> <p>_____</p> <p>ANOS</p> <p>NS 998 REC 999</p>	<p>*PT40b.</p> <p>_____</p> <p>VEZES</p> <p>NS 998 REC 999</p> <p>ANOTE O NÚMERO DE VEZES NO CARTÃO REF</p>	
					<p>REGISTRE A EXPERIÊNCIA NO CARTÃO REF</p>
<p>ENTREVISTADOR: SE A EXPERIÊNCIA FOR CONFIRMADA, FAÇA AS PERGUNTAS SUBSEQÜENTES À DIREITA. REGISTRE NO CARTÃO REF SEÇÃO *PT, COLUNA Nº DE VEZES</p>				IDADE	Nº VEZES
		SIM (1)	NÃO (5)	Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na <u>primeira</u> vez?	Quantas vezes (isso aconteceu em sua vida)?
				SE OCORREU DURANTE UM PERÍODO DA VIDA DE R, ANOTE 995.	
<p>*PT41. (FRASE-CHAVE: surrado(a) quando criança por cuidador(a))</p> <p>Quando criança, alguma vez o(a) Sr(a). apanhou muito de seus <u>pais</u> ou das pessoas que o(a) criaram?</p> <p>NS.....8 REC.....9</p>	1	5	<p>*PT41a.</p> <p>_____</p> <p>ANOS</p> <p>NS 998 REC 999</p>	<p>*PT41b.</p> <p>_____</p> <p>VEZES</p> <p>NS 998 REC 999</p> <p>ANOTE O Nº DE VEZES NO CARTÃO REF</p>	
					<p>REGISTRE A EXPERIÊNCIA NO CARTÃO REF</p>
<p>*PT42. (FRASE-CHAVE: surrado(a) por um cônjuge ou parceiro(a) romântico(a))</p> <p>Alguma vez O(A) Sr(a). apanhou muito de um cônjuge ou parceiro(a) romântico(a)?</p> <p>NS.....8 REC.....9</p>	1	5	<p>*PT42a.</p> <p>_____</p> <p>ANOS</p> <p>NS 998 REC 999</p>	<p>*PT42b.</p> <p>_____</p> <p>VEZES</p> <p>NS 998 REC 999</p> <p>ANOTE O Nº DE VEZES NO CARTÃO REF</p>	
					<p>REGISTRE A EXPERIÊNCIA NO CARTÃO REF</p>
<p>*PT43. (FRASE-CHAVE: surrado(a) por outra pessoa)</p>	1	5	<p>*PT43a.</p>	<p>*PT43b.</p>	

<p>O(A) Sr(a). já foi surrado(a) por alguma <u>outra</u> pessoa?</p> <p>NS8 REC9</p>	<p>EXPERIÊN CIA NO CARTÃO REF</p>		<p>_____</p> <p>ANOS</p> <p>NS998 REC999</p>	<p>_____</p> <p>VEZES</p> <p>NS998 REC999 ANOTE O N^o DE VEZES NO CARTÃO REF</p>
<p>*PT44. (FRASE-CHAVE: assaltado(a) ou ameaçado(a) com uma arma)</p> <p>O(A) Sr(a). já foi rendido(a), assaltado(a), ou ameaçado(a) com uma arma?</p> <p>NS8 REC9</p>	<p>1</p> <p>REGISTRE EXPERIÊN CIA NO CARTÃO REF</p>	<p>5</p>	<p>*PT44a.</p> <p>_____</p> <p>ANOS</p> <p>NS998 REC999</p>	<p>*PT44b.</p> <p>_____</p> <p>VEZES</p> <p>NS998 REC999 ANOTE O N^o DE VEZES NO CARTÃO REF</p>
<p>*PT45. (FRASE-CHAVE: estupro(a))</p> <p>As duas próximas perguntas são sobre agressão sexual. A primeira é sobre estupro. Definimos isso como alguém tendo relações sexuais com o(a) Sr(a). ou penetrando seu corpo com um dedo ou objeto quando o(a) Sr(a). não queria que o fizesse, seja através de ameaça a o(a) Sr(a). ou de uso da força. Isso já lhe aconteceu alguma vez na vida?</p> <p>NS8 REC9</p>	<p>1</p> <p>REGISTRE EXPERIÊN CIA NO CARTÃO REF</p>	<p>5</p>	<p>*PT45a.</p> <p>_____</p> <p>ANOS</p> <p>NS998 REC999</p>	<p>*PT45b.</p> <p>_____</p> <p>VEZES</p> <p>NS998 REC999 ANOTE O N^o DE VEZES NO CARTÃO REF</p>

ANEXO 4

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO SUJEITO DA PESQUISA.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:..... SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO:../../....

ENDEREÇO:.....

.....Nº.....APT.....

BAIRRO:..... CIDADE.....

CEP:..... TEL.RES.:DDD (.....).....

TEL. COML.: DDD (.....).....CELULAR: DDD (.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE:..... SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO:../../....

ENDEREÇO:.....

.....Nº.....APT.....

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP:..... TEL. RES.: DDD (.....).....

TEL. COML.: DDD (.....).....CELULAR: DDD (.....).....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA “São Paulo Megacity – Pesquisa sobre saúde, bem-estar e estresse” (transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica)”

PESQUISADOR: Dr^a Laura Helena Silveira de Andrade

CARGO/FUNÇÃO: Médica Assistente

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 34 566

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO X RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 12 MESES

III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa: O objetivo deste estudo é verificar como as pessoas, acima de 17 anos e residente na Região Metropolitana de São Paulo, se ajustam às experiências estressantes da vida e quais as consequências dessas experiências em sua saúde física e mental. Serão estudadas doenças importantes como depressão, pressão alta, dependência de álcool e diabetes que, com frequência, afetam a qualidade de vida das pessoas, além de identificar quais as melhores formas de ajudar as pessoas que procuram tratamento para estes problemas de saúde. Tal estudo será realizado por uma equipe de profissionais especializados em saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Seu resultado será importante para que os profissionais de saúde tenham maior compreensão de como estes problemas ocorrem e como preveni-los, para que as autoridades de saúde possam planejar os serviços que atendem a população.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: Um entrevistador, devidamente treinado e supervisionado por um centro de coordenação no Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, se identificará com um documento e irá agendar uma entrevista com você em seu domicílio ou qualquer outro local público que você determine. Você poderá confirmar a identificação deste profissional telefonando para o número (11) 3038-1850. Esta entrevista terá duração variada, dependendo de algumas respostas suas ao longo dela.

3. Desconfortos físicos esperados: O desconforto que poderá surgir se relaciona, principalmente, à duração da entrevista e ao tipo de pergunta feita. As perguntas incluirão temas relacionados a sua saúde física e mental, à sua vida familiar, ao seu trabalho. Não existem respostas certas ou erradas. Toda informação que você puder dar será de muito valor.

4. Benefícios que poderão ser obtidos: É uma oportunidade única para você contribuir com o planejamento dos serviços de saúde, relatando suas dificuldades e necessidades. Qualquer problema de saúde detectado em você em alguma etapa do estudo será analisado pelo centro de coordenação e você será encaminhado para tratamento no local mais adequado.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: Não existem procedimentos alternativos. Se você se negar a participar, não poderá ser substituído, pois procedimentos estatísticos rigorosos foram utilizados para selecionar seu domicílio e sua pessoa. Cerca de 5.500 pessoas na Região Metropolitana de São Paulo participarão deste estudo.

IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 5



DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa**APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23.10.03, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **792/03**, intitulado: "Transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica" apresentado pelo Departamento de PSQUIATRIA, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: **DRA. LAURA HELENA SILVEIRA GUERRA DE ANDRADE**

CAPPesq, 23 de Outubro de 2003.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")

DEPTO. DE PSQUIATRIA DA FMUSP
Recebido em 29/10/03
Por: ah30 fmm-



Recebido: 31/01/05, às 10h 15 - *WR*
 Departamento de Psiquiatria da FMUSP

Ao

Departamento de Psiquiatria

O Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 17.01.05, acatou a solicitação de mudança de título do Protocolo de Pesquisa nº **792/03** - "Transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica", para "São Paulo Megacity - Pesquisa sobre saúde, bem estar e estresse (Transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica)".

Pesquisador(a) Responsável: **PROFA. DRA. LAURA HELENA SILVEIRA GUERRA DE ANDRADE**

CAPPesq, 17 de Janeiro de 2005.

Euclides Ayres de Castilho
PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
 Presidente da Comissão Ética para Análise
 de Projetos de Pesquisa