

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

ANDRESSA JACONDINO PIRES

**TRAUMA NA INFÂNCIA E TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:
UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

Pelotas
2016

ANDRESSA JACONDINO PIRES

**TRAUMA NA INFÂNCIA E TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:
UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

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

Orientadora: Luciana de Avila Quevedo

Pelotas
2016

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas que foram essenciais durante estes quase 2 anos de Mestrado e ao longo da minha formação.

À professora Luciana Quevedo, minha orientadora, meu mais profundo obrigada pela incansável ajuda, pela paciência, ensinamentos e pela confiança em mim depositada. Pelos dias, noites e madrugadas de trabalho, sempre me incentivando e animando. Jamais esquecerei.

À Mariana Bonati, colega que se tornou amiga, e que por diversas vezes se mostrou disponível para colaborar com seus conhecimentos, com enorme boa vontade.

Ao professor Ricardo Azevedo da Silva, que possibilitou que eu cruzasse por este caminho de pesquisa, sendo o primeiro a me orientar e guiar meus passos quando ainda era bolsista de iniciação científica, no início da graduação.

A todas as bolsistas que participaram deste estudo, em especial Lidiane, Laura e Mara, que se dispuseram a encontrar "controles", sem os quais este estudo não seria possível.

Às colegas Jéssica Trettim, Rafaelle Stigger, Viviane Tabeleão e Carolina Scholl pela troca constante de conhecimento, e por tornarem o ambiente leve e agradável.

À banca, Dr. Ricardo Azevedo da Silva e Dr. Hudson Cristiano Wander de Carvalho por aceitarem avaliar meu trabalho.

A minha mãe, Norma Jacondino Pires, por ter me apoiado em todos os momentos, por entender minha ausência e sempre me incentivar a crescer e conquistar meus objetivos.

RESUMO

Objetivo: Verificar a relação entre trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo (TOC), em indivíduos de 18 a 60 anos, em Pelotas-RS. Método: Caso-controle aninhado a um estudo longitudinal com pacientes com TOC. Foi utilizado o método de pareamento para tornar os casos e os controles comparáveis em relação a sexo, idade e residentes na mesma localização geográfica. Para diagnosticar TOC ou algum outro transtorno foi utilizada a MINI Plus, versão brasileira 5.0.0, baseada nos critérios do DSM –IV-TR. A percepção de trauma na infância foi avaliada através do CTQ. Para avaliar o uso de substâncias utilizou-se o ASSIST, sendo usado para análise dos dados apenas abuso de álcool. Resultados: 57 casos e 57 controles foram analisados, 71,9% das mulheres com idade média de 35,7 anos (DP \pm 11,7) e 35,6 anos (DP \pm 11,7), respectivamente. Não houve diferença entre as proporções de casos e controles em relação ao estado civil, tratamento psicológico ou psiquiátrico, uso de medicação psiquiátrica e abuso de drogas ($p < 0,001$). Na análise ajustada, o TOC permaneceu associado à negligência física e negligência emocional ($p < 0,001$). Foi encontrada relação entre abuso físico e classe socioeconômica baixa. Conclusão: A identificação de fatores precoces, como o trauma na infância, pode colaborar para a elaboração de métodos de prevenção ao TOC.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo compulsivo, Trauma na infância, Criança.

ABSTRACT

Objective: To investigate the relationship between childhood trauma and obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals from 18 to 60 years old, in Pelotas-RS.

Method: Case-control nested in a longitudinal study of patients with OCD. The method of matching was used to make cases and controls comparable on gender, age and residing in the same geographical location. To diagnose OCD or any other disorder, MINI Plus was used. The perception of childhood trauma was assessed by CTQ. ASSIST was used to evaluate the use of substances, and only alcohol abuse was used in data analysis. **Results:** 57 cases and 57 controls were analyzed, 71.9% women with mean age of 35.7 years ($SD \pm 11.7$) and 35.6 years ($SD \pm 11.7$), respectively. There was no difference between the proportions of cases and controls in relation to marital status, psychological or psychiatric treatment, use of psychiatric medication and drug abuse ($p < 0.001$). In adjusted analysis, OCD remained associated with physical neglect and emotional neglect ($p < 0.001$). Relationship was found between physical abuse and low socioeconomic class. **Conclusion:** The identification of early factors, such as childhood trauma, can contribute to the development of prevention methods for OCD.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Child abuse, Child.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cronograma	25
Quadro 2 - Orçamento.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Characteristics of the sample	41
Tabela 2 – Distribution of the sample and comparison between means of childhood trauma domains.....	42
Tabela 3 – Adjusted analysis of childhood trauma domains in individuals with and without OCD.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Analysis of Variance
ASSIST	Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias
CID	Código Internacional de Doenças
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DP	Desvio-padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EUA	Estados Unidos da América
MINI	Mini Internacional Neuropsychiatric Interview
RS	Rio Grande do Sul
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UCPel	Universidade Católica de Pelotas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
PROJETO.....	12
1 IDENTIFICAÇÃO.....	14
1.1 Título	14
1.2 Mestranda.....	14
1.3 Orientador	14
1.4 Instituição	14
1.5 Curso	14
1.6 Linha de pesquisa	14
1.7 Data	14
2 INTRODUÇÃO	15
3 OBJETIVOS	16
4 HIPÓTESES	17
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
6 MÉTODO	22
6.1 Delineamento	22
6.2 Participantes	22
6.3 Procedimentos e instrumentos.....	23
6.4 Análise dos dados.....	24
6.5 Aspectos éticos	24
6.6 Cronograma	25
6.7 Orçamento	25
7 REFERÊNCIAS	26

8 ARTIGO.....	29
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO.....	50
ANEXOS	51
Anexo A: Termo de consentimento livre e esclarecido (caso).....	51
Anexo B: Termo de consentimento livre e esclarecido (controle).....	53
Anexo C: Carta de aprovação do comitê de ética.....	55
Anexo D: MINI – Módulos A e I	56
Anexo E: Questionário.....	58

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação aborda a relação entre trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo, em indivíduos da cidade de Pelotas-RS.

Este trabalho está dividido em duas partes: a primeira referente ao projeto, intitulado Trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo: um estudo caso-controle, e a segunda referente ao artigo resultante do projeto.

A primeira parte – Projeto - está subdividida em Introdução, Objetivos, Fundamentação Teórica, Método e Referências.

A segunda parte – Artigo - diz respeito ao artigo resultante do projeto, intitulado Trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo: um estudo caso-controle.

Em anexo os instrumentos utilizados no estudo.

PARTE I – PROJETO

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

ANDRESSA JACONDINO PIRES

**TRAUMA NA INFÂNCIA E TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:
UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

Pelotas

2012

ANDRESSA JACONDINO PIRES

**TRAUMA NA INFÂNCIA E TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:
UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

Projeto de pesquisa elaborado para a qualificação do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, sob a orientação da Prof^a Dr^a Luciana de Avila Quevedo.

Pelotas

2012

1.IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo: um estudo caso-controlado

1.2 Designação de titulação pretendida pelo autor: Mestre

1.3 Nome do autor: Andressa Jacondino Pires

1.4 Orientador: Luciana de Avila Quevedo

1.5 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.6 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.7 Linha de pesquisa: Epidemiologia

1.8 Data: 09/10/2012

2. INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é um transtorno de ansiedade que se caracteriza por obsessões e compulsões, que podem aparecer isoladas ou concomitantemente. Obsessões são pensamentos intrusivos e recorrentes que podem vir acompanhados por uma compulsão, ou seja, ato ou comportamento realizado com o objetivo de aliviar a ansiedade do indivíduo. Tais pensamentos são reconhecidos pelo paciente como irracionais e excessivos¹.

O TOC está entre os cinco transtornos mentais mais comuns e tem uma prevalência de cerca de 3%, sendo mais comum em mulheres (2,2%) do que em homens (1,6%)^{1,2}. O início dos sintomas ocorre mais frequentemente no início da segunda década de vida, principalmente entre as mulheres, já que os homens apresentam um início mais precoce, geralmente no início da adolescência³.

Até o presente momento não foram esclarecidas, ainda, as verdadeiras causas do TOC. Existem evidências de que diversos fatores de ordem biológica e psicológica possam contribuir para o aparecimento e a manutenção dos sintomas⁴. Entre os possíveis fatores psicológicos ligados ao desenvolvimento do TOC está o trauma infantil, já que, segundo Seganfredo *et al*⁵, eventos traumáticos da infância são provavelmente os meios de investigação mais promissores de serem analisados para determinar a influência ambiental no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

Sabe-se que o abuso físico sofrido na infância leva ao desenvolvimento de depressão na vida adulta^{6,7} e que os transtornos de humor, como o transtorno bipolar, estão diretamente ligados a traumas sofridos na infância, especialmente abuso sexual⁸. Porém, estudos que mostrem a relação entre trauma na infância e TOC ainda são raros.

Pela diversidade com que se apresenta e pela gravidade dos sintomas, é importante que as causas do TOC sejam descobertas. Assim, o objetivo deste estudo é verificar a relação entre trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo, em indivíduos que tenham entre 18 e 60 anos, na cidade de Pelotas-RS.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Verificar a relação entre trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo, em indivíduos entre 18 e 60 anos, na cidade de Pelotas-RS.

3.2 Específico

Analisar fatores associados à presença do TOC, como sexo, uso de álcool e comorbidades.

4. HIPÓTESES

- As médias de trauma na infância serão mais altas em quem tem TOC;
- Mulheres serão mais propensas ao diagnóstico de TOC do que homens;
- As pessoas que têm TOC consomem mais álcool;
- Quanto mais comorbidades ao TOC mais altas as médias de trauma na infância.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Estratégias de busca

Pubmed – Busca realizada por descritores

- *(obsessive compulsive disorder) OR (OCD): 13572 resumos*
- *obsessive compulsive disorder: 12955 resumos*
- *trauma: 799091 resumos*
- *childhood trauma: 10185 resumos*
- *(obsessive compulsive disorder) AND (trauma): 305 resumos*
- *(obsessive compulsive disorder) AND (childhood trauma): 29 resumos*

Dos resumos encontrados, 18 deles foram utilizados no estudo.

Lilacs - Busca realizada por descritores

- *obsessive compulsive disorder: 345 resumos*
- *trauma: 8224 resumos*
- *childhood trauma: 119 resumos*
- *obsessive compulsive symptoms: 67 resumos*

Dos resumos encontrados, 9 deles foram utilizados no estudo.

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados.

5.2. *Corpo da revisão*

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é considerado um transtorno mental grave, que interfere significativamente na vida das pessoas e provoca grande sofrimento, visto que as obsessões e compulsões, muitas vezes, as impedem de realizar suas tarefas diárias e tomam um tempo considerável de suas rotinas. Acomete entre 0,3 e 3% da população^{9,10}, seu curso é crônico e se não for tratado pode perdurar a vida toda.

Os sintomas do TOC variam em intensidade, de acordo com características individuais e em alguns casos podem ser incapacitantes. O início dos sintomas ocorre geralmente entre a segunda e a terceira década de vida¹¹, sendo que seu desencadeamento após os 40 anos de idade é considerado raro. É mais comum em mulheres, usuários de álcool e em indivíduos que apresentam outras patologias¹².

Segundo Torresan *et al*¹³, em uma revisão sobre estudos referentes à qualidade de vida em pacientes com TOC, este transtorno está entre os 10 mais incapacitantes. De acordo com sua gravidade pode causar isolamento social do paciente, que possui consciência de sua doença e sabe que suas manifestações são consequências do transtorno, o que o leva a sentir constrangimento e culpa. Mesmo sabendo que seus pensamentos e ações são irracionais, o paciente enfrenta limitações e dificilmente consegue, sozinho, superar os sintomas.

A etiologia do TOC ainda é indefinida, porém, existe grande interesse em tentar demonstrar a relação entre o transtorno e fatores biológicos e psicológicos. Entre os fatores de ordem psicológica estão as aprendizagens errôneas e crenças distorcidas, que podem estar relacionadas à educação, cultura e ambiente. Tais crenças podem estar ligadas à presença de eventos traumáticos ocorridos na infância⁴.

O trauma é visto como resultado de algum acontecimento, o qual pressupõe uma experiência de dor e sofrimento, principalmente emocional, e traz como consequência prejuízo psíquico. Outro fator é a exacerbação do medo, que pode conduzir ao estresse e afetar o comportamento e o pensamento da vítima, que fará de tudo para evitar reviver o evento que lhe traumatizou⁴.

Um evento traumático envolve uma experiência ou série de experiências repetidas que afetam a maneira de o indivíduo lidar com idéias ou emoções envolvidas com aquela experiência. O trauma pode ser causado por tipos diferentes de eventos, mas existem alguns aspectos em comum entre eles. Geralmente envolve o sentimento de completo desamparo diante de uma ameaça real ou subjetiva à própria vida⁵. Crianças vítimas de abuso ou negligência despendem grande quantidade de energia e de seu tempo evitando memórias ou

situações que as remetam ao trauma vivido, do mesmo modo como tentam evitar e reprimir suas emoções¹⁴. Ainda no que se refere às prováveis consequências do trauma na infância, estudos epidemiológicos evidenciaram que vítimas de abuso sexual infantil são mais propensas ao diagnóstico de TOC, fobia social e agorafobia¹⁵.

Vivências traumáticas podem estar ligadas ao desenvolvimento de crenças errôneas. Briggs e Price⁴ propõem que experiências traumáticas sofridas na infância levam o indivíduo a desenvolver crenças gerais sobre responsabilidade pessoal acerca do trauma, o que faz gerar, então, interpretações errôneas acerca de um pensamento intrusivo.

Alguns estudos têm demonstrado que pensamentos considerados intrusivos são frequentes na população em geral e não apenas em indivíduos com TOC. A diferença entre estes pensamentos, ditos “normais”, e uma obsessão está no grau de responsabilidade pessoal atribuída ao pensamento, o qual pode causar ou prevenir prejuízo a si mesmo ou aos outros¹⁶.

Segundo Sookman, Pinard, e Beauchemin¹⁷, crenças disfuncionais e esquemas cognitivos relacionados com a dificuldade frente à mudança, emoções intensas, e uma necessidade excessiva de controle, podem colaborar para o desenvolvimento de TOC, naqueles indivíduos vítimas de trauma infantil. Porém, ainda que tal relação exista, não é possível afirmar se estas crenças disfuncionais são uma causa ou uma consequência dos sintomas do TOC^{18,19,20}.

Há evidência de que populações traumatizadas têm maior predisposição a serem diagnosticadas com TOC, do que aquelas não traumatizadas²¹. Em estudo de amostra comunitária nos Estados Unidos, verificou-se que indivíduos que foram abusados sexualmente na infância eram cinco vezes mais suscetíveis a ter TOC, em comparação com indivíduos que não sofreram abuso¹⁵.

Estudo transversal realizado em Israel mostrou que o trauma possui forte relação com o TOC, sendo que pacientes com este diagnóstico relataram maior exposição à violência sexual (estupro) e um percentual duas vezes maior de tentativas de suicídio, se comparados com indivíduos sem TOC²².

Em 2008 foi realizado um estudo transversal nos EUA, o qual apontou que o trauma na infância desempenha um pequeno, mas significativo papel no desenvolvimento do TOC. Tal estudo foi realizado com amostra de estudantes universitários, sendo a negligência emocional a experiência mais comumente relatada e o abuso sexual a menos comum²³.

A relação entre TOC e trauma infantil ainda é pouco investigada, embora seja de grande relevância aprofundar o conhecimento acerca deste transtorno, que possui características e apresentação muito heterogênea. Conhecendo-se fatores associados ao seu

surgimento, como o trauma sofrido na infância, poderemos tratar o TOC de maneira mais direta e eficaz, aliviando o sofrimento que seus sintomas causam ao paciente.

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento

O estudo será do tipo caso-controle aninhado a um ensaio clínico com pacientes com TOC de 18 a 60 anos, na cidade de Pelotas-RS.

6.2 Participantes

6.2.1. Seleção dos casos:

Os casos serão indivíduos, entre 18 e 60 anos, diagnosticados com TOC, que farão parte de um ensaio clínico, o qual avaliará a efetividade da psicoterapia cognitivo comportamental em diferentes dimensões do TOC. A amostra será captada de diversos locais da cidade de Pelotas, como Centros de Atenção Psicossociais e Unidades Básicas de Saúde, bem como de outras pesquisas do programa de Saúde e Comportamento, e ainda, irá incluir aqueles que procurarem atendimento diretamente no ambulatório de transtornos mentais da UCPel.

6.2.2. Seleção dos controles:

Os controles serão indivíduos sem diagnóstico de TOC ou de qualquer outro transtorno psicológico. Será utilizado o método de pareamento para tornar os casos e os controles comparáveis em relação a fatores constitucionais importantes (gênero, idade e classe econômica). Para isso serão selecionados controles de mesmo gênero dos casos, residentes na mesma localização geográfica e com até dois anos de idade a mais ou a menos que os casos.

6.2.3. Tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra foi testada a diferença de médias na escala CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), para as pessoas com TOC (casos) e sem TOC (controles). Assumiu-se, com base na literatura²⁴, uma média de 40,8 DP (15,6) para os casos e 32,4 DP (8,7) para os controles, erros alfa e beta de 5% e 20%, respectivamente. O número de pessoas necessárias para cada grupo foi de 48, após o aumento da amostra para possíveis

confundidores (15%) e as perdas ou a não concordância em participar do estudo (10%), o tamanho da amostra aumentou para 61 para cada grupo, resultando em um total de 122 pessoas a serem incluídas no estudo.

6.2.4 Critérios de inclusão

- Casos: Todos os indivíduos de 18 a 60 anos diagnosticados com TOC pela MINI Plus que estiverem participando de um ensaio clínico intitulado “Dimensões dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e resultados na terapia cognitivo-comportamental em uma amostra populacional de 18 a 60 anos”.

- Controles: Indivíduos entre 18 e 60 anos sem diagnóstico de transtornos psicológicos, que sejam de mesmo gênero e idade e localização geográfica próximas aos casos.

6.2.5 Critérios de exclusão

- Apresentar risco de suicídio, avaliado na entrevista diagnóstica MINI Plus;
- Não conseguir compreender os instrumentos;
- Ser menor de 18 anos.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

- Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)- PLUS: entrevista destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, que visa à classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10; contando com o julgamento clínico do entrevistador, será utilizada para avaliar a presença de TOC e outros transtornos (Depressão, Distímia, Risco de Suicídio, Hipomania/Mania, Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Fobia Específica, TEPT, Transtorno Psicótico, Ansiedade Generalizada, TDAH e Misto de ansiedade e depressão). A versão PLUS da MINI investiga os sintomas de maneira mais detalhada (Anexo A).

- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): escala auto-aplicável composta originalmente por 70 itens e posteriormente reduzida para uma forma breve de 28 itens. A

versão breve foi traduzida e validada para o Brasil por Rodrigo Grassi e contempla as mesmas propriedades da escala original, investigando cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional, em uma escala Likert de cinco pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a média de trauma na infância²⁵. Esta escala avaliará a percepção de trauma na infância.

- ASSIST: para avaliar o uso de substâncias utilizou-se o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST), escala auto-aplicável que tem por objetivo verificar uso na vida e atual de substâncias lícitas – álcool e tabaco – e ilícitas – maconha, cocaína, crack, estimulantes, inalantes, hipnóticos, sedativos, alucinógenos e opióides.

- Além dos instrumentos acima citados será aplicado um questionário para avaliar as características sociodemográficas e comportamentais (Anexo B).

6.4 Análise de dados

Os dados serão codificados e digitados no programa EpiInfo. A análise estatística será feita através do programa SPSS 13.0. Para a descrição das características da amostra será utilizada análise univariada. O teste *t* e ANOVA serão usados para comparação entre as médias.

6.5 Aspectos éticos

Os participantes receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexos C e D). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel sob o protocolo de número 2009/24. Todos os participantes que não aceitarem participar do tratamento serão encaminhados para atendimento psicológico/psiquiátrico no Campus de Saúde da UCPel.

6.6 Cronograma

Atividades	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Revisão de Literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Treinamento das escalas						x															
Estudo piloto						x															
Trabalho de campo						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Qualificação								x													
Codificação dos questionários											x	x	x	x	x	x	x				
Digitação dos dados											x	x	x	x	x	x	x				
Análise dos resultados																		x	x	x	
Divulgação dos resultados																					x

* O mês 1 refere-se à Março/2012

6.7 Orçamento

Item	Quantidade	Valor Individual	Valor Total
Vales-transporte para as avaliações	244	R\$2,55	R\$622,20
Xerox dos questionários	1464	R\$0,10	R\$146,40
Total →			R\$768,60

7. REFERÊNCIAS

- 1- DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 2- Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrão Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive. *Mol Psychiatry* 2006 May; 11(5): 495-504.
- 3- Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 2006 Nov; 163(11): 1978-85.
- 4- Briggs ES, Price IR. The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: The role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *J Anxiety Disord* 2009; 1037-46.
- 5- Seganfredo ACG, Torres M, Salum GA, Blaya C, Acosta J, Eizirik C, et al. Gender differences in the associations between childhood trauma and parental bonding in panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(4): 314-21.
- 6- Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27(5): 1101-19.
- 7- Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *Lancet* 2001; 358(9285): 881-7.
- 8- Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2000;2(2):131-5.
- 9- Borges MC, Braga DT, Iêgo S, D'Alcanta CC, Sidrim I, Machado MC, et al. Cognitive dysfunction in post-traumatic obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45(1): 76-85.
- 10- Nacasch N, Fostick L, Zohar J. High prevalence of obsessive-compulsive disorder among posttraumatic stress disorder patients. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; (21): 876-9.
- 11- Velayudhan L, Katz AW. Late-onset obsessive-compulsive disorder: the role of stressful life events. *Int Psychogeriatr* 2006; 18(2): 341-4.
- 12- Torres AR, Lima MCP. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. Albina Rodrigues Torres, Maria Cristina Pereira Lima. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(3):237-42.

- 13- Torresan RC, Smaira SI, Ramos-Cerqueira ATA, Torres AR. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Rev Psiquiatr Clín* 2008; 35(1): 13-19.
- 14- Cortes AM, Saltzman KM, Weems CF, Regnault HP, Reiss AL, Carrion VG. Development of anxiety disorders in a traumatized pediatric population: a preliminary longitudinal evaluation. *Child Abuse Negl* 2005; (29): 905-14.
- 15- Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *J Interpers Violence* 1992;7(2): 189-204.
- 16- Salkovskis PM, McGuire J. (2003). Cognitive-behavioral theory of obsessive-compulsive disorder. In: R. Menzies & P. De Silva (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: theory, research, and treatment* (pp. 59-78). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- 17- Sookman D, Pinard G. (2002). Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. In: R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment* (pp. 63-89). Amsterdam, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science Inc.
- 18- Clark DA, Purdon C, Wang A. The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behav Res Ther* 2003; (41): 655-69.
- 19- Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N. Beliefs about obsessional thoughts. *J Psychopathol Behav Assess* 1993; (15): 1-21.
- 20- Steketee G, Frost RO, Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1998; (12): 525-37.
- 21- Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2007; (45): 1683-91.
- 22- Peles E, Adelson M, Schreiber S. Association of OCD with a History of Traumatic Events Among Patients in Methadone Maintenance Treatment. *CNS Spectr* 2009 Oct; 14(10): 547-54.
- 23- Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety* 2008; (25): 742-51.
- 24- Lochner C, du Toit P, Zungu-Dirwayi N, Marais A, Kradenburg JV, Seedat S, et al. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety* 2002; (15): 66-8.

- 25- Grassi RO, Stein LM, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saude Publica* 2006; 40(2): 249-55.

PARTE II - ARTIGO

TITLE: THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A CASE-CONTROL STUDY

Authors: Andressa Jacondino Pires¹ (andressajpires@yahoo.com.br), Mariana Bonati de Matos¹(marianabonatidematos@gmail.com), Jéssica Puchalski Trettim¹ (jessicatrettim@gmail.com), RafaelleStark Stigger¹ (rafaelle_s@hotmail.com), Viviane Porto Tabeleão¹ (vivianetabeleao@ig.com.br), CarolinaSchool¹ (carolinascholl@hotmail.com), Hudson Cristiano Wander de Carvalho (hdsncarvalho@gmail.com)², Luciana de Avila Quevedo³ (lu.quevedo@bol.com.br).

¹Postgraduate Programme in Health and Behavior, Universidade Católica de Pelotas-UCPel, Brazil

Gonçalves Chaves, 377 - 411 C - CEP: 96015-560

Pelotas - RS - Brazil

²Department of Psychology, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil.

Avenida Duque de Caxias, 250 - Fragata - CEP: 96030-001

Pelotas - RS - Brazil

³Corresponding Author:

Luciana de Avila Quevedo

Postgraduate Programme in Health and Behavior, Universidade Católica de Pelotas-UCPel

Gonçalves Chaves, 377 - 411 C - CEP: 96015-560

Pelotas - RS – Brazil

ABSTRACT

Objective: To investigate the relationship between childhood trauma and obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals from 18 to 60 years old, in Pelotas-RS.

Method: Case-control nested in a longitudinal study of patients with OCD. The method of matching was used to make cases and controls comparable on gender, age and residing in the same geographical location. To diagnose OCD or any other disorder MINI Plus was used. The perception of childhood trauma was assessed by CTQ. ASSIST was used to evaluate the use of substances, and only alcohol abuse was used in data analysis.

Results: 57 cases and 57 controls were analyzed, 71.9% women with mean age of 35.7 years ($SD \pm 11.7$) and 35.6 years ($SD \pm 11.7$), respectively. There was no difference between the proportions of cases and controls in relation to marital status, psychological or psychiatric treatment, use of psychiatric medication and drug abuse ($p < 0.001$). In adjusted analysis, OCD remained associated with physical neglect and emotional neglect ($p < 0.001$). Relationship was found between physical abuse and low socioeconomic class.

Conclusion: The identification of early factors, such as childhood trauma, can contribute to the development of prevention methods for OCD.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Child abuse, Child, Adolescent.

INTRODUCTION

The obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic condition that interferes with everyday functioning by causing significant distress related to intrusive thoughts and repetitive acts related to superstition and dysfunctional beliefs (DSM-IV). Its prevalence varies from 0.3 and 3% of the general population and, if untreated, may grow in severity and endure all life span (Rosario-Campos et al., 2006; Torres et al., 2006).

The etiology of the OCD is still undetermined: Evidence reinforces the idea of a multiple and complex causality, being composed of intertwined biological, psychological, social, and cultural factors (Overbeek et al., 2002; Piras et al., 2015). In psychotherapy research, early traumatic experiences have been emphasized as key etiological factor related to the arising of dysfunctional beliefs (Briggs & Price, 2009; Storch & Levin, 2016). Early traumatic experiences occur from childhood damaging incidents that happen concomitantly to an unsupportive environment, which may hinder optimal psychological development (Garland, 2000) and have been largely associated with the arising of dysfunctional beliefs (Seganfredo et al., 2009). In turn, dysfunctional beliefs may be defined as relatively stable and heterogeneous psychological patterns related to cognitive distortions that lead to psychosocial maladjustment (Briggs & Price, 2009).

Trauma may be caused by different events related to feelings of helplessness in the face of a real or imaginary threats or the absence of affect and care (negligence). The relationship between childhood abuse and neglect experiences has been systematically associated with negative health-related outcomes such as psychopathology (Heim & Nemeroff, 2001), dysfunctional psychological trait manifestations (Carvalho et al., 2015), sexual dysfunction (Roelofs et al., 2002), and interpersonal problems (Wiersma et al., 2009). Taken together, these results indicate that traumatic experiences affect several domains of psychosocial adjustment and probably interfere negatively with behavior as a whole.

Nevertheless, research relating childhood trauma and psychopathology tend to emphasize post-traumatic stress disorder over other disorders, such as OCD (Pynoos et al., 1999). This context contradicts empirical evidence that shows that patients diagnosed with OCD report higher rates of traumatic experiences in comparison to people with no psychopathology and with a positive diagnoses for PTSD (Kessler et al., 1997; Breslau et al., 1991). Saunders et al. (1992) identified that individuals sexually abused in childhood were five times more susceptible to develop OCD in comparison to individuals with no history of sexual abuse. Similarly, Peles et al. (2009) showed that people diagnosed with OCD with history of sexual violence (rape) were twice more vulnerable to suicidal attempts when compared OCD patients with no history of sexual violence.

In a recent case-control study, Brooks et al. (2015) compared 21 participants with OCD with 25 matched healthy controls based on measures of early life abuse (physical, emotional and sexual) and neglect (physical and emotional) and brain volumes. Results showed that physical neglect was higher in the OCD group and this was positively associated with larger right cerebellum volume. The other types of trauma assessed in the study were failed to show associations with brain measures in the comparison between groups.

Despite of the strength of the afore mentioned evidence, studies examining the relationship between OCD and early trauma are relatively scarce. Also, because OCD shows low prevalence rates in the population and high comorbidity with major depressive disorder (MDD) it is difficult for researchers to isolate a number large enough of “pure” OCD cases to examine specific associations of this syndrome. Thus, the current study aims to fulfill this gap by advancing in the understanding of the relationship between early trauma and OCD comparing the intensity of early traumatic events in three independent groups: individuals with no psychopathology, patients diagnosed with OCD (with no comorbidity) and patients with comorbid OCD and MDD.

METHOD

This is a case-control study nested to a longitudinal investigation with OCD patients ranging from 18 to 60 years old, performed at the Mental Health Research Ambulatory of the Catholic University of Pelotas. The recruitment of patients was fostered by the dissemination of posters in public places, articles in local newspapers and referrals from other mental health services related to the ambulatory. The control group was conformed by individuals with no history of mental disorders. Cases and controls were matched with regard to sex and age and all participants were residents in the same geographical location. For the control group, exclusion criteria were: being younger than 18 years of age, history of psychiatric diagnosis, drug abuse or suicide attempts and ideation. Sample was organized into three groups: controls, OCD, and OCD-MDD.

The diagnosis of OCD and MDD was operationalized by the administration of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) plus version. The MINI is a structured diagnostic interview based on DSM-IV-TR criteria. MINI was adapted and validated to Brazil by Amorim (2000) and showed satisfactory indexes of reliability for both diagnostic: sensitivity ≥ 0.64 and specificity ≥ 0.71 , negative predictive value ≥ 0.84 and positive predictive value ≥ 0.6 .

Childhood trauma was assessed by the administration of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), which was translated and validated to Brazil by (Grassi et al., 2006). CTQ is a self-report questionnaire consisting of 28 items that investigates the presence and severity of abuse (physical, emotional and sexual) and neglect (emotional and physical) experiences that may have occurred in childhood.

The use of substances was assessed via the Involvement Screening Test with Alcohol, Cigarette and Other Matter (ASSIST), which was validated to Brazil by (Henrique et

al.,2004). ASSIST addresses substance use patterns based on consumption frequency regarding lifetime and in the last three months and personal and social problems associated with substance abuse and dependence. Based on ASSIST, substance use may be classified as occasional use, probable abuse, and probable dependence.

The Association for Business and Research (ABEP) criteria was used to evaluate the social-economic status. This classification is based on the accumulation of material goods and education level of the household head, and it classifies individuals into five classes ranging from A (upper class) to E (lower class).

Descriptive statistics were computed to characterize sample. Group comparisons were first assessed via chi-square and mean difference analyses (t-tests and ANOVA) and effect sizes were calculated (Cohen's d) only for significant results ($p \leq 0.05$). Regression analyses were first used to identify associations between diagnostic and trauma variables: first, unadjusted linear regression was performed to select variables for the adjusted model on the basis of $p < 0.20$ criteria. Adjusted analysis was conducted using the selected variables: Sociodemographic and economic factors were included at the first level; at the second level, psychiatric treatment and alcohol use were included; and at the third level to the presence of OCD and OCD-MDD.

All participants received information about the study aims and signed an informed consent. The project was approved by the Ethics Committee in Research of Catholic University of Pelotas under protocol number 2009/24. All respondents who did not meet criteria for the control group, due to a psychiatric disorder diagnosis, were referred to the Mental Health Research Ambulatory linked to the Post-Graduate Program in Health and Behaviour of the Catholic University of Pelotas.

RESULTS

The resulting sample was conformed by 114 participants organized into 57 healthy controls, 35 participants diagnosed with OCD, and 22 with comorbid OCD and major depression disorder (MDD). Significant differences were encountered among groups in regard to marital status ($\chi^2 = 16.3, df = 1, p < 0.001$), having received psychological or psychiatric counseling ($\chi^2 = 15.4, df = 1, p < 0.001$), use of psychiatric medication ($\chi^2 = 30.1, df = 1, p < 0.001$), and alcohol problems ($\chi^2 = 17.4, df = 1, p < 0.001$). The OCD-MDD group displayed a significant higher proportion of individuals living without partnership (91%) in comparison to the OCD (80%) and control groups (44%). In regard to the other variables, the OCD-MDD and OCD groups differed in comparison to control group, however not to each other. Table 1 shows these results in detainment.

Associations among CTQ domains and sample characteristics showed somewhat specific patterns. Physical neglect showed robust associations with living without partnership ($t = 4.1, p < 0.001, d = 0.85$), having received psychological or psychiatric counseling ($t = -3.6, p = 0.001, d = 0.85$), use of psychiatric medication ($t = -5.3, p < 0.001, d = 1.13$), alcohol abuse ($t = -4.1, p = 0.002, d = 1.41$), and presence of mental disorders ($t = 142.9, p < 0.001, d = 1.8$). Emotional neglect displayed robust associations with living without partnership ($t = 3.7, p = 0.001, d = 0.82$), alcohol abuse ($t = -3.2, p = 0.010, d = 1.08$), the presence of mental disorders ($t = 70.3, p < 0.001, d = 1.05$), and moderate associations with having received psychological or psychiatric counseling ($t = -2.1, p = 0.028, d = 0.5$) and the use of psychiatric medication ($t = -3.7, p < 0.001, d = 0.66$). Sexual abuse was moderately related to living without partnership ($t = 3.1, p = 0.023, d = 0.59$), robust associations with the use of psychiatric medication ($t = -0.1, p = 0.001, d = 0.78$), and a slight association with the presence of mental disorders ($t = 8.8, p < 0.001, d = 0.39$). Physical abuse was moderately associated with the use of psychiatric medication ($t = -2.2, p = 0.023, d = 0.78$), and slightly associated

with the presence of mental disorders ($t = 5.3$, $p = 0.006$, $d = 0.29$). Emotional abuse was moderately associated with the use of psychiatric medication ($t = -2.4$, $p = 0.016$, $d = 0.56$) and the presence of mental disorders ($t = 6.6$, $p = 0.002$, $d = 0.33$). Table 2 shows these results in detail.

In the regression analysis, controlling for various parameters (economic status, living with a partner, having received psychological or psychiatric counseling, use of psychiatric medication, alcohol abuse and mental disorders), physical negligence remained associated with living without partnership (B: -2.5 CI 95%: -4.3/-0.8), use of psychiatric medication (B: 3.3 CI 95%: 1.1/5.4), alcohol abuse (B: 2.8 CI 95%: 0.2/5.3), OCD (B: 7.4 CI 95%: 5.8/8.9) and OCD-MDD (B: 9.3 CI 95%: 7.3/11.3); while emotional negligence remained associated with living without partnership (B: -2.7 CI 95%: -5.3/-0.1), alcohol abuse (B: 4.9 CI 95%: 1.2/8.8), OCD (B: 10.6 CI 95%: 7.9/13.3) and OCD-MDD (B: 6.7 CI 95%: 3.2/10.2). Sexual abuse showed associations with living without partnership (B: 0.9 CI 95%: -1.6/-0.1), use of psychiatric medication (B: 1.2 CI 95%: 0.2/2.1) and OCD-MDD (B: 1.3 CI 95%: 0.1/2.4). Physical abuse showed associations with lower social-economical status (B: 1.0 CI 95%: 0.1/1.9) and OCD-MDD (B: 1.9 CI 95%: 0.3/3.6). Finally, emotional abuse remained associated solely with presence of OCD-MDD (B: 2.9 CI 95%: 0.5/5.2).

DISCUSSION

This study investigated the associations between childhood trauma in individuals with OCD, individuals with both OCD and MDD and individuals with no history of mental disorders. Trauma was evaluated on the basis of two independent dimensions: intensity of trauma, varying from no trauma to severe trauma, and the type of trauma, which were organized into five categories of physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, physical neglect and emotional neglect. After controlling for associated factors, the comorbid diagnoses of OCD-MDD remained associated with all types of childhood trauma, while OCD remained associated only with physical and emotional neglect. Associations among OCD-MDD and trauma variables were more robust than “pure” OCD and trauma, with the exception of OCD and emotional neglect. Furthermore, association of physical and emotional neglect with both OCD and OCD-MDD groups proved to be the most robust ones, emphasizing the relevance of these variables in the clinical and epidemiological understanding of OCD and its comorbidities.

The results presented here corroborate those of other studies that show abuse and neglect experiences are associated with behavioral maladjustment and the presence of mental disorders. Mathews et al. (2008) found that trauma in childhood plays a small, but significant role in the development of OCD. Among categories of trauma, emotional neglect was the most commonly reported experience, while sexual abuse was the least common one. Lochner et al. (2002) showed that patients with an OCD diagnosis displayed greater severity of emotional neglect when compared to controls. Carvalho et al. (2015) showed that individuals with early traumatic experiences, particularly related to physical and emotional negligence, showed an unfavourable psychological trait profile in comparison to those who had minimal or no traumatic involvement.

Moreover, we note that the variables with the most robust associations with the assessed mental disorders were physical neglect and emotional neglect and abuse in detriment of physical and sexual abuse. These findings have, at least, two important implications. The first is theoretical in nature and has been pointed out by Sudbrack et al. (2015) that, due to evolutionary factors, humans may be more resilient to physical damage and attacks than emotional attacks and negligence. The second is directly linked to public health policies that should increasingly address issues concerning bullying (emotional abuse) and negligence situations.

In the adjusted analysis it was found that “pure” OCD, remained associated only to emotional and physical neglect, while OCD-MDD was associated with all trauma domains. It may be interpreted that an important factor to understand the difference between the occurrence of a “pure” OCD case and a case in which OCD is comorbid with MDD is the diversity of traumatic events that occurred in one's childhood. This makes sense for theoretical and empirical reasons: first, it is of common clinical knowledge that comorbid patients tend to display more severe clinical manifestations than patients diagnosed with one disorder alone (Pincus, Tew & First, 2004) and that is reasonable to believe that more severe cases are associated with a more damaging life experiences. Second, both animal (Ronovsky et al., 2015) and cognitive models (Wright et al., 2009) of depression are based in the idea that depression may arise from multiple and unpredictable damaging experiences, which lead to the understanding that living is “hopeless” and one cannot prevent damaging attacks. Thus, it is plausible to suggest that when traumatic events occur to someone in diverse ways, it becomes unpredictable and unavoidable and, consequently, the person may respond with depression symptomatology. Third, it is a common feature in OCD symptomatology avoidant

behavior towards other people and places, which, in some extent, mirrors a life in which the person is avoided by significant others.

Besides the main finding, we found that those not living with a partner had a strong association with physical and emotional neglect and a moderate association with sexual abuse. We hypothesized that the individual who has been neglected may have greater difficulty in relating to others, for fear of suffering neglect again. Complementing, Lee & Hoaken (2007) and Teicher et al (2004) verified that there is a deficient emotional regulation in adults who faced a lack of interest and emotional interaction. There is some evidence that neglected children may have difficulty discriminating emotional expression (Fries & Pollak, 2004). Compared to physically abused children, neglected children have more severe cognitive and academic deficits, are more socially hesitant, have limited peer interactions and more internalizing problems. Still, corroborating our findings, a study that took place in Porto Alegre, in the south of Brazil, showed that the lack of physical contact in childhood was associated with dysfunctional relationship in schizophrenic (Gil, 2005).

A relationship between physical abuse and low economic class was found. A study with child victims of violence attended at the Legal Medical Institute, in the city of Maceio (Brasil), showed a small participation of higher economic classes (Guimarães & Villela, 2011). This association requires further investigation, although there is the possibility that violence is greater in the lower classes, it is also assumed that it is more widely reported.

A few limitations should be considered when evaluating this study results. First, as trauma was assessed via self-report, some recall bias is expected. Also, there was no data regarding the precise period when trauma occurred. This would be highly informative because the first years of life are characterized by rapid changes in the

human brain and are of keen importance to psychological development as a whole (Huttenlocher & Dabholkar, 1997; Teicher et al., 2003, 2004).

The main relevance of our findings was to show specific associations of trauma with OCD and with OCD-MDD, revealing features that might help to advance in the understanding of “pure” and comorbid cases of mental disorders. Furthermore, the data highlight the significance of public health policies specifically designed to address issues related to emotional trauma and neglect experiences in childhood. Future studies should focus on how trauma, occurring in different periods of life, may be specifically related to psychopathology.

REFERENCES

- ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2012. Disponível em <http://www.abep.org>. Acesso em: 05 jul. 2012.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed (DSM-IV). Washington (DC): APA.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-15.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, M.A., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48 (3), 216-22.
- Briggs, E.S., & Price, I.R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: The role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1037–46.
- Brooks, S.J., Naidoo, V., Roos, A., Fouché, J., Lochner, C., & Stein, D.J. (2015). Early-life adversity and orbitofrontal and cerebellar volumes in adults with obsessive-compulsive disorder: voxel-based morphometry study. *The British Journal of Psychiatry*, (DOI: 10.1192/bjp.bp.114.162610).
- Carvalho, H.W., Pereira, R., Frozi, J., Bisol, L.W., Ottoni, G.L., & Lara, D.R. (2015) Childhood trauma is associated with maladaptive personality traits. *Child abuse & neglect*, 44, 18-25.
- Fries, A.B., & Pollak, S.D. (2004). Emotion understanding in post institutionalized Eastern European children. *Development and psychopathology*, 16(2), 355-69.

- Garland, C. (2000). *Understanding trauma: a psychoanalytical approach*. 2 ed. London: Karnac Books.
- Gil, A. (2005). *A associação de abuso e negligência na infância com prejuízo da funcionalidade em esquizofrênicos*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Grassi, R.O., Stein, L.M., & Pezzi, J.C. (2006). Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-55.
- Guimarães, J.A.T.L., & Villela, W.V. (2011) Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 27(8), 1647-53.
- Heim, C., & Nemeroff, C.B. (2001) The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023–1039.
- Henrique, I.F.S., de Micheli, D., de Lacerda, R.B., & de Lacerda, L.A. & Formigoni M.L.O.S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 199-206.
- Huttenlocher, P.R., & Dabholkar, A.S. (1997). Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *Journal of Comparative Neurology*, 387(2), 167–178.
- Kessler, R.C., Davis, C.G., & Kendler KS. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27(5): 1101-19.

- Lee, V., & Hoaken, P. (2007). Cognition, emotion, and neurobiological development: mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child Maltreatment*, 12(3), 281–298.
- Lochner, C., du Toit, P.L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., et al. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and anxiety*, 15(2), 66–68.
- Mathews, C.A., Kaur, N., & Stein, M.B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(9), 742–51.
- Overbeek, T., Schruers, K., Vermetten, E., & Griez, E. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(12), 1106-12.
- Peles, E., Adelson, M., & Schreiber, S. (2009). Association of OCD with a History of Traumatic Events Among Patients in Methadone Maintenance Treatment. *CNS Spectrums*, 14(10), 547-54.
- Pincus, H.A., Tew, J.D., First, M.B. (2004). Psychiatric comorbidity: is more less?. *World Psychiatry*, 3(1):18-23.
- Piras, F., Piras, F., Chiapponi, C., Girardi, P., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2015). Widespread structural brain changes in OCD: A systematic review of voxel-based morphometry studies, *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behaviour*. 62, 89-108.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., John, C., & Piacentini, J.C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1542-54.

- Roelofs, K., Keijsers, G.P., Hoogduin, K.A., Näring, G.W., & Moene, F.C. (2002) Childhood abuse in patients with conversion disorder. *The American journal of psychiatry*, 159(11), 1908–1913.
- Ronovsky, M., Berger, S., Molz, B., Berger, A., & Pollak, D. D. (2015). Animal models of prenatal immune activation in depression research. *Curr Neuropharmacol*.
- Rosario-Campos, M.C., Miguel, E.C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrão, Y., Findley, D., et al. (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive. *Molecular psychiatry*, 11(5), 495-504.
- Saunders, B.E., Villepontoux, L.A., Lipovsky, J.A., Kilpatrick, D.G., & Veronen, L.J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(2), 189–204.
- Seganfredo, A.C.G., Torres, M., Salum, G.A., Blaya, C., Acosta, J., Eizirik, C., et al. (2009). Gender differences in the associations between childhood trauma and parental bonding in panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 314-21.
- Storch, E.A., & Lewin, A.B. (2016) *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders: A Case-Based Approach to Treating Pediatric and Adult Populations*.
- Sudbrack, R., Manfro, P.H., Kuhn, I.M., de Carvalho, H.W., & Lara, D.R. (2015). What doesn't kill you makes you stronger and weaker: how childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of psychiatric research*, 62:123-9.
- Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P., & Kim, D.M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 33–44.

- Teicher, M.H., Dumont, N.L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J.N., & Anderson, S.L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56(2), 80–85.
- Torres, A.R., Prince, M.J., Bebbington, P.E., Bhugra, D., Brugha, T.S., Farrell, M., et al. (2006). Obsessive compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *The American journal of psychiatry*, 163(11), 1978-85.
- Wiersma, J.E., Hovens, J.G., van Oppen, P., Giltay, E.J., van Schaik, D.J., Beekman, A.T., et al. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(7), 983–989.
- Wright, M.O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl*, 33(1), 59-68.

Table 1: Characteristics of the sample

Variable	Total n (%)	OCD n (%)	OCD and Depression n (%)	Controls n (%)	X²	p-value
Schooling*					0.9	0.332
Illiterate / till 3rd year of elementary	04 (3.5)	-	-	04 (7.0)		
4th year of elementary / Incomplete elementary	25 (22.1)	02 (5.9)	08 (36.4)	15 (26.3)		
Complete elementary / Incomplete high school	15 (13.3)	06 (17.6)	04 (18.2)	05 (8.8)		
Complete high school / Incomplete college graduation	56 (49.6)	22 (64.7)	09 (40.9)	25 (43.9)		
Complete college graduation	13 (11.5)	04 (11.8)	01 (4.5)	08 (14.0)		
Socioeconomic status*					0.1	0.688
A+B	27 (50.0)	15 (44.1)	10 (45.5)	27 (50.0)		
C	23 (42.6)	18 (52.9)	10 (45.5)	23 (42.6)		
D+E	04 (7.4)	01 (2.9)	02 (9.1)	04 (7.4)		
Living with a partner					16.3	<0.001
No	73 (64.0)	28 (80.0)	20 (90.9)	25 (43.9)		
Yes	41 (36.0)	07 (20.0)	02 (9.1)	32 (56.1)		
Psychological or psychiatric treatment					15.4	<0.001
No	72 (63.2)	17 (48.6)	08 (36.4)	47 (82.5)		
Yes	42 (36.8)	18 (51.4)	14 (63.6)	10 (17.5)		
Psychiatric medication*					30.1	<0.001
No	57 (50.4)	09 (25.7)	03 (13.6)	45 (80.4)		
Yes	56 (49.6)	26 (74.3)	19 (86.4)	11 (19.6)		
Alcohol abuse*					17.4	<0.001
No	81 (88.0)	16 (80.0)	09 (60.0)	56 (98.2)		
Yes	11 (12.0)	04 (20.0)	06 (40.0)	01 (1.8)		
Total	114 (100.0)	35 (100.0)	22 (100.0)	57 (100.0)		

*Missings

- No subject

Table 2: Distribution of the sample and comparison between means of childhood trauma domains

	Physical neglect				Emotional neglect			
	mean (\pm dp)	p-value	f/t	d	mean (\pm dp)	p-value	f/t	d
Schooling		0.611	0.6	-		0.152	1.7	-
Illiterate / till 3rd year of elementary	7.7 (2.7)				6.7 (2.9)			
4th year of elementary / Incomplete elementary	10.2 (4.8)				10.6 (5.3)			
Complete elementary / Incomplete high school	10.5 (4.2)				13.7 (7.1)			
Complete high school / Incomplete college graduation	10.5 (4.3)				13.5 (6.8)			
Complete college graduation	9.0 (3.7)				12.8 (7.9)			
Socioeconomic status		0.846	0.2	-		0.952	0.1	-
A+B	10.0 (4.2)				12.9 (6.7)			
C	10.5 (4.4)				12.6 (6.8)			
D+E	10.1 (4.9)				12.0 (6.2)			
Living with a partner		<0.001	4.1	0.85		0.001	3.7	0.82
No	11.3 (4.3)				14.2 (7.0)			
Yes	8.2 (3.5)				9.9 (5.2)			
Psychological or psychiatric treatment		0.001	-3.6	0.85		0.028	-2.1	0.5
No	9.2 (4.3)				11.6 (6.8)			
Yes	12.0 (3.7)				14.4 (6.3)			
Psychiatric medication		<0.001	-5.3	1.13		<0.001	-3.7	0.66
No	8.3 (4.1)				10.4 (6.2)			
Yes	12.2 (3.5)				14.9 (6.6)			
Alcohol abuse		0.002	-4.1	1.41		0.010	-3.2	1.08
No	8.9 (4.3)				10.3 (5.8)			
Yes	13.2 (3.0)				16.4 (6.2)			
Mental disorders		<0.001	142.9	1.8		<0.001	70.3	1.05
Control (None)	6.6 (2.7)				7.8 (3.4)			
OCD	13.2 (1.7)				18.9 (4.9)			
OCD and Depression	14.7 (1.7)				15.4 (6.1)			
Total	10.2 (4.3)				12.6 (6.7)			

Table 2: Distribution of the sample and comparison between means of childhood trauma domains(continuation)

	Sexual abuse				Physical abuse				Emotional abuse			
	mean (\pm dp)	p-value	f/t	d	mean (\pm dp)	p-value	f/t	d	mean (\pm dp)	p-value	f/t	d
Schooling		0.886	0.3			0.405	1.0	-		0.522	0.8	-
Illiterate / till 3rd year of elementary	5.0 (0.1)				7.7 (4.2)				6.5 (1.7)			
4th year of elementary / Incomplete elementary	5.9 (2.6)				7.2 (3.9)				9.0 (4.7)			
Complete elementary / Incomplete high school	5.4 (1.1)				7.1 (3.3)				8.1 (2.8)			
Complete high school / Incomplete college graduation	5.6 (2.1)				6.2 (2.4)				9.3 (4.5)			
Complete college graduation	5.5 (1.2)				6.0 (1.7)				7.9 (3.2)			
Socioeconomic status		0.848	0.2			0.064	2.8	-		0.727	0.3	-
A+B	5.5 (2.0)				6.1 (1.9)				8.7 (3.6)			
C	5.8 (1.9)				6.8 (3.1)				9.3 (4.9)			
D+E	5.7 (1.9)				8.7 (6.1)				8.4 (1.9)			
Living with a partner		0.023	3.1	0.59		0.878	-1.1	-		0.234	1.1	-
No	5.9 (2.4)				6.5 (2.8)				9.1 (4.4)			
Yes	5.1 (0.3)				6.6 (3.1)				8.2 (3.5)			
Psychological or psychiatric treatment		0.055	-1.7	0.63		0.106	-1.6	-		0.069	-1.8	-
No	5.4 (1.6)				6.2 (2.7)				8.3 (4.2)			
Yes	6.1 (2.4)				7.1 (3.0)				9.7 (3.9)			
Psychiatric medication		0.001	-0.1	0.78		0.023	-2.2	0.78		0.016	-2.4	0.56
No	5.0 (0.3)				5.9 (2.4)				7.9 (3.9)			
Yes	6.2 (2.7)				7.2 (3.2)				9.8 (4.2)			
Alcohol abuse		0.885	-0.1			0.899	0.1	-		0.231	0.9	-
No	5.5 (1.7)				6.4 (2.8)				8.8 (4.3)			
Yes	5.5 (1.3)				6.3 (3.3)				7.6 (2.8)			
Mental disorders		<0.001	8.8	0.39		0.006	5.3	0.29		0.002	6.6	0.33
Control (None)	5.1 (0.3)				5.9 (2.3)				7.5 (3.4)			
OCD	5.7 (1.7)				6.6 (2.5)				9.7 (4.3)			
OCD and Depression	7.0 (3.6)				8.2 (4.0)				10.8 (4.6)			
Total	5.6 (1.9)				6.5 (2.9)				8.8 (4.1)			

Table 3: Adjusted analysis of childhood trauma domains in individuals with and without OCD

	PN [*]	p-value	EN [*]	p-value	SA [*]	p-value	PA [*]	p-value	EA [*]	p-value
	β (CI 95%)		β (CI 95%)		β (CI 95%)		β (CI 95%)		β (CI 95%)	
Schooling	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Socioeconomic status	-	-	-	-	-	-	1.0 (0.1; 1.9)	0.029	-	-
Living with a partner	-2.5 (-4.3; -0.8)	0.005	-2.7 (-5.3; -0.1)	0.040	0.9 (-1.6; -0.1)	0.025	-	-	-0.8 (-2.4; 0.8)	0.313
Psychological or psychiatric treatment	-0.6 (-2.9; 1.7)	0.586	-0.4 (-3.9; 3.1)	0.815	-0.2 (-1.2; 0.8)	0.707	0.1 (-1.4; 1.5)	0.943	0.2 (-1.9; 2.3)	0.873
Psychiatric medication	3.3 (1.1; 5.4)	0.003	3.0 (-0.2; 6.3)	0.069	1.2 (0.2; 2.1)	0.015	1.0 (0.4; 2.5)	0.153	1.7 (-0.4; 3.7)	0.108
Alcohol abuse	2.8 (0.2; 5.3)	0.032	4.9 (1.2; 8.8)	0.011	-	-	-	-	-	-
Mental disorders	2.9 (2.1; 3.7)	<0.001	1.9 (0.5; 3.5)	0.010	0.5 (0.1; 0.8)	0.019	0.6 (0.1; 1.2)	0.018	0.9 (0.1; 1.8)	0.028

*PN: Physical Neglect; EN: Emotional Neglect; SA: Sexual Abuse; PA: Physical Abuse; EA: Emotional Abuse

CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

Dissertação: Considerações finais

O artigo apresentado como resultado do trabalho de mestrado contém algumas modificações em relação ao projeto inicial proposto. Para analisarmos a relação do trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo, foram criados três grupos independentes, com o intuito de isolar e analisar os casos de TOC "puro" daqueles que apresentavam comorbidades. A literatura mostra que o TOC e a depressão se sobrepõem, em grande parte dos casos, por isso a importância e o cuidado em separá-los nas categorias: indivíduos sem patologia, pacientes com TOC (sem comorbidades) e pacientes com TOC e depressão.

A principal relevância de nossos achados foi mostrar associações específicas de trauma com TOC e com TOC e depressão, revelando características que possam ajudar a avançar na compreensão dos casos "puros" e comorbidade de transtornos mentais. Além disso, os dados destacam a importância de políticas públicas de saúde especificamente concebidas para tratar de questões relacionadas com trauma e experiências de negligência na infância.

ANEXOS

Anexo A: Consentimento livre e esclarecido (Caso)

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

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

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

Qual é o objetivo da pesquisa?

Com este estudo buscamos avaliar se determinadas dimensões de sintomas do Transtorno Obsessivo Compulsivo estão associadas à redução de sintomas com terapia cognitivo-comportamental.

Como o estudo será realizado?

Após aceitar participar do estudo, você receberá sete sessões de terapia cognitivo-comportamental. O tratamento será realizado no Ambulatório de transtornos mentais da Universidade Católica de Pelotas.

Quais são os riscos em participar?

Não existe risco algum em participar.

Itens importantes:

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

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem custo nenhum e de forma rápida. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados ao transtorno obsessivo compulsivo, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas.

Quais são os meus direitos?

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

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro
que:

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

Nome completo do paciente: _____
Assinatura _____ do _____ Paciente:

Data: __ / __ / _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Luciana Quevedo pelo telefone:
81182197 - 21288404

Coordenadora do projeto: Prof. Dra..Luciana de Avila Quevedo
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 - 81228378

Anexo B: Consentimento livre e esclarecido (Controle)

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Antes de sua participação neste estudo, é preciso esclarecer alguns detalhes importantes, para que possíveis dúvidas sejam resolvidas. Para qualquer esclarecimento quanto à pesquisa você poderá contatar a Dra. Luciana Quevedo pelo telefone (53) 8118-2197 ou a mestranda Andressa Jacondino Pires pelo telefone (53) 8418-9490.

Qual o objetivo desta pesquisa?

O objetivo deste estudo é entender um pouco mais sobre como se dá a relação entre traumas vivenciados durante a infância e o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e assim, avaliar se a presença de trauma pode favorecer o aparecimento deste transtorno durante a vida adulta.

Como será feita esta pesquisa?

Se você aceitar fazer parte deste estudo, pediremos que responda, uma única vez, a um questionário que contém dados pessoais, para podermos lhe conhecer melhor, questões referentes a sua saúde, experiências vividas na infância/adolescência e uso de substâncias. Além disso, você responderá a uma entrevista que avalia a presença de transtornos psicológicos, como depressão e ansiedade, a qual será feita pelo(a) entrevistador(a).

O que você ganha com este estudo?

A sua participação neste estudo será de fundamental importância para compreendermos melhor fatores relacionados ao transtorno obsessivo compulsivo, o que poderá ajudar diversos pacientes no diagnóstico e tratamento desta doença que atinge uma parcela considerável da população. Você contribuirá para o aumento do conhecimento científico acerca de uma importante questão de saúde pública.

Além disso, caso seja necessário, você será beneficiado com tratamento psicológico e/ou psiquiátrico proposto pela equipe de pesquisa, sem nenhum custo e de forma rápida.

Quais são os seus direitos?

Os seus dados serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados deste estudo poderão ser usados para fins científicos, mas você não será identificado(a) por nome. Sua participação no estudo é voluntária.

Declaração do(a) entrevistado(a):

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

Assinatura _____ do(a) _____ entrevistado(a):

Declaração de responsabilidade do(a) entrevistador(a):

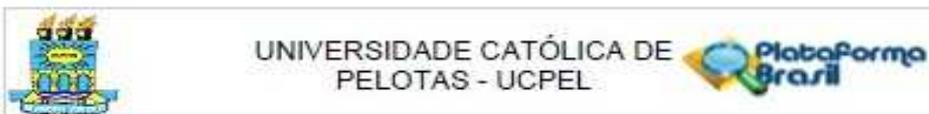
Eu, _____,
declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei à disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(a) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Assinatura do(a) entrevistador(a): _____

Pelotas, _____ de _____ de 20 ____.

Anexo C: Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa

	UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS - UCPEL											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA												
Título da Pesquisa: Trauma na Infância e Transtorno Obsessivo Compulsivo: Um Estudo Caso-Controlé.												
Pesquisador: Andressa Jacondino Pires												
Área Temática:												
Versão: 1												
CAAE: 10810113.2.0000.5339												
Instituição Proponente: Sociedade Pelotense de Assistência e Cultura (SPAC- UCPEL)												
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 282.276												
Data da Relatoria: 16/05/2013												
Apresentação do Projeto:												
<p>O objetivo geral do projeto é verificar a relação entre trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo, em indivíduos que tenham entre 18 e 60 anos, na cidade de Pelotas. Trata-se de um trabalho de mestrado, e de acordo com os autores, estudos que mostrem a relação entre trauma na infância e TOC ainda são raros. O estudo será do tipo caso-controlé. Os casos serão indivíduos entre 18 e 60 anos diagnosticados com TOC. Todos os indivíduos com TOC serão avaliados quanto ao trauma na infância. A amostra será captada de diversos locais de Pelotas, como CAPS e Unidades Básicas de Saúde, bem como outras pesquisas do programa de Saúde e Comportamento, e ainda, aqueles que procurarem atendimento diretamente no ambulatório de transtornos mentais da UCPEL. Os controles serão indivíduos sem diagnóstico de TOC. Será utilizado o método de pareamento para tornar os casos de casos e controles comparáveis em relação à idade e classe econômica. Assim, serão selecionados controles residentes na mesma localização geográfica e com até dois anos de idade a mais ou a menos que os casos. O tamanho da amostra será de 122 pessoas (61 para cada grupo de caso-controlé), que é explicado pelos autores no projeto com base teórica fundamentada na literatura.</p>												
Objetivo da Pesquisa:												
Objetivo Primário:												
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: Rua Felix da Cunha, 412</td> <td>CEP: 96.010-000</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Centro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: RS</td> <td>Município: PELOTAS</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (53)2128-8012</td> <td>Fax: (53)2128-8296</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: cep@ucpel.tche.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Felix da Cunha, 412	CEP: 96.010-000	Bairro: Centro		UF: RS	Município: PELOTAS	Telefone: (53)2128-8012	Fax: (53)2128-8296		E-mail: cep@ucpel.tche.br
Endereço: Rua Felix da Cunha, 412	CEP: 96.010-000											
Bairro: Centro												
UF: RS	Município: PELOTAS											
Telefone: (53)2128-8012	Fax: (53)2128-8296											
	E-mail: cep@ucpel.tche.br											



Continuação do Parecer: 352.276

Verificar a relação entre trauma na infância e transtorno obsessivo compulsivo, em indivíduos entre 18 e 60 anos, na cidade de Pelotas-RS.

Objetivo secundário:

Analisar fatores associados à presença de TOC, como sexo, uso de álcool e comorbidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos, e de acordo com os autores, o tratamento proposto pela equipe de pesquisa é oferecido sem custo nenhum e de forma rápida. A colaboração do sujeito nesse estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados ao transtorno obsessivo compulsivo, que poderão eventualmente beneficiar o próprio sujeito e/ou outras pessoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão claramente colocados. Os benefícios da pesquisa foram claramente apontados e o tema é de bastante interesse, pois busca aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados ao transtorno obsessivo compulsivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Os autores deveriam explicar de forma mais clara a razão da faixa etária dos indivíduos utilizados na pesquisa (de 18 a 60 anos).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412
 Bairro: Centro CEP: 96.010-000
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)2128-8012 Fax: (53)2128-8298 E-mail: cep@ucpel.tche.br

Anexo D: MINI Plus – Módulos A (Episódio Depressivo Maior) e I (TOC)

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

- 1) Parte 1 DO Módulo "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULO A-D (Episódio depressivo maior e episódio (apo)MANÍACO).
- 3) Parte 1 DO Módulo "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10a), EXAMINAR PARA CADA RESPOSTA POSITIVA AS QUESTÕES SEQUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

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

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

A3	Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:	Episódio Atual		Episódio Passado	
		NÃO	SIM	NÃO	SIM
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, + 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NEM CASO DE NÃO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDEIA DELIRANTE? NÃO SIM

- | | | | | | |
|----|--|-----|-----|-----|-----|
| f | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)? | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| A4 | HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a E COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b E COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)? | NÃO | SIM | NÃO | SIM |

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.

SE A4 E COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- | | | | | | |
|----|--|-----|-----|-------|-----|
| A5 | Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? | NÃO | SIM | → NÃO | SIM |
|----|--|-----|-----|-------|-----|

SE A5 E COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 e A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- A6 Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação?

UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO? NÃO SIM → NÃO SIM

SE A6 E COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 e A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- A7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

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

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

A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO
NÃO SIM INCERTO

SE A7 (SUMÁRIO) E COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 e A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- A8 COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

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

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- A 11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em que apresentou esses problemas de depressão?
- A 12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas?

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (T.O.C.)

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

11	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.)	NÃO	SIM	1
		<input type="checkbox"/> <i>PROVAR A 14</i>		
(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO, PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS A PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ALCÓOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS.)				
12	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
		<input type="checkbox"/> <i>PROVAR A 14</i>		
13	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
obsessões				
14	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
compulsões				
13 OU 14 SÃO COTADAS SIM?		<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM
		<input type="checkbox"/>		
15	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
16	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
17 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
17 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA E PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/COMPULSÕES? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).				
17 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUIDA?		NÃO	SIM	7
16 E 17 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM?		NAO	SIM	
T.O.C. ATUAL				
18	16 E 17 b SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) E COTADA NÃO?	NAO	SIM	
T.O.C. ATUAL devido a condição médica geral				
19	16 E 17 a SAO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) E COTADA NAO?	NAO	SIM	
T.O.C. ATUAL induzido por substância				
CRONOLOGIA				
110	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	[]	idade	8
111	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	[]		9

4. Na sua casa tem:

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

5. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

6. Em média, qual a renda somada das pessoas que moram na sua casa, por mês? R\$ _ _ _ _

7. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? _ _ pessoas

➤ **AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE**

8. Você faz ou fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?

(0) não, nunca fiz (1) fiz, mas não faço atualmente (2) faço atualmente

9. Você toma ou tomou remédio para problemas psicológicos/psiquiátricos?

(0) não, nunca tomei (1) tomei, mas não tomo atualmente (2) tomo atualmente

10. Alguma vez você foi internado(a) por problemas psicológicos/psiquiátricos?

(0) não (1) sim

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

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	1	2	3	4	5
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	1	2	3	4	5
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.	1	2	3	4	5

4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	1	2	3	4	5
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	1	2	3	4	5
6. Eu tive que usar roupas sujas.	1	2	3	4	5
7. Eu me senti amado (a).	1	2	3	4	5
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1	2	3	4	5
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	1	2	3	4	5
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	1	2	3	4	5
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1	2	3	4	5
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1	2	3	4	5
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1	2	3	4	5
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1	2	3	4	5
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	1	2	3	4	5
16. Eu tive uma ótima infância.	1	2	3	4	5
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	1	2	3	4	5
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	1	2	3	4	5
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	1	2	3	4	5
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	1	2	3	4	5
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	1	2	3	4	5
22. Eu tive a melhor família do mundo.	1	2	3	4	5
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	1	2	3	4	5
24. Alguém me molestou.	1	2	3	4	5
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	1	2	3	4	5

26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	1	2	3	4	5
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	1	2	3	4	5
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	1	2	3	4	5

➤ **AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE ALGUMAS SUBSTÂNCIAS**

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

2 – Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa (s) substância (s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou	0	1	2	3	4

ecstasy					
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

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

metadona, codeína...)					
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

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

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

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso de substância (s)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2

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

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

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