

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Interação gene-ambiente na depressão maior em jovens: replicação da modificação do efeito dos maus tratos por polimorfismos no gene do transportador da serotonina.

Thiago Botter Maio Rocha

Orientador: Prof. Dr. Christian Kieling

Porto Alegre, Maio de 2014.

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Interação gene-ambiente na depressão maior em jovens: replicação da modificação do efeito dos maus tratos por polimorfismos no gene do transportador da serotonina.

Thiago Botter Maio Rocha

Orientador: Prof. Dr. Christian Kieling

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria.

Porto Alegre, Brasil.
2014

Ficha Catalográfica

CIP - Catalogação na Publicação

Rocha, Thiago Botter Maio

Interação gene-ambiente na depressão maior em jovens: replicação da modificação do efeito dos maus tratos por polimorfismos no gene do transportador da serotonina. / Thiago Botter Maio Rocha. -- 2014. 189 f.

Orientador: Christian Kieling.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Transtornos depressivos. 2. Interação Gene x Ambiente. 3. Gene do transportador da serotonina. 4. Replicação. 5. Jovens. I. Kieling, Christian, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

If a man will begin with certainties, he shall end in doubts, but if he will be content to begin with doubts, he shall end in certainties.

Francis Bacon

Convictions are more dangerous enemies of truth than lies.

Friedrich Nietzsche

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, pelo conhecimento adquirido e pelas amizades conquistadas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, na pessoa da Prof. Luciana Anselmi, pelo exemplo da qualidade técnica e trabalho em equipe, ao possibilitar a realização do presente trabalho.

À equipe de genética, na pessoa da Profa. Mara Hutz, pela capacidade técnica e competência científica.

Ao Prof. Luis Augusto Rohde, pelo exemplo de liderança, visão e excelência profissional.

Ao grupo do PRODEA, em especial ao Lucas Battel, pelo apoio na realização dessa empreitada.

Ao Prof. Kieling, pelo incentivo e confiança na minha capacidade para a realização dessa investida.

Ao Christian, pela amizade que essa jornada me possibilitou sedimentar.

Aos meus pais, meus irmãos, meus amigos, e especialmente à Marcela, pela paciência nas minhas ausências e distanciamentos, e pelo incentivo e estímulo contínuo nos inestimáveis momentos juntos.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	7
Resumo	8
Abstract	9
1. APRESENTAÇÃO	10
2. INTRODUÇÃO	11
3. BASE CONCEITUAL E REVISÃO DA LITERATURA	
3.1 Transtornos depressivos na infância e adolescência	14
3.2 Fatores de risco para transtornos depressivos	16
3.3 Maus tratos na infância	19
3.4 Interação gene-ambiente	21
3.5 Depressão e o polimorfismo 5-HTTLPR	23
3.6 Interação gene-ambiente no desenvolvimento de depressão maior	25
3.7 Replicabilidade do achado de GxE na etiologia da depressão maior	28
4. OBJETIVOS	31
5. ARTIGO	32
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
8. ANEXOS	63

ABREVIATURAS E SIGLAS

5-HT – 5-hidroxitriptamina ou serotonina

5-HTT – Transportador da serotonina

5-HTTLPR – Serotonin transporter gene-linked polymorphic region (Região polimórfica ligada ao gene do transportador da serotonina)

95% IC – Intervalo de Confiança de 95%

DALY – Disability-adjusted life years (Anos de vida ajustados para incapacidade)

GxE – Gene-environment interaction (Interação gene-ambiente)

HHA – Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

IRS – Inibidor da receptação de serotonina

L – Alelo longo do polimorfismo do 5-HTTLPR

OR – Odds Ratio (Razão de chances)

rGE – Correlação gene-ambiente

RNA – Ácido ribonucleico

S – Alelo curto do polimorfismo do 5-HTTLPR

SNP – Single Nucleotide Polymorphism (Polimorfismo de único nucleotídeo)

RESUMO

O presente trabalho busca revisar o conceito de interação gene-ambiente na etiologia da depressão maior em jovens e apresentar os resultados de uma tentativa de replicação dos resultados do estudo que originalmente identificou uma interação gene-ambiente (GxE) mensurável no desenvolvimento de quadros depressivos. Na busca pelas origens dos quadros depressivos, em um estudo com modelo inovador, Caspi et al. (2003) identificaram uma inter-relação de variáveis genéticas e ambientais no mecanismo causal da depressão maior. O conceito de GxE foi alvo de intenso debate após sua primeira identificação, mantendo-se contraditório mesmo após a realização de três meta-análises. O artigo aqui apresentado buscou avaliar se a associação entre maus tratos na infância e episódio depressivo em jovens era moderada por um polimorfismo da região promotora do gene do transportador da serotonina (5-HTTLPR), assim como identificado no estudo original, desta vez em um contexto sociocultural distinto. Em uma coorte representativa da cidade de Pelotas/RS, seguida prospectivamente desde o nascimento, 5.249 indivíduos foram acompanhados até a idade de 18 anos (com uma taxa de retenção de 81,3%). As associações foram investigadas com análises de regressão logística e controle dos potenciais fatores de confusão. Os resultados replicaram integralmente as principais conclusões do estudo pioneiro, apesar das diferenças socioculturais. Houve uma modificação na relação dose-resposta entre maus tratos na infância e depressão maior de acordo com o genótipo 5-HTTLPR. Utilizando a estratégia de investigação mais semelhante possível, os principais resultados do estudo original puderam ser replicados em uma grande amostra de um contexto sociocultural totalmente diferente, reforçando a relevância da GxE na etiologia da depressão maior.

ABSTRACT

This study aims to review the concept of gene-environment interaction in the etiology of major depression among youth and present the results of an attempt to replicate the study that originally identified a measurable gene-environment interaction (GxE) in the development of depressive disorders. Searching the origins of depressive disorders, in an innovative framework, Caspi et al. (2003) identified an interplay of genetic and environmental variables in the causal mechanism of major depression. The concept of GxE was focus of intense debate after its first identification, keeping contradictory, even after completion of three meta-analyses. The article presented here sought to evaluate whether the association between childhood maltreatment and youth depressive episodes was moderated by a polymorphism in the promoter region of the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), as identified in the original study, this time in a distinct socio-cultural context. In a representative cohort from the city of Pelotas/RS, followed prospectively from birth, 5,249 individuals were followed until the age of 18 years (with a retention rate of 81.3%). Associations were investigated with logistic regression analyses and control for potential confounders. The results fully replicated the main findings of the original study, despite socio-cultural differences. There was a modification in the dose-response relationship between childhood maltreatment and major depression according to the 5-HTTLPR genotype. Using the most similar research strategy possible, all the main results of the original study could be replicated in a large sample of a totally different sociocultural context, reinforcing the importance of GxE in the etiology of major depression.

1. Apresentação

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “*Interação gene-ambiente na depressão maior em jovens: replicação da modificação do efeito dos maus tratos por polimorfismos no gene do transportador da serotonina*”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 30 de maio de 2014. O trabalho é apresentado em quatro partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Base conceitual e revisão da literatura
2. Objetivos
3. Artigo
4. Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. Introdução

Ao longo da última década, a pesquisa em saúde mental tem obtido importantes avanços na compreensão dos mecanismos etiopatológicos associados ao surgimento de transtornos mentais. Em função de sua alta prevalência e elevada morbimortalidade, os transtornos depressivos se tornaram alvo de intensa pesquisa, objetivando aprofundar o conhecimento disponível sobre sua etiologia, para fins de identificação precoce de indivíduos em risco e de abordagens terapêuticas mais efetivas, potencialmente reduzindo a carga de doença associada a tais transtornos, que figuram entre os maiores causadores de incapacidade no mundo todo (Rocha et al., 2013).

As explicações etiológicas simplistas de efeitos ou fatores causais isolados no desenvolvimento de doenças, como na dicotomia entre natureza e criação (*nature vs nurture*) existente na literatura para explicar a origem dos transtornos mentais, vem sendo progressivamente abandonadas. Ao longo das últimas décadas, uma visão mais integrada vem sendo adotada, onde tais transtornos são vistos como consequências do efeito de múltiplos fatores, de diferentes naturezas, tais como carga genética herdada, eventos perinatais, estilos parentais, características de personalidade, exposição a estressores, que se inter-relacionam em níveis relacionais, cognitivos, neurofuncionais e moleculares para o desenvolvimento de um transtorno (Caspi & Moffitt, 2006). Tais avanços na compreensão dos modelos de herança, somados ao progresso da pesquisa em genética e biologia molecular, possibilitaram a integração de novos conhecimentos, lançando uma nova luz sobre o entendimento da etiologia dos transtornos mentais.

Com base nesse cenário, a pesquisa científica sobre as origens dos transtornos depressivos foi altamente impactada pela publicação de um trabalho pioneiro, o qual conseguiu evidenciar e mensurar que os fatores genéticos e ambientais participavam de maneira inter-relacionada no surgimento desses transtornos, abrindo espaço para uma nova frente de compreensão dos mecanismos etiológicos envolvidos na ocorrência da depressão maior. Na busca de entender por que algumas pessoas expostas a eventos estressores e maus

tratos encontravam-se em risco aumentado para depressão maior, Caspi et al. (2003) apresentaram um modelo inovador, no qual foi possível ser demonstrado que a ocorrência de quadro depressivo após um estressor era moderada pela herança genética de cada indivíduo. Em uma coorte de indivíduos seguidos até início da idade adulta, os indivíduos portadores do alelo curto de um polimorfismo do gene do transportador de serotonina – 5-HTTLPR – apresentaram um risco aumentado de depressão, em comparação com aqueles homozigotos para o alelo longo quando enfrentando mesmos níveis de eventos estressantes ou de maus-tratos.

Tal achado foi gerador de um importante redirecionamento da pesquisa acerca do tema, com um aumento substancial de trabalhos buscando a reprodução do achado original (Duncan & Keller, 2011). No entanto, estudos mostrando resultados contraditórios levaram ao surgimento de dúvida e ceticismo sobre a real existência desse constructo, então nomeado interação gene-ambiente (GxE) (Duncan & Keller, 2011).

Em decorrência de tal incerteza, a organização de meta-análises para a sumarização dos resultados surgiu como uma possível estratégia para esclarecer a questão que permanecia indefinida. No entanto, o consenso acerca do tema não foi atingido, uma vez que os resultados das duas primeiras dessas meta-análises sugeriram uma falta de efeito do termo de interação, que mede as modificação do efeito do ambiente através de variações genéticas, na predição de depressão (Risch et al., 2009; Munafò et al., 2009). Um nova meta-análise sobre o tema, publicada em 2011, mais abrangente que as anteriores, concluiu que a literatura disponível sumarizada apontava para uma importante e significativa interação entre as variáveis genéticas e ambientais no desenvolvimento dos transtornos depressivos (Karg et al., 2011).

A discordância entre os achados, motivação para intenso debate na literatura mundial, são permeados por críticas à qualidade dos estudos selecionados, além dos métodos e delineamentos empregados nesses, pois as limitações desses estudos impactam diretamente na qualidade dos resultados de uma meta-análise. Além disso, os resultados disponibilizados pelas meta-análises foram questionados, principalmente em função das metodologias

utilizadas. Evidências de viés de seleção dos estudos incluídos nas duas primeiras, e de viés de publicação para estudos com conclusões negativas na literatura existente, o que comprometeria o poder de síntese da revisão mais recente, mantêm o tema da moderação genética, pelas variantes do 5-HTTLPR, da resposta aos eventos estressores, como os maus tratos na infância, no desenvolvimento dos transtornos depressivos ainda em aberto na literatura atual.

Em virtude do acima exposto, a possibilidade de replicação do achado original em uma amostra ampla e representativa de jovens brasileiros, utilizando a metodologia mais similar à utilizada no estudo original, mas em uma realidade sociocultural diversa, pode reforçar o constructo desenvolvido por Caspi et al., dando maior robustez ao achado original da influência genética na vulnerabilidade aos efeitos dos maus tratos no desenvolvimento de quadros depressivos.

3. Base conceitual e revisão da literatura

3.1. Transtornos depressivos na infância e adolescência¹

O entendimento acerca da depressão na infância e na adolescência tem se modificado significativamente nos últimos anos. Há não mais do que quatro décadas, até mesmo profissionais de saúde mental ainda questionavam a real existência de episódios depressivos entre crianças. Mais recentemente, o desenvolvimento de sistemas classificatórios com razoável confiabilidade permitiu o estabelecimento de um corpo de evidências mais robusto para a compreensão da depressão no início do ciclo vital (Goldman, 2012).

A adolescência geralmente é concebida como um período de saúde. Entretanto, estudos epidemiológicos de base comunitária indicam que até 20% dos indivíduos nesta faixa etária apresentam ao menos um transtorno mental diagnosticável (Kieling et al., 2011). O grande impacto imposto por transtornos mentais pode ser atribuído à sua incidência precocemente na vida e à sua persistência na idade adulta. Dados de estudos retrospectivos na idade adulta e de acompanhamentos longitudinais a partir da infância convergem para demonstrar que uma proporção substancial dos transtornos mentais identificados em adultos possui suas origens durante a infância e a adolescência (Kessler et al., 2005; Kim-Cohen et al., 2003).

Dados recentes do estudo *Global Burden of Disease* indicam que entre as cinco principais causas de morbimortalidade em indivíduos entre 10 e 24 anos de idade, três são diagnósticos psiquiátricos formais e as outras duas estão intimamente ligadas a problemas de saúde mental: transtornos depressivos unipolares respondem por 8,2% dos DALYs (anos de vida ajustados para incapacidade, na sigla em inglês) nesta faixa etária; acidentes de trânsito,

¹ Esta seção contém trechos do artigo Rocha TB, Zeni CP, Caetano SC, Kieling C. Mood disorders in childhood and adolescence. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35 Suppl 1:S22-31. (anexo B)

por 5,4%; esquizofrenia, por 4,1%; transtorno de humor bipolar, por 5,4%; e violência, por 3,5%. (Gore et al., 2011)

A ocorrência precoce de um episódio depressivo na vida do indivíduo está associada a uma gama de desfechos negativos em termos de morbidade e mortalidade, incluindo maior incidência de outros transtornos mentais, prejuízos na escola, no trabalho e nas relações interpessoais, bem como maior ocorrência de abuso de substâncias (Beardslee et al., 2012). Além de constituírem a principal categoria diagnóstica em todas as áreas em termos de carga de doença para indivíduos entre 10 e 24 anos, a depressão atinge entre 49% e 64% dos adolescentes que cometem suicídio, a terceira causa de morte nesta faixa etária (Beardslee et al., 2012).

Dados sobre a prevalência de depressão nos primeiros anos de vida são limitados pela carência de critérios diagnósticos apropriados do ponto de vista desenvolvimental. Os estudos realizados até o momento sugerem uma baixa ocorrência de episódios depressivos em pré-escolares, afetando em média 1% a 2,5% das crianças e sem diferenças significativas entre os sexos. No outro extremo, as estimativas de prevalência para depressão unipolar no final da adolescência se assemelham àquelas encontradas na população adulta, com 4% a 9% dos indivíduos apresentando um episódio depressivo em um período de 12 meses. (Goldman, 2012; Costello et al., 2005).

Ao longo adolescência, o risco acumulado para a ocorrência de um episódio depressivo aumenta de 5% para 20% (Hankin et al., 1998; Thapar et al., 2012). Muitos fatores podem explicar o aumento na ocorrência de depressão após a puberdade. A adolescência constitui um período crucial no desenvolvimento, sendo marcada pela confluência de mudanças biológicas, psicológicas e sociais que podem acarretar uma janela de incidência para transtornos mentais (Paus et al., 2008). Com o início da puberdade, ocorre um rápido processo de maturação física e incremento cognitivo (com o aumento da capacidade de pensamento abstrato e generalizações), bem como transições sociais e interpessoais, com

mudanças nas relações escolares ou nos papéis sociais junto à família e aos pares (Weir et al., 2012).

Sob uma ótica desenvolvimental, a transição biopsicossocial ocorrida na adolescência se mostra como um momento de alta vulnerabilidade, uma vez que a grande maioria dos transtornos mentais tem seu aumento de incidência nessa faixa etária (Paus et al., 2008). Portanto, levando em consideração o processo em andamento de maturação cerebral e fisiológica do indivíduo, compreender o impacto diferencial que cada tipo de fator de risco e qual momento que esse ocorre dentro do desenvolvimento do sujeito parece ser elemento fundamental para uma melhor compreensão etiopatológica dos transtornos mentais em geral, e particularmente, da depressão maior.

3.2. Fatores de risco para transtornos depressivos

A ocorrência concomitante de fatores de risco e de proteção coloca desafios à identificação de elementos específicos responsáveis pela instalação e pela persistência de problemas de saúde mental. Fatores distais precoces (isto é, fatores não-específicos que afetam a probabilidade de riscos subsequentes) operam em conjunto com causas proximais (que incidem diretamente sobre o indivíduo) por meio de uma cadeia probabilística que é condicionada por questões como dosagem, tempo e contexto. A abordagem do ciclo de vida (Figura 1) fornece um modelo que mapeia os fatores de risco relevantes em uma ordem cronológica, desde o período pré-concepcional de uma geração para a próxima geração.

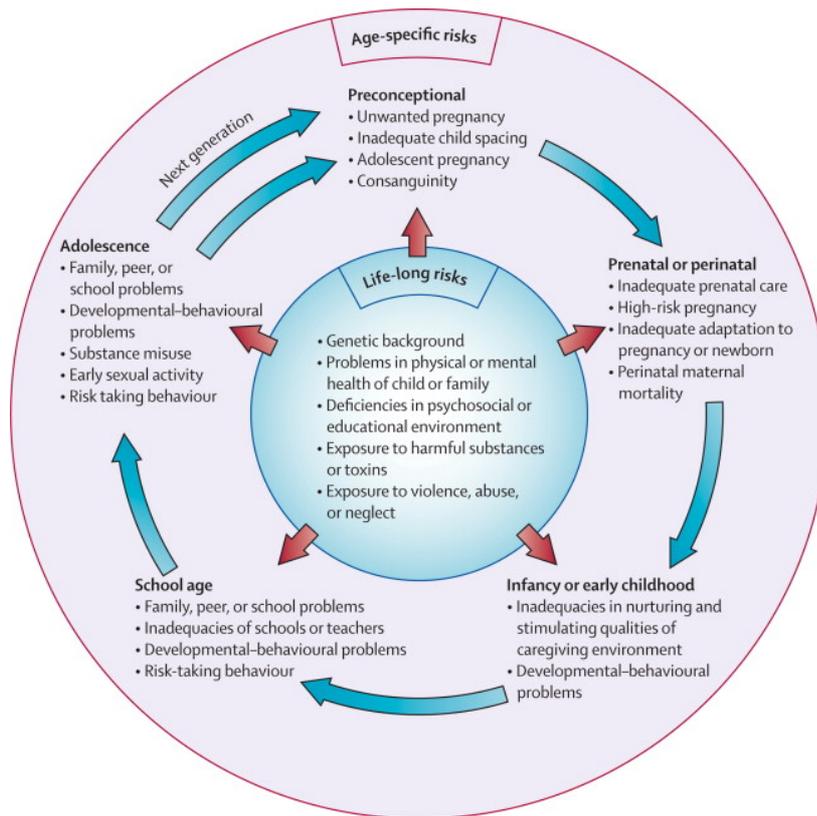


Figura 1. A abordagem do *ciclo de vida* em relação a fatores de risco para transtornos mentais (extraído de Kieling et al., 2011)

Um dos achados mais consistentes na literatura sobre etiopatogenia da depressão maior é o aumento na proporção de mulheres apresentando quadros de depressão após a puberdade. Essa discrepância na razão feminino/masculino é observada tanto em estudos clínicos quanto naqueles de base populacional, sendo assim pouco provável que reflita um viés de busca ou encaminhamento para tratamento. Apesar de as razões para tal diferença não serem completamente compreendidas, sugere-se que alterações hormonais possam um papel relevante neste fenômeno, atuando mais no sentido de aumentar a sensibilidade a estressores ambientais do que propriamente causando a depressão *per se*.

Aumentos na incidência de depressão em adolescentes do sexo feminino foram associadas a puberdade precoce (Copeland et al., 2010), baixo peso ao nascer (Costello et al., 2007), e níveis aumentados de esteroides como estrogênio e testosterona (Angold et al.,

1998). Entretanto, o apelo de tais mecanismos parece ser uma simplificação exagerada: no caso de puberdade precoce, uma transição biológica ambientalmente influenciada (Moffitt et al., 1992) afeta o risco sexo-específico para depressão através de efeitos no contexto social (De Bernardo et al, 2002) mediados pelo processamento cognitivo (Weichold et al, 2003).

Dentre os fatores associados ao aumento do risco para desenvolvimento de transtornos depressivos, o principal fator associado parece ser uma alta carga familiar de depressão (Weissman et al., 2005). Estudos de adoção, gêmeos e de alto risco corroboram o papel central do componente familiar na etiologia da depressão maior, possivelmente através da interação entre fatores genéticos e ambientais (Caspi et al., 2003).

Exposições a estressores ambientais foram evidenciados como fatores associados ao risco aumentado para o desenvolvimento de quadros de depressão maior. Acredita-se que a incidência e a recorrência de episódios depressivos possa ser mediada e/ou moderada por fatores estressores como perdas, negligência ou abuso, conflitos e frustrações (Kendler & Gardner, 2010; Kendler, Gardner & Prescott, 2002; Kendler, Gardner & Prescott, 2006). Entretanto, os efeitos de tais estressores parecem estar condicionados sobretudo pelo modo como o indivíduo interpreta e lida com tais dificuldades, particularmente quando da presença de altos índices de neuroticismo (Kendler et al., 2006a) ou baixa autoestima (Roberts & Kendler, 1999).

Fatores como insatisfação marital (Whisman & Bruce, 1999), perda parental precoce, (Kendler et al., 2002) percepção de falta de carinho dos pais (Gotlib et al., 1988), baixo suporte social (Kendler, Gardner & Prescott, 2002), baixa classe socioeconômica (Ritsher et al., 2001), além de histórico pessoal prévio de quadros depressivos (Kendler & Gardner, 2014) ou ansiosos (Breslau, Schultz & Peterson, 1995) mostraram aumentos substanciais nas taxas de incidência de quadros depressivos. Dentre os fatores ambientais mais estudados, a exposição a maus tratos na infância tem sido apontada como um dos principais fatores de

risco para quadros psiquiátricos em geral e, particularmente, para os transtornos depressivos (Kendler et al., 2000; Teicher & Samson, 2013).

3.3. Maus tratos na infância

A literatura sobre o impacto da exposição a maus tratos na infância tem aumentado progressivamente nas últimas décadas. Uma análise da quantidade de publicações sobre o tópico na base de dados Web of Science evidencia um aumento de quase 5 vezes no número de itens publicados por ano, passando de 69 em 2004 para 341 em 2013. Mas qual o motivo do crescente interesse nesse fator em especial? A literatura atual traz evidências que é a exposição aos maus tratos na infância, e não aos demais estressores ao longo da vida, o principal preditor e antecessor dos quadros psiquiátricos (Teicher & Samson, 2013; Brown & Harris, 2008). Isto está de acordo com o modelo do ciclo da vida acima mencionado (Figura 1), no qual a exposição a um fator de risco precoce influencia a cadeia probabilística de acontecimento de novos eventos de risco subsequentes, de maneira similar ao sugerido por Felitti et al. (1998).

Maus tratos na infância podem ser definidos como uma exposição sustentada ou repetida a eventos que envolvem quebra de confiança (De Bellis, 2001). Eles podem ser classificados como ativos, como no abuso físico, emocional ou sexual, ou passivos, nos casos de negligência física ou emocional. Em virtude das diferentes definições utilizadas para caracterizar maus tratos nos estudos epidemiológicos ou clínicos, é difícil afirmar as reais prevalência e incidência desse tipo de estressor. Estatísticas disponíveis apontam para estimativas de prevalência nos últimos doze meses de cerca de 13,8%, enquanto que estudos retrospectivos sugerem estimativas de até 42% quando englobado todo o período de dezoito anos da infância e adolescência dos indivíduos questionados (Teicher & Samson, 2013).

A ocorrência dos maus tratos em momentos precoces do desenvolvimento impactam a formação e reorganização neurobiológica do indivíduo. Alterações morfológicas de regiões

cerebrais específicas, como redução de áreas do corpo caloso, redução do volume hipocampal, assim como prejuízo no desenvolvimento estrutural e funcional normal do neocórtex, como o córtex cingulado anterior, o córtex pré-frontal orbitofrontal e o dorsolateral, além da hiper-reatividade da amígdala, sugerem participação direta ou indireta das experiências de maus tratos na regulação/desregulação do crescimento e organização cerebral quando comparados a indivíduos sem tal exposição (Teicher & Samson, 2013).

Sob ponto de vista neuro-humoral, a perturbação precoce do desenvolvimento neuronal ocasionada pelos estressores precoces induz alterações funcionais no sistema autonômico e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) em indivíduos expostos a maus tratos, alterando a resposta a estressores subsequentes (Heim et al., 2000). Tais reprogramações do sistema de “luta ou fuga”, característico das reações a estressores, podem estar supra ou infra regulados, dependendo do tipo de mau trato e do momento em que esse ocorreu (Bosch et al., 2012).

A constatação que os maus tratos ocorridos em diferentes momentos do desenvolvimento podem ter desfechos diferentes sobre o indivíduo sugere a existência de “janelas” cronológicas de vulnerabilidade, nas quais a suscetibilidade de algumas áreas cerebrais encontra-se mais elevada. Investigações recentes sugerem que o hipocampo encontraria-se em tal estágio no intervalo entre 3 a 5 anos, a região média do corpo caloso entre 9 e 10 anos e o córtex pré-frontal entre 14 e 16 anos de idade. Tais achados apontariam que é o momento desenvolvimental da ocorrência da exposição que irá influenciar os seus desfechos negativos. Ainda, sugere-se que as consequências dessa exposição podem não se manifestar de maneira imediata, emergindo predominantemente na transição entre a puberdade e a fase adulta (Teicher & Samson, 2013).

Dentre as consequências psicopatológicas associadas aos maus tratos infantis, a literatura disponível aponta importante contribuição da exposição a esses no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, como transtornos ansiosos, transtornos de estresse pós-

traumático, transtorno de abuso de substâncias, transtornos de personalidade, e transtornos depressivos (Teicher & Samson, 2013; Scott, Smith & Ellis, 2010). Com relação ao desenvolvimento de quadros depressivos, estudos prospectivos apontam para um risco duas vezes maior nos indivíduos expostos a maus tratos precoces, quando comparados aos sem tal histórico (Teicher & Samson, 2013). Esse risco parece ser proporcional ao número de eventos relacionados a experiências de maus tratos infantis, crescendo de maneira dose-dependente à exposição (Felitti et al., 1998).

Comparado a quadros depressivos sem histórico de maus tratos, a depressão com maus tratos apresenta-se mais precocemente na vida, com perturbação mais intensa do humor, apresentando maior prevalência de sintomas neurovegetativos, sintomas psicóticos e comorbidades psiquiátricas e médicas, com curso mais pervasivo, mostrando maior associação com suicídio e auto-dano. Ainda, a resposta ao tratamento parece ser diferente, com maiores taxas de não resposta. Esses dados apontam para uma participação intensa desse fator de risco no desenvolvimento de quadros depressivos, além modificar de maneira substancial o curso e prognóstico desses (Teicher & Samson, 2013).

No entanto, apesar das inúmeras evidências do impacto no desenvolvimento neurobiológico, cognitivo e humoral dos indivíduos expostos a maus tratos precoces, com as elevadas taxas de ocorrência de uma miríade de consequências a longo prazo, tais consequências não são uniformes para todos submetidos a tal exposição. Mesmo em situações de alta carga de exposição aos maus tratos, a prevalência de diagnóstico de transtorno depressivo maior foi de no máximo 50.4% (Felitti et al., 1998), apontando para uma contribuição forte e pervasiva desse fator de risco, mas não determinante para o desenvolvimento do desfecho. Estudos de gêmeos e de famílias apontam para a contribuição complementar de variáveis ambientais e genéticas no desenvolvimento das doenças em geral, o que sugere uma complementariedade entre essas (Duncan, Pollastri & Smoller, 2014).

3.4. Interação gene-ambiente

O conceito de herdabilidade genética se refere à parcela da variabilidade fenotípica que pode ser explicada pelo genótipo do indivíduo (Duncan, Pollastri & Smoller, 2014). Os quadros de depressão maior unipolar tem sua herdabilidade estimada por volta de 40% (Kendler et al., 2006b; Sullivan, Daly & O'Donovan, 2012), o que sugere uma etiologia multifatorial, a partir de variáveis genéticas e ambientais, para o desenvolvimento desse transtorno. Isso reforça a ideia que não há fatores de risco genéticos e ambientais isolados suficientes ou necessários para o desenvolvimento do transtorno depressivo, e que os fatores de risco atuam através de mecanismos conjuntos para a proteção ou para a ocorrência desses transtornos mentais (Rutter, 2002).

Genes e ambientes se inter-relacionam através de mecanismos diversos para aumentar a suscetibilidade a transtornos ou para promover a resiliência. Um conceito relevante para a compreensão das associações entre gene e ambiente é o da correlação gene-ambiente (rGE). Tal termo se refere a possibilidade da exposição a fatores ambientais (de risco ou proteção) ser uma condição herdada, influenciada por fatores genéticos. A partir desse conceito, o comportamento de exposição a fatores ambientais seria influenciado geneticamente, através de uma interação entre o gene investigado e outros genes não avaliados, não sendo possível afirmar a ocorrência de uma inter-relação “real” entre gene e ambiente (Rutter, 2002). Entre os mecanismos de inter-relação “reais” de fatores genéticos e ambientais, destacam-se mecanismos epigenéticos e interação gene-ambiente (GxE) (Rutter, Moffitt & Caspi, 2006). Fenômenos de GxE referem-se à variação do efeito de uma exposição ambiental em função do genótipo do indivíduo. Alternativamente, podem ser definidos como situações em que os genes moderam a sensibilidade do organismo a eventos ambientais específicos, aumentando o risco de transtornos ou promovendo a resiliência. Quando há GxE, um transtorno mental ocorre se características ambientais específicas e um genótipo determinado são combinados, ou seja, quando a predisposição genética é associada a fatores desencadeantes ambientais, caracterizando o modelo conhecido como estresse-diátese (Caspi & Moffitt, 2006; Moffitt, Caspi & Rutter, 2005; Rutter, 2002).

Em sua equação etiológica para a neurose, Freud já afirmava a existência de uma interação entre os fatores constitucionais (genéticos) com as experiências precoces do indivíduo como elementos fundamentais na cadeia causal dos quadros de neuroses (Freud, 1895). Apontava que o produto dessa combinação era uma condição predisponente para que, após um novo estressor, o transtorno neurótico se instalasse, similar à teoria de estresse-diátese. Sua equação, datada do final do século XIX, pode ser considerada uma das primeiras teses de modelo de GxE para questões relacionadas à saúde mental publicadas.

O interesse na pesquisa em GxE em quadros psiquiátricos tem aumentando substancialmente nas últimas duas décadas, com aumento progressivo de publicações sobre o tema. A incorporação de conhecimentos derivados do campo da genética psiquiátrica, onde métodos moleculares e quantitativos são empregados para identificar a contribuição genética nos desfechos de saúde mental, tem auxiliado na implementação de melhores estratégias para a identificação, avaliação e mensuração de GxE na etiologia do transtornos psiquiátricos (Duncan, Pollastri & Smoller, 2014).

3.5. Depressão e o polimorfismo 5-HTTLPR

Para estudo de GxE na depressão maior, a seleção do gene candidato para o estudo de interação é parte fundamental. Conforme modelo metodológico proposto para a realização de estudos de GxE desenvolvido por pesquisadores pioneiros nesse campo (Moffitt, Caspi & Rutter, 2005), há a necessidade de inicialmente ser definida a tríade gene, agente ambiental e fenótipo comportamental, baseando-se em hipóteses conceituais biologicamente plausíveis.

Seleção de genes para estudos genéticos de associação desses com desfechos neuropsiquiátricos se baseia nas informações neurobiológicas disponíveis para gerar hipóteses de genes candidatos para análise. Para fenótipos psiquiátricos, genes candidatos foram principalmente derivados da suposta importância dos neurotransmissores na etiopatogenia dos quadros, como o caso da serotonina (5-HT) no transtorno depressivo maior. A eficácia dos

antidepressivos inibidores da receptação da serotonina (IRS) no tratamento de sintomas ansiosos e depressivos, a partir da modulação da disponibilidade desse neurotransmissor na fenda sináptica, tornou o sistema serotoninérgico fonte lógica para seleção de gene candidato para etiologia do transtorno depressivo.

O sistema serotoninérgico encontra-se associado a regulação de muitas funções fisiológicas, como apetite, sono e atividade reprodutiva, além de influenciar níveis de resposta de ansiedade e humor. O transportador de serotonina (5-HTT), regulador da magnitude e frequências das respostas serotoninérgicas, tem papel fundamental no ajuste fino da função biológica desse neurotransmissor. O 5-HTT é codificado por um único gene (SLC6A4), no cromossomo 17q12. Polimorfismos de 43 pares de base do tipo inserção/deleção identificados na região 5', acima da sequência codificadora, na região de controle da transcrição gênica, determinam diferenças funcionais na eficiência de transcrição gênica. A variante com alelo longo (L) dessa região, chamada de região polimórfica ligada ao gene do transportador da serotonina (5-HTTLPR), está associada a maiores níveis de RNA mensageiro do transportador de serotonina, em comparação com o alelo curto (S, do inglês *short*), em linhagens de células humanas (Ito et al., 2002; Heils et al., 1996).

Mais recentemente, Hu et al. (2006) relataram a existência de um polimorfismo de único nucleotídeo (SNP, do inglês *single nucleotide polymorphism*) na forma longa do 5HTTLPR (rs25531, A/G), gerando as variantes La e Lg desse alelo, com significado funcional: o alelo mais comum La está associada com a atividade basal mais elevada, enquanto que o alelo menos comum Lg tem atividade de transcrição não maior do que o alelo S. Essa compreensão é denominada sistema trialélico do 5-HTTLPR, pois afirma a existência de três alelos funcionais: La, Lg e S.

O 5-HTTLPR, por sua direta relação com a regulação do sistema serotoninérgico, tornou-se foco do interesse de pesquisas sobre sua contribuição direta e indireta na etiologia de transtornos depressivos e de ansiedade, sendo hoje a variante genética mais estudada na

neurociência (Duncan, Pollastri & Smoller, 2014). Evidências provenientes de estudos com primatas e roedores apontam a importante modulação na resposta a estímulos estressores precoces em macacos com o alelo S e em roedores com *knockout* do gene do 5-HTT (Caspi et al., 2010), formando um alicerce para a compreensão de possíveis mecanismos para a influência do 5-HTTLPR na reatividade ao estresse em humanos. Estudos utilizando exames não invasivos em humanos, como ressonância nuclear magnética funcional, mostraram uma exagerada reatividade da amígdala a estímulos ameaçadores em portadores do alelo S do 5-HTTLPR (Pezawas et al., 2005). Tal achado sugere diferenças individuais na sensibilidade a ameaças e estresses ambientais, o que é corroborado pela identificação de maiores taxas de neuroticismo, traço de personalidade associado a depressão, em indivíduos portadores de um ou duas cópias do alelo S do 5-HTTLPR (Caspi et al., 2010).

3.6. Interação gene-ambiente no desenvolvimento de depressão maior

Conforme já mencionado, eventos estressores constituem um fator de risco conhecido e bem estudado para transtornos depressivos na vida adulta (Teicher & Samson, 2013; Felitti et al., 1998). Por outro lado, uma proporção significativa de indivíduos submetidos a tais estressores não desenvolve quadro depressivo ao longo do seu desenvolvimento, o que é sugestivo de que influências genéticas poderiam apresentar um efeito moderador sobre o impacto de tais estressores. Com base nessa observação, a investigação do papel da interação entre o polimorfismo candidato 5-HTTLPR e variáveis ambientais de risco, como eventos estressores e maus tratos na infância, na etiologia da depressão maior surge como importante tópico a ser estudado. Nessa direção, Caspi et al. (2003) avaliaram o efeito da interação do polimorfismo funcional no 5-HTTLPR com os eventos estressores e os maus-tratos na infância no desenvolvimento de quadros depressivos.

Tendo em vista a base conceitual sólida da relação do 5-HTTLPR com desfechos associados à desregulação do sistema de estresse, os autores estudaram uma amostra prospectiva de nascimento de 1.037 crianças avaliadas a cada dois anos entre 3 e 15 anos e

após, aos 18, 21 e 26 anos de idade, com impressionante taxa de retenção de 96%. A presença de eventos estressores nos cinco anos anteriores da avaliação dos 26 anos foi avaliada por uso de registro em calendário de 14 eventos estressores, que incluíam estresses relacionados a trabalho, relacionamento, finanças, saúde e problemas domésticos. A avaliação de maus tratos na primeira década de vida foi definida como rejeição materna, perda repetida de um cuidador, disciplina agressiva, abuso físico e sexual. Em relação aos quadros depressivos, foram utilizados quatro indicadores: (1) diagnóstico categórico de episódio depressivo; (2) avaliação quantitativa de sintomas depressivos; (3) relatos de ideação ou tentativa de suicídio; (4) sintomas depressivos relatados por um informante próximo ao indivíduo. Todas as aferições tinham como definição temporal a presença de sintomas nos últimos 12 meses da avaliação aos 26 anos de idade.

O genótipo do 5-HTTLPR não apresentou um efeito principal sobre o desenvolvimento de quadros depressivos; já os eventos de vida estressores e os maus tratos na infância apresentaram um efeito significativo sobre o desfecho, assim como a interação entre esses eventos estressores e o 5-HTTLPR. Análise estratificada por genótipos mostrou a influência progressiva dos eventos estressores sobre o desfecho conforme o número de alelos S presentes, mas não se manteve significativa para os indivíduos homozigotos para o alelo L. Esses resultados se mantiveram para todos os indicadores de desfecho estudados. Os autores ainda avaliaram a possibilidade de uma rGE estar sendo responsável pelos achados encontrados. Após devida investigação e análise, essa hipótese foi descartada, o que reforçaria a evidência que a GxE identificada seria real.

O impacto dos achados deste estudo pioneiro pode ser evidenciado, entre outros, a partir do número de tentativas de replicar seus resultados. Diferentes estudos com metodologias e desenhos diversos buscaram reproduzir o achado original. No entanto, conclusões contraditórias passaram a gerar dúvidas sobre a real existência da moderação pelo 5-HTTLPR dos efeitos dos estressores no desenvolvimento nos quadros depressivos. Tais

divergências resultaram na elaboração, no ano de 2009, de duas meta-análises que buscaram integrar os achados até então encontrados. Risch et al. (2009) resumiram os resultados de 14 estudos que avaliaram a interação entre 5-HTTLPR e eventos estressores, apresentando uma conclusão negativa para a existência de GxE, mostrando que a adição do polimorfismo do 5-HTTLPR não melhorou a capacidade preditiva para depressão além da associada aos eventos negativos de vida, com *odds ratio* (OR) para o termo de interação de 1,01, com intervalo de confiança de 95% (95% IC) de 0,94 a 1,10. Em outra meta-análise, Munafò et al. (2009) analisaram 5 estudos, com conclusão final que o termo de interação não se encontrava associado com o desfecho depressão maior, e que os resultados positivos identificados dessa associação na literatura poderiam ser explicados pelo acaso, uma vez que não apresentavam poder suficiente para rejeitar a hipótese nula (OR para o termo de interação: 1,16, 95% IC de 0,89 a 1,49), sem evidências de heterogeneidade significativa entre os estudos ($\chi^2 = 5,25$, $p = 0,26$, $I^2 = 23,80$).

Críticas ao reduzido número de estudos incluídos nessas meta-análises, além da sugestão de vieses de seleção na escolha desses artigos (Uher & McGuffin, 2010) abriram campo para uma nova meta-análise, publicada em 2011. Nessa, Karg et al. (2011) buscaram ampliar o escopo de estudos selecionáveis, com a inclusão dos estudos que avaliaram não apenas eventos estressores, mas também maus tratos na infância, como o estudo original, sendo selecionados para essa nova análise 54 estudos. Fazendo uso de uma metodologia não-usual para a meta-análise dos dados, os autores definiram o peso dos valores de p de cada resultado apresentado pelos estudos selecionados, conforme o tamanho amostral da análise, para avaliar o resultado agregado dessas medidas. Com base nesse desenho, os autores puderam demonstrar uma significância do resultado agregado da interação ($p=0.00002$), com resultado final confirmando o papel do polimorfismo do 5-HTTLPR na moderação entre estresse e depressão. Evidências compatíveis com viés de publicação para resultados negativos na literatura de GxE, além de críticas aos critérios extremamente abrangentes da

última meta-análise, foram apontados como possíveis razões para essas conclusões contraditórias (Duncan & Keller, 2011)

3.7. Replicabilidade do achado de GxE na etiologia da depressão maior

Em virtude da dificuldade na elucidação do real papel da GxE na gênese dos transtornos depressivos, diversos autores tem proposto estratégias para orientar a busca por replicações de achados originais, objetivando chegar a respostas mais definitivas sobre o tema (Moffitt, Caspi & Rutter, 2005; Caspi et al., 2010). Tais estratégias tem como objetivo de maximizar a comparabilidade, reduzindo as diferenças metodológicas dos estudos, e aumentar o poder de síntese dos resultados combinados, abrindo campo para meta-análises mais conclusivas. É importante considerar que o valor de uma meta-análise reside na qualidade dos estudos originais que agrega e na possibilidade de comparação entre as amostras quanto à distribuição do genótipo e dos fatores ambientais em estudo.

Dentre essas estratégias, a busca por metodologias e análises que se mantenham o mais similar possível do estudo original, com melhor qualidade nas aferições das variáveis de exposição, pode contribuir positivamente para a busca de replicação, aumentando a qualidade da interpretação dos dados e a geração de conclusões generalizáveis. Levando em consideração o estado altamente controverso da pesquisa em GxE na depressão, a elaboração de parâmetros objetivos para nortear a busca por replicações estatísticas mostra-se necessária (Dunn et al., 2011). Com esse objetivo, Culverhouse et al. (2014) organizaram um protocolo para meta-análise que visa instruir a construção de novos estudos de GxE na depressão maior, com objetivo de elucidar o papel do 5-HTTLPR no desenvolvimento do desfecho. Tal protocolo objetiva ainda auxiliar a condução e análise desses estudos, potencializando a capacidade de análise conjunta dos dados obtidos.

Um dos aspectos problemáticos do protocolo acima descrito, alvo de duras críticas, é a ausência da garantia da temporalidade entre estressores e desfecho para o estabelecimento

de causalidade (Moffitt & Caspi, 2014). A não identificação da ordem temporal entre a exposição e o desfecho é altamente problemática e geradora de vieses uma vez que há evidências na literatura que indivíduos já deprimidos se expõem mais a situações estressoras, e que esses tem uma seletividade de memória para os eventos passados (Joormann et al., 2009), tanto por uma revisão de memória de maneira congruente com o humor, supervalorizando eventos negativos, assim como a busca por achar significado e causalidade para seu estado de humor deprimido, um processo denominado *effort after meaning* (Caspi et al., 2010).

A impossibilidade de determinar, em muitas tentativas de replicação do achado original, a relação temporal entre a variável ambiental e o desfecho pode estar entre as possíveis razões para a divergência dos achados encontrados. Outro aspecto levantado por estudos recentes para explicar tal divergência se refere ao tipo de variável ambiental estudada. Evidências recentes apontam que é a exposição a maus tratos na infância o principal contribuinte para o risco de depressão, tendo impacto direto sobre esse desfecho (Brown & Harris, 2008). Estudos de GxE utilizando como variável ambiental a exposição a maus tratos infantis mostrou moderação do 5-HTTLPR na etiologia da depressão, enquanto que os que analisaram apenas o histórico de eventos estressores recentes, em sua maioria, não confirmaram essa interação (Karg et al., 2011). Tais dados sugerem que, levando-se em conta uma perspectiva desenvolvimental, a moderação do polimorfismo do 5-HTTLPR ocorrida após estresse precoce geraria alterações pervasivas no comportamento e/ou no desenvolvimento cerebral em um período de maior janela de suscetibilidade a esses estressores, o que aumentaria o risco de exposição a novos eventos estressores ao longo da vida (Kieling et al., 2011; Brown & Harris, 2008, Felitti et al., 1998). A partir dessa visão, considera-se que são os maus tratos na infância, e não os eventos estressores subsequentes, os estressores chave, mais indicados para estudo de GxE na depressão.

A replicação de achados em amostras independentes é fundamental para a consolidação dos achados. Estudos realizados em contextos distintos, como países de alta, média e baixa

rendas podem ser complementares no processo de confirmação ou não de determinado achado de GxE. Conforme Caspi et. al. (2010), a capacidade de perceber o sinal de um achado apesar do “ruído” proveniente de diferentes metodologias, características amostrais e contextos diversos fornecem força ao constructo original. Ainda, o tamanho amostral tem se mostrado um importante limitador das inferências e conclusões sobre os achados científicos (Button et al., 2013). A replicação de um achado original, realizada não apenas em novo contexto e seguindo a metodologia de referência, mas também atingida em uma amostra representativa e de tamanho amostral elevado poderia reforçar a hipótese levantada no estudo pioneiro.

Portanto, a presente dissertação tem como objetivo testar a existência da moderação do polimorfismo do 5-HTTLPR sobre os efeitos da exposição aos maus tratos infantis no desenvolvimento de episódios depressivos em uma amostra prospectiva de jovens acompanhados desde o nascimento. Ainda, procurou-se retomar ao máximo o desenho e a metodologia originais de Caspi et. al. (2003), buscando com isso a replicação dos achados desse estudo, agora em um contexto sociocultural diferente da investigação original.

4. Objetivos

4.1. Objetivo geral

Testar a existência da interação entre maus tratos e 5-HTTLPR no desenvolvimento de depressão maior em adultos jovens.

4.2. Objetivos específicos

1. Testar a replicabilidade do achado de interação entre maus tratos e 5-HTTLPR na ocorrência de depressão maior no contexto sociocultural brasileiro, utilizando delineamento e estratégia de análise mais similares possível em relação ao estudo original.
2. Avaliar a especificidade do modelo de GxE para os quadros depressivos, testando o mesmo modelo para diferentes desfechos psiquiátricos.
3. Verificar se a hipótese da suscetibilidade diferencial para os polimorfismos do 5-HTTLPR, proposta na literatura atual, é sustentada pelos achados do presente estudo.
4. Investigar se há interação entre maus tratos e o 5HTTLPR na ocorrência de transtorno depressivo maior, considerando a reclassificação funcional deste polimorfismo no sistema trialélico.

5. Artigo

Gene-environment interaction in youth depression: replication of the 5-HTTLPR moderation in a diverse setting.

Interação gene-ambiente na depressão maior de jovens: replicação da moderação pelo 5-HTTLPR em um diferente contexto sociocultural.

Thiago Botter Maio Rocha, Mestrando em Psiquiatria pela UFRGS

Artigo em processo de submissão para o *American Journal of Psychiatry*

Gene-environment interaction in youth depression: replication of the 5-HTTLPR moderation in a diverse setting

Thiago Botter-Maio Rocha, M.D.¹; Mara H. Hutz, Ph.D.²; Angélica Salatino-Oliveira, B.S.²; Júlia P. Genro, Ph.D.²; Guilherme V. Polanczyk, M.D, Ph.D.^{3,6}; João Ricardo Sato, Ph.D.⁴; Fernando C. Wehrmeister, Ph.D.⁵; Fernando C. Barros, M.D., Ph.D.⁵; Ana M. B. Menezes, M.D., Ph.D.⁵; Luis Augusto Rohde, M.D., Ph.D.^{1,6}; Luciana Anselmi, Ph.D.⁴; Christian Kieling, M.D., Ph.D.¹

¹Department of Psychiatry, Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil; ²Department of Genetics, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil; ³Department of Psychiatry, Universidade de São Paulo, Brazil; ⁴Center of Mathematics Computation and Cognition, Universidade Federal do ABC, Brazil; ⁵Postgraduate Program in Epidemiology, Universidade Federal de Pelotas, Brazil; ⁶National Institute for Developmental Psychiatry for Children and Adolescents, Brazil.

Location of work: Department of Psychiatry, Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil, and Postgraduate Program in Epidemiology, Universidade Federal de Pelotas, Brazil

Address correspondence: Christian Kieling, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2530 – 400N. Porto Alegre 90035-009, RS, Brazil; Email: ckieling@ufrgs.br

Disclosure and acknowledgements: Drs. Rocha, Hutz, Salatino-Oliveira, Genro, Wehrmeister, Barros, Menezes and Anselmi report no competing interests. Dr. Polanczyk is supported by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and by Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPESP) (2012/51624-1). He has served as a consultant and speaker to Shire and receives authorship royalties from publisher Manole. Dr. Sato receives research grants from FAPESP (2013/10498-6 and 2013/00506-1). Dr. Rohde has been on the speakers' bureau/advisory board and/or has acted as a consultant for Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis and Shire in the last three years. He receives authorship royalties from Oxford Press and ArtMed. He also received travel awards for taking part of 2014 APA meeting from Shire. The ADHD and Juvenile Bipolar Disorder Outpatient Programs chaired by him received unrestricted educational and research support from the following pharmaceutical companies in the last three years: Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis, and Shire. Dr. Kieling receives research grants from CNPq, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). He has also received authorship royalties from publishers Artmed and Manole.

This article is based on data from the study “Pelotas Birth Cohort, 1993” conducted by Postgraduate Program in Epidemiology at Universidade Federal de Pelotas. The 1993 birth cohort study is currently supported by the Wellcome Trust through the program entitled Major Awards for Latin America on Health Consequences of Population Change. The European Union, National Support Program for Centers of Excellence (PRONEX), CNPq, and the Brazilian Ministry of Health supported previous phases of the study. The authors thank Lucas Battel and all PRODEPA group for their contribution to this work.

Abstract

Objective: Replication of scientific findings is a major challenge in biomedical research. In psychiatry, the identification of measured gene-environment interactions (GxE) has promoted a heated debate over the last decade, with controversial results about its influence on disorders such as major depression. We here sought to replicate an original, groundbreaking study on GxE in youth depression in a large birth cohort from a diverse setting. *Method:* Adopting the most similar design of the original study, we tested whether the relationship between childhood maltreatment and a subsequent depressive episode diagnosis was moderated by 5-HTTLPR genotypes. In the 1993 Pelotas Birth Cohort Study, 5,249 individuals were assessed at birth and followed up to the age of 18 years (with a 81.3% retention rate). Associations were investigated with logistic regression analyses and controlling for potential confounders. *Results:* Our results thoroughly replicated the findings of the pioneer study, this time in a middle-income country: there was a differential dose-response relationship between childhood maltreatment and major depression according to the 5-HTTLPR genotype. *Conclusions:* After following the most similar research strategy possible, all the main findings from the original study were replicated in a large sample from a different sociocultural context, reinforcing the role of GxE in the etiology of major depression.

Introduction

The pursuit of groundbreaking findings has driven major advances in modern science throughout the years. Studies focusing on the replication of initial results, although also recognized as essential in the scientific process,(1-4) have received less attention and are frequently regarded as just “another brick in the wall”.(5) In the recent years, however, the low rate of replicability of results yielded incredulity, doubt and distrust in the biomedical area in general,(6-8) and also in the field of mental health research.(9, 10) Pioneer studies that focused on measured gene-environment interactions (GxE) had a tremendous impact in psychiatric literature,(11, 12) instigating many replication efforts. Discrepancy in subsequent results, however, generated a heated debate over the last decade, casting doubts whether and to what extent initial findings are reproducible.(13-17)

In the search to understand why some, but not all, individuals exposed to stressful life events and maltreatment are at increased risk for major depression, Caspi et al.(12) have presented an innovative framework, demonstrating that this phenomenon was moderated by one’s genetic background. In a cohort of individuals followed up to early adulthood, those carrying the short allele of a serotonin transporter linked polymorphic region (5-HTTLPR) exhibited an increased risk for depression in comparison to those homozygotes for the long allele when experiencing stressful life events or maltreatment.

Mixed findings among studies trying to replicate the initial report were summarized in meta-analyses that suggested an overall lack of this interaction in the prediction of depression,(18) and that the “addition of the 5-HTT genotype did not improve the prediction of depression beyond that associated with negative life events”.(13) Criticisms about the selection bias of included studies(19) have promoted the publication of a broader meta-analysis two years later that posited that aggregated results were in accordance with a significant role for the 5-

HTTLPR polymorphism in moderating the relationship between stress and depression.(20) Evidence of publication bias of negative studies in the GxE literature, as well as over-inclusiveness of the later meta-analysis,(15) have been pointed as possible reasons for these contrasting conclusions, failing to elucidate this contradictory issue.

There have been an array of explanations for these conflicting findings, as the heterogeneity of design used among studies (cross-sectional, retrospective, prospective), the variety of environment assessment tools (parent/teacher, self, objective assessment), and the nature of evaluated stressor itself.(20) It has been argued that evidence for the 5-HTTLPR stress sensitivity hypothesis came not only from studies conducted with humans, but also with different species, and from research using observational and experimental designs.(21) The transmethodological sturdiness of GxE signal – detected despite the noise of diverse methodologies, designs and settings of GxE research – emphasizes the concept of a validity-construct method for replication, a theory-guided approach to evaluate the convergent evidence. The replication of findings in different settings could reinforce the validity of GxE construct.(21) Of note, 91% of studies included in those abovementioned meta-analyses were from high-income countries (HIC), contrasting with 17.8% of total world's population,(22) and only 10% of people under the age of 18 years,(23) living in those countries.

Nonetheless, given the highly controversial state of current GxE research, unambiguous parameters for statistical replication are required. In line with this idea, recommendations and protocols have been developed to establish common and comparable designs and methodologies.(20, 24-26) Culverhouse et al.(27) have developed a sensitive and well elaborated meta-analysis protocol to address the inconsistencies encountered in previous studies, emphasizing the sources of misinterpretations in GxE research results on depression. An important methodological aspect not prioritized in the protocol, however, is the relevance

of assuring the timing of environmental exposure. Multiple lines of evidence corroborate the notion that timing is essential in such investigations,(25, 26, 28) as the absence of a clear definition of the temporal order between risk factor and outcome can markedly limit the interpretation of findings. In fact, the centrality of this issue was already demonstrated in the landmark paper by Caspi et al., in which the GxE effect was only observed when life events occurred prior – but not after – depression.(12)

Our primary objective in the present study is to test the interaction between maltreatment and 5-HTTLPR in the development of depression among young adults, replicating to the extent possible the design and methods of the initial study, now in a different sociocultural context, a middle-income country. Using the best available design, a large and prospectively assessed birth cohort, we sought to employ the most similar definition of variables, coding strategy, outcome definition and statistical approach of the original report. As secondary objectives, we also tested if our model of GxE was specific for major depression, and whether our results stood for the differential susceptibility hypothesis.(29)

Methods

Design and Sample

Subjects of the present study were participants from the 1993 Pelotas Cohort Study, which tracks the development of all children born in the city of Pelotas, southern Brazil, in 1993. Detailed description of cohort can be found elsewhere.(30, 31) In brief, children born alive were eligible for the study and all but 16 mothers agreed to take part, resulting in a total cohort size of 5,249 individuals. Trained interviewers carried out face-to-face interviews, mostly in the respondents' homes, with the child/adolescent and the primary caregiver.

Follow up visits were performed in multiple time points, the last in 2011-2012. The data used in the present study was collected at perinatal, 11, 15 and 18 years assessments, corresponding to retention rates of 87.5%, 85.7%, and 81.3%.(32)

Recruitment was performed in daily visits to all the five hospitals of the city of Pelotas from January 1 to December 31. Mothers were interviewed on a variety of perinatal health topics. Additional data were also obtained on maternal education (number of years attending school grouped in three strata), and monthly family income (measured in number of minimum wages, a standard unit in Brazil valued around USD 60 in 1993).

In 2004, at age 11, data of child mental health were obtained using the Brazilian Portuguese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), with parent and child assessments.(33, 34) Data on maternal mental health status were obtained using the Brazilian Portuguese validated version of the Self-Report Questionnaire (SRQ), using a cut point of 8.(35)

For the 2008 visit (15 years), adolescents filled out a confidential form that included seven dichotomous questions about domestic violence, physical and sexual abuse. We followed the same approach adopted by Caspi et al. regarding maltreatment classification,(11, 36) according to which individuals were grouped into three categories: no maltreatment (no positive answer), probable maltreatment (one positive answer), and severe maltreatment (two or more positive answers). Information on mental health problems was collected using the same strategy as in 2004, with the exception of the SDQ, which was available only in the parental version.

A sensitive screening index for depressive symptoms was developed with the aim of identifying individuals with a possible major depression diagnosis prior or at the time of the

maltreatment assessment. For this screening index, we used scores from the emotional scale of SDQ and the impact supplement performed at the 11 years visit (self-report and parent-rated) and at the 15 years assessment (parent-rated only). A broadened index was created using those scores to amplify sensitivity, in which any available data compatible with the presence of emotional problems causing impact was sufficient for a positive screening (OR rule). The definition of positive screening followed the borderline cut point in emotional and impact scale, as recommended for the Brazilian Portuguese version of the original instrument.

Also at age 15 years, DNA samples were obtained from saliva using Oragene® OG-250 DNA Self-Collection kit, following the manufacturer's recommended protocol (DNA Genotek Inc., Kanata, Ontario, CA). The 5-HTTLPR polymorphism was amplified by the polymerase chain reaction (PCR) and the subsequent fragment was digested with MspI restriction enzyme as described previously.(37-39) The primary focus of interest was the biallelic variant (LL, LS, SS), since it was the genotype system analyzed by the original study and by the vast majority of replication attempts.(18, 26, 27, 29) However, as a single nucleotide polymorphism (SNP) in the L allele (rs25531, a>g) has more recently led to differentiation between the high functioning La variant versus the Lg variant that is more functionally equivalent to the S allele, the so-called triallelic approach,(40) secondary analyses were performed using this latter model.

In 2011-2012, all traceable young adults (18 years) were assessed by trained psychologists for psychiatric diagnoses based on and instrument derived from the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).(41) A current depressive episode diagnosis evaluation was performed following DSM-IV-TR criteria. Other psychiatric diagnoses assessed at this time point were bipolar disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder.

A flowchart of the study design is available as supplementary material. The study protocol was approved by the Federal University of Pelotas Ethics Committee. Written informed consent was obtained from primary caregivers or cohort members (in the last visit) prior to each assessment.

Statistical Analysis

Data analyses included a description of the sample characteristics for each variable group and comparison of frequencies between groups, using chi-square (χ^2) test for categorical and t-test and analysis of variance (ANOVA) to compare the groups mean for quantitative variables. We also tested the independence of childhood maltreatment and 5-HTTLPR genotype variables, using ANOVA for the identification of gene-environment correlation (rGE).

To evaluate the association between a depressive episode and both 5-HTTLPR genotype, childhood maltreatment experience and their interaction, we performed a binary logistic regression with a first-order interaction model, coding childhood maltreatment exposure counting the number of maltreatment experiences, and 5-HTTLPR genotype, coded to reflect the number of small (S) alleles, such that 0 = LL; 1 = LS; 2 = SS. Subsequently, we included all conceptually defined potential confounders in the model, such as gender, maternal education and mental health, family income and skin color (grouped as white and non-white).

Considering our replication focus, we also performed the primary analysis for a white skin-only sample. We also assessed the specificity of the model analyzing the same variables (gender, 5-HTTLPR genotype and childhood maltreatment) in the logistic regression framework when the dependent variable was changed for other psychiatric diagnoses, all assessed in the same time point as major depression.

All analyses were carried out with IBM SPSS Statistics, version 20.

Results

Sample Characteristics

Among the 4,052 individuals evaluated for a depressive episode in early adulthood, childhood maltreatment and genotype data were available for 3,558 individuals. After assessment of previous depressive symptoms, using the screening index abovementioned, a total of 2,392 young adults were selected for current analyses after screening for early depressive symptoms. Sample characteristics across each group of measures of interest are shown in Table 1.

Insert Table 1 about here

Among those with available data, subjects with positive screening for early depressive symptoms, excluded from the main analyses, differed significantly from the analyzed sample on several aspects. Of those excluded, 50.7% were male, 59.9% were classified as having white skin color, with higher maternal education rate (32.3% with 9 years or more), lower mean family income (3.48 ± 4.40 minimum wages) and higher exposure to childhood maltreatment (21.8% with severe maltreatment); maternal psychopathology rate was 47.9%, and prevalence of depression at age 18 years was 5.5% (all $p < 0.01$.)

For those included in the final analysis, the proportion of 5-HTTLPR polymorphism genotypes within the biallelic model was LL=32.4%, LS=47.8% and SS=19.8%. For the triallelic model, genotypes were SLa=40.8%, LaLa=25.0%, SS=19.8%, LaLg=7.4%, and SLg=7.0%, both distributions not deviating from Hardy-Weinberg Equilibrium.

Evidence of childhood maltreatment was distributed in the sample as follows: no evidence of maltreatment in 70.8%; 17.7% and 11.5% suffering probable and severe maltreatment, respectively. There were differences in childhood maltreatment distribution according to gender [$\chi^2(2)=38.74, p<0.001$]. There was no identifiable evidence of rGE, as maltreatment frequency did not differ according to 5-HTTLPR genotype groups [$F(2,391)=2.16, p=0.12$].

Gene-environment interaction

In line with the original study, the association between depression and childhood maltreatment was moderated by 5-HTTLPR genotype ($B=0.47, SE=0.19, Z=2.48, OR=1.59, p=0.01$), predicting depression in our cohort in the same direction and with similar effect size as seen in the original finding (see Table 2 for full data). The association of child maltreatment on depression development was strongest among SS homozygotes ($B=1.22, SE=0.30, Z=4.07, OR=3.40, p<0.001$) followed by SL heterozygotes ($B=0.98, SE=0.21, Z=4.60, OR=2.66, p<0.001$) and LL homozygotes ($B=0.50, SE=0.24, Z=2.11, OR=1.65, p=0.03$).

Inclusion of all potential confounders in the model did not change the main results, with exception of gender, showing that skin color, maternal mental health, maternal education and family income were not associated with the outcome in our sample (all $p>0.2$). Selecting only individuals with white skin for analysis, the interaction term remained associated with depressive episode, in the same direction found in the main analysis ($B=0.54, SE=0.24, Z=2.21, OR=1.72, p=0.03$). Analysis of all available individuals, regardless of early depression screening status, failed to show interaction's effect on depressive episode occurrence ($B=0.21, SE=0.14, Z=1.51, OR=1.23, p=0.13$).

Figure 1 shows the probability of depression in each 5-HTT genotype group for the three

maltreatment exposure strata, controlled for gender. As identified in the pioneer study, although carriers of the small 5-HTTLPR allele with severe maltreatment exposure represented only 8% of the entire eligible sample, they accounted for more than 28% of the total cases of depression identified in our study. Among individuals with severe maltreatment, 17.6% of those with SS genotype became depressed, whereas only 7.3% in the LL group did so.

~~Insert Figure 1 about here~~

Extending the original report, we here also assessed the triallelic model, the specificity in terms of outcome measure, and the differential-susceptibility hypothesis. Regrouping individuals with long 5-HTTLPR alleles according to presumed functionality of the a/g SNP resulted in trend association for the interaction term ($B = 0.34$, $SE = 0.19$, $Z = 1.86$, $OR = 1.41$, $p = 0.07$). Examining the specificity of the model by substituting the outcome measure in the moderated regression framework revealed that the GxE was only present when major depression was the outcome, as can be seen in Table 2. Assessment of the differential susceptibility hypothesis was performed looking for a potential differential role of genotype among those who reported no exposure to maltreatment. We analyzed whether the presence of S allele could also have a positive influence for those experiencing a more protective environment. Despite the fact using the additive model results did not reach statistical significance in regard to changes in probability of depression ($B = -0.45$, $SE = 0.27$, $Z = -1.67$, $OR = 0.63$, $p = 0.09$), regrouping according to a dominant model showed that, in comparison to individuals with a LL genotype, those carriers of a S allele had a decreased risk for depression after controlling for gender influence: from 3.4% to 1.6% for women, and from 2.2% to 1.0% for men ($B = -0.78$, $SE = 0.36$, $Z = -2.17$, $OR = 0.46$, $p = 0.03$).

~~Insert Table 2 about here~~

Discussion

This study replicates the initial findings by Caspi et al.,(12) providing further evidence that a genetic variation in the 5-HTTLPR moderates the link between childhood maltreatment and youth depression. We identified a similar interaction as observed in the original report, using a categorical outcome within a multiplicative model. The results show that the association between childhood maltreatment and depression was related to the amount of S alleles carried, with progressive higher risk for those with more copies of the short variant.

These findings are relevant for several reasons. First, they strengthen and add to the body of evidence that victims of maltreatment are at an increased risk of developing a depressive disorder. Also, they support the original hypothesis that the risk of depression varies among those experiencing comparable levels of maltreatment in childhood according to their 5-HTTLPR genotypes. The bulk of research available on this matter has been difficult to summarize, with different conclusions about the consistency of findings. The cross-study inconsistency in the measurement of variables has been pointed out as one of the most important factors confounding replication attempts.(15, 20, 21, 27, 42) As the quality of meta-analyses is limited by the quality of the studies included in the reviews, this has also led to difficult-to-interpret statistic summaries.

The low number of standard replications, in comparison to a multiplicity of “approximate replications”, has been suggested to be one of the major weaknesses of current psychiatric research.(43) The present study was performed as similar as possible to the original design and methods (see Table 3), what is the most recommended strategy for GxE replication, as

suggested by several authors.(13, 18, 42) Our sample was drawn from an ongoing prospectively followed cohort, with high retention rate. We could adequately measure genetic and environmental variables from a representative and large sample of individuals. After following the most analogous research strategy possible, we were able to identify all the main findings from the original study in a totally different sociocultural context, giving strength to the validity of the GxE concept in the etiology of depression.

~~Insert Table 3 about here~~

Up to now, published GxE research originated almost exclusively from HIC. In the last three meta-analyses reported, there were only five studies from low- and middle-income countries (LMIC) among the fifty-four included in the reviews. The underrepresentation of LMIC in GxE research contrasts with the higher concentration of youth in these low-resource countries, where known risk factors for mental health disorders tend to occur with a higher frequency.(23) The replication of the primary finding of GxE in a different culture, especially in middle-income country, reinforces the GxE construct and provides more robustness of the reproducibility of this evidence.

Our methods and data analyses are consistent with the recent recommendations and updated understanding about GxE research. Currently, childhood maltreatment has been considered the key risk factor for depression, with stressful life events probably representing a proxy marker of early maltreatment.(42, 44) The additive genotypic model for 5-HTTLPR has been the most utilized strategy in GxE studies exploring this gene's moderation.(18) We also evaluated the impact of substitution of this biallelic system for the triallelic model, what resulted in trend towards association for interaction term.

The importance of timing in GxE research was also evidenced in our results. When the

logistic regression was performed including all the 3,558 available individuals, regardless of temporal relationship between the stressor and outcome, the model failed to show an effect of the interaction on depression. This is consistent with the present literature,(25, 26, 28) which emphasizes the importance of temporal order assessment in GxE studies, as well as brings possible explanation for mixed results in other replication attempts.

Our study is not without limitations. Having that the 1993 Pelotas Cohort Study was not primary a mental health study, we only had psychiatric diagnosis according to DSM-IV-TR criteria available in the 18-19 years assessment. On previous visits, mental health problems were evaluated with a reliable and consistent screening questionnaire. The SDQ has been subject of extent evaluation regarding accuracy and predictive capability, with good results in different cultures, including the one studied.(34) However, for evaluation of temporality between stressor and outcome, we could not rely on DSM-based diagnosis to establish those subjects with previous depressive disorders. To reduce this limitation, we used a highly inclusive screening assessment for emotional problems, decreasing chances of false-negatives, even at expense of a high false-positive rate. As our exclusion rate reached 30% of the eligible sample, we decided to also run another secondary analysis, using the dispersion of emotional scale scores to evaluate percentile distribution of scores within our sample. A pre-defined 80 percentile was used as a cut point for the construction of the same index above mentioned to validate the findings of the screening index. After these strategies, our exclusion rate dropped to 21.2%, maintaining the same main results previously found (data available upon request). Another possible limitation of our study is that the interaction between 5-HTTLPR and childhood maltreatment observed here may be modified by other unmeasured genetic characteristics.

Our results show not only that the number of short alleles confers higher risk, but that the LL homozygotes also are in significantly higher risk for depression development after

maltreatment experience. Indeed, a difference of degree rather than an all-or-nothing phenomenon seems more plausible given the complexity of biological mechanisms. Additionally, our results suggest that reactivity differed along the maltreatment spectrum, with depression probability increasing as a function of the number of copies of the S allele and the exposure to maltreatment but *decreasing* in the group of S allele carriers that reported no experience of maltreatment. This is in agreement with the more recent concept of differential susceptibility,(29) according to which the direction of responsiveness depends on the nature of the environmental experience. Following this model, it could be argued that individuals with an increased biological sensitivity to context (in this case, S allele carriers) can benefit from a protective environment (here defined by proxy as the absence of maltreatment). Further studies are required to confirm this hypothesis. We also presented another analysis that is infrequent in the current GxE literature: the interplay of 5-HTTLPR genotype and childhood maltreatment exhibited specificity for the development of major depression, not standing for the other psychiatric diagnoses tested. This specificity is in accordance with previous findings.(25, 45)

In conclusion, these results indicate further evidence to the initial hypothesis of interaction between 5-HTTLPR polymorphisms and childhood maltreatment in the development of youth depression, providing another brick to solidify the wall of GxE research. Despite a few differences in study methods, adopting the general principles of the original study proved to be indispensable to adequately assess replicability – an aspect that was evident especially in regard to the timing of measurements. In a time in which high hopes after initial studies are usually followed by discrepant results and skepticism, we believe that further replication of such findings across different settings might represent a groundbreaking advancement in psychiatric knowledge.

References

1. McNutt M. Reproducibility. *Science*. 2014;343(6168):229.
2. Further confirmation needed. *Nat Biotechnol*. 2012;30(9):806.
3. Russell JF. If a job is worth doing, it is worth doing twice. *Nature*. 2013;496(7443):7.
4. Wilson K, Atkinson K, Keelan J. The Use of Preliminary Scientific Evidence in Public Health: A Case Study of XMRV. *PLoS Med*. 2014;11(4):e1001623.
5. Funder D. Funderstorms [Internet]2014. [cited 2014]. Available from: <http://funderstorms.wordpress.com/2014/02/25/nsf-gets-an-earful-about-replication/>.
6. Begley CG, Ellis LM. Drug development: Raise standards for preclinical cancer research. *Nature*. 2012;483(7391):531-3.
7. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med*. 2005;2(8):e124.
8. Must try harder. *Nature*. 2012;483(7391):509.
9. Yong E. Replication studies: Bad copy. *Nature*. 2012;485(7398):298-300.
10. Ritchie SJ, Wiseman R, French CC. Failing the future: three unsuccessful attempts to replicate Bem's 'retroactive facilitation of recall' effect. *PLoS One*. 2012;7(3):e33423.
11. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297(5582):851-4.
12. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386-9.
13. Risch N, Herrell R, Lehner T, Liang KY, Eaves L, Hoh J, et al. Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression A Meta-analysis. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 2009;301(23):2462-71.
14. Munafò MR, Flint J. Replication and heterogeneity in gene x environment interaction studies. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2009;12(6):727-9.
15. Duncan LE, Keller MC. A critical review of the first 10 years of candidate gene-by-environment interaction research in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2011;168(10):1041-9.
16. Zammit S, Owen MJ, Lewis G. Misconceptions about gene-environment interactions in psychiatry. *Evid Based Ment Health*. 2010;13(3):65-8.
17. Fergusson DM, Horwood LJ, Miller AL, Kennedy MA. Life stress, 5-HTTLPR and mental disorder: findings from a 30-year longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2011;198(2):129-35.
18. Munafò MR, Durrant C, Lewis G, Flint J. Gene X environment interactions at the serotonin transporter locus. *Biol Psychiatry*. 2009;65(3):211-9.
19. Uher R, McGuffin P. The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the etiology of depression: 2009 update. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):18-22.
20. Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(5):444-54.
21. Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am J Psychiatry*. 2010;167(5):509-27.
22. United Nations. *World Population Prospects: The 2010 Revision*. In: Department of Economic and Social Affairs PD, editor. New York: United Nations; 2011.
23. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515-25.
24. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(5):473-81.
25. Uher R, McGuffin P. The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the aetiology of mental illness: review and methodological analysis. *Mol Psychiatry*. 2008;13(2):131-46.
26. Dunn EC, Uddin M, Subramanian SV, Smoller JW, Galea S, Koenen KC. Research review: gene-environment interaction research in youth depression - a systematic review with recommendations for future research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(12):1223-38.
27. Culverhouse RC, Bowes L, Breslau N, Nurnberger JI, Burmeister M, Fergusson DM, et al. Protocol for a collaborative meta-analysis of 5-HTTLPR, stress, and depression. *BMC Psychiatry*. 2013;13:304.

28. Moffitt T, Caspi A. Response to Culverhouse et al., January 2014: Moffitt and Caspi 2014 [cited 2014 April 29]. Available from: http://www.moffittcaspi.com/sites/moffittcaspi.com/files/Culverhouse_letter_23January2014.pdf.
29. van Ijzendoorn MH, Belsky J, Bakermans-Kranenburg MJ. Serotonin transporter genotype 5HTTLPR as a marker of differential susceptibility? A meta-analysis of child and adolescent gene-by-environment studies. *Transl Psychiatry*. 2012;2:e147.
30. Victora CG, Araújo CL, Menezes AM, Hallal PC, Vieira MeF, Neutzling MB, et al. Methodological aspects of the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):39-46.
31. Victora CG, Hallal PC, Araújo CL, Menezes AM, Wells JC, Barros FC. Cohort profile: the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol*. 2008;37(4):704-9.
32. Gonçalves H, Assunção MC, Wehrmeister FC, Oliveira IO, Barros FC, Victora CG, et al. Cohort Profile update: The 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort follow-up visits in adolescence. *Int J Epidemiol*. 2014.
33. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
34. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(6):727-34.
35. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
36. Kieling C, Hutz MH, Genro JP, Polanczyk GV, Anselmi L, Camey S, et al. Gene-environment interaction in externalizing problems among adolescents: evidence from the Pelotas 1993 Birth Cohort Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(3):298-304.
37. Lahiri DK, Nurnberger JI. A rapid non-enzymatic method for the preparation of HMW DNA from blood for RFLP studies. *Nucleic Acids Res*. 1991;19(19):5444.
38. Ito K, Yoshida K, Sato K, Takahashi H, Kamata M, Higuchi H, et al. A variable number of tandem repeats in the serotonin transporter gene does not affect the antidepressant response to fluvoxamine. *Psychiatry Res*. 2002;111(2-3):235-9.
39. Heils A, Teufel A, Petri S, Stöber G, Riederer P, Bengel D, et al. Allelic variation of human serotonin transporter gene expression. *J Neurochem*. 1996;66(6):2621-4.
40. Hu XZ, Lipsky RH, Zhu G, Akhtar LA, Taubman J, Greenberg BD, et al. Serotonin transporter promoter gain-of-function genotypes are linked to obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet*. 2006;78(5):815-26.
41. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:106-15.
42. Uher R, Caspi A, Houts R, Sugden K, Williams B, Poulton R, et al. Serotonin transporter gene moderates childhood maltreatment's effects on persistent but not single-episode depression: replications and implications for resolving inconsistent results. *J Affect Disord*. 2011;135(1-3):56-65.
43. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry*. 2012;17(12):1174-9.
44. Brown GW, Harris TO. Depression and the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism: a review and a hypothesis concerning gene-environment interaction. *J Affect Disord*. 2008;111(1):1-12.
45. Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression - A replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(5):529-35.

Tables

Table 1. Characteristics of individuals included in the primary analyses.

	5-HTTLPR genotype			Childhood maltreatment			Depressive episode		Total
	LL	LS	SS	No	Probable	Severe	No	Yes	
Male	46.8%	45.8%	43.7%	49.5% ^a	39.9% ^b	31.3% ^b	46.3% ^a	27.5% ^b	45.7%
White skin color	61.3% ^a	72.5% ^b	76.4% ^b	71.6% ^a	67.4% ^a	60.9% ^b	69.9%	62.5%	69.7%
Maternal education (years)									
0 - 4	27.6%	28.2%	31.6%	30.2% ^a	28.1% ^a	20.4% ^b	29.0% ^a	18.8% ^b	28.7%
5 - 8	47.2%	48.5%	45.8%	48.0%	47.6%	44.2%	47.5%	47.5%	47.5%
9 or more	25.2%	23.4%	22.6%	21.8% ^a	24.3% ^a	35.4% ^b	23.5% ^a	33.8% ^b	23.8%
Family income (minimum wages)	4.29 (5.51)	4.62 (6.61)	4.90 (5.46)	4.69 (6.15)	4.33 (5.74)	4.22 (5.89)	4.61 (6.10)	3.34 (4.03)	4.57 (6.05)
Maternal psychopathology	24.0%	23.3%	21.7%	21.0% ^a	26.7% ^b	31.6% ^b	22.9%	31.2%	23.2%
5-HTTLPR genotype									
SS	-	-	-	18.9%	19.6%	25.2%	19.7%	23.8%	19.8%
LS	-	-	-	47.9%	49.0%	44.6%	48.1%	40.0%	47.8%
LL	-	-	-	33.2%	31.5%	30.2%	32.2%	36.2%	32.4%
Childhood maltreatment									
No	72.5%	71.3%	68.1%	-	-	-	71.9% ^a	38.8% ^b	70.8%
Probable	16.7%	17.8%	17.1%	-	-	-	17.5%	25.0%	17.7%
Severe	10.8%	10.9%	14.8%	-	-	-	10.6% ^a	36.2% ^b	11.5%
Depressive episode									
Yes	3.7%	2.8%	4.0%	1.8% ^a	4.7% ^b	10.5% ^c	-	-	3.3%

Categorical variables presented as percentages (according to column); continuous as mean (standard deviation). Superscript letters denote column proportions differences: different letters show significant and equal letters indicate non-significant differences from each other at a 0.05 level. 5-HTTLPR: serotonin transporter linked polymorphic region. L: Long allele. S: Short allele.

Table 2. Logistic regression parameters for each psychiatric outcome, considering all variables included in main analysis.

	B	SE	Z	OR	OR 95% CI	p-value	
Major depression							
Gender	0.613	0.259	2.367	1.845	1.110	3.066	0.018
Childhood maltreatment (E)	0.472	0.214	2.206	1.602	1.054	2.436	0.027
5-HTTLPR genotype (G)	-0.531	0.253	-2.099	0.588	0.358	0.965	0.036
GxE interaction	0.466	0.187	2.492	1.593	1.103	2.301	0.013
Bipolar disorder							
Gender	1.147	0.461	2.488	3.148	1.276	7.762	0.013
Childhood maltreatment (E)	0.370	0.354	1.045	1.447	0.722	2.899	0.297
5-HTTLPR genotype (G)	-0.137	0.349	-0.393	0.872	0.440	1.730	0.696
GxE interaction	0.174	0.294	0.592	1.190	0.668	2.118	0.555
Generalized anxiety disorder							
Gender	0.967	0.198	4.884	2.629	1.785	3.872	<0.001
Childhood maltreatment (E)	0.428	0.159	2.692	1.534	1.122	2.097	0.007
5-HTTLPR genotype (G)	-0.309	0.161	-1.919	0.735	0.536	1.007	0.055
GxE interaction	0.105	0.144	0.729	1.111	0.838	1.472	0.464
Social anxiety disorder							
Gender	1.001	0.209	4.789	2.722	1.809	4.096	<0.001
Childhood maltreatment (E)	0.197	0.179	1.101	1.217	0.857	1.730	0.272
5-HTTLPR genotype (G)	-0.252	0.159	-1.585	0.777	0.569	1.062	0.114
GxE interaction	0.050	0.161	0.311	1.051	0.766	1.441	0.757
Attention-deficit/hyperactivity disorder							
Gender	0.233	0.290	0.803	1.262	0.715	2.226	0.422
Childhood maltreatment (E)	-0.809	0.538	-1.504	0.446	0.155	1.279	0.133
5-HTTLPR genotype (G)	0.255	0.211	1.209	1.290	0.853	1.951	0.227
GxE interaction	0.339	0.366	0.926	1.403	0.685	2.874	0.355

Inclusion of all potential confounders (see text) in the model did not change the main results. Evaluation of gender moderation for genetic or environmental variables resulted in non-significant interaction terms. Reference category for gender: male. 5-HTTLPR: Serotonin transporter linked polymorphic region. B: Regression coefficient. SE: Standard Error. Z: Z-score. OR: Odds Ratio. 95% CI: 95% Confidence Interval.

Table 3. Comparative table between the original work by Caspi et al. and the present study.

	Caspi et al 2003	Rocha et al 2014
Sample size	847	2,392
Design	Prospective cohort	Prospective birth cohort
Retention rate	96% at 26 years	81.3% at 18 years
Male	52%	45.7%
Ethnicity	100% caucasian	69.7% white skin color
Genotype assessment	Biallelic	Bi and triallelic
5-HTTLPR genotype distribution		
SS	17%	19.8%
LS	51%	47.8%
LL	31%	32.4%
Environmental assessment	5 items (mother-child interaction observation, parent harsh discipline checklist, disruptive caregiver changes, retrospective assessment for physical and sexual abuse)	7 questions (retrospective questions: 2 concerning child neglect, 3 on emotional abuse, 1 on physical abuse and 1 on sexual abuse)
Childhood maltreatment exposure		
None	64.9%	70.8%
Probable	26.4%	17.7%
Severe	8.7%	11.5%
Outcome measurement	Dichotomous and quantitative	Dichotomous
Major depression prevalence	17% (12 month)	3.3% (point)
Temporal order assessment*	Yes	Yes
GxE specificity evaluation	No	Yes

* Between stress exposure and depression diagnosis.

5-HTTLPR: serotonin transporter linked polymorphic region. L: Long allele. S: Short allele.

Figures

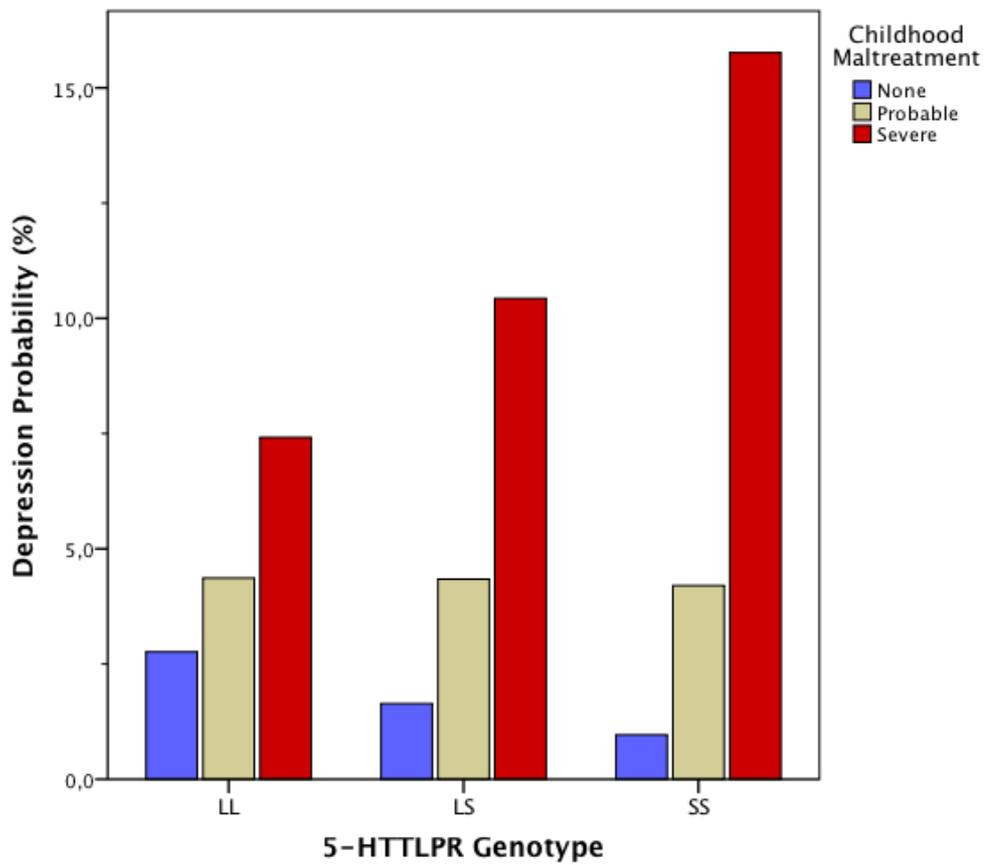


Figure 1. Probability of depressive episode diagnoses at age of 18 years for each childhood maltreatment exposure groups according to 5-HTTLPR genotypes, adjusted for gender. These data highlight the differential influence of maltreatment exposure on depression probability among genotypes. Number of individuals for each maltreatment group (None, Probable, Severe): LL – (559, 133, 82); LS – (812, 207, 125); SS – (322, 84, 68). 5-HTTLPR: Serotonin transporter linked polymorphic region. L: Long allele. S: Short allele.

Supplementary material

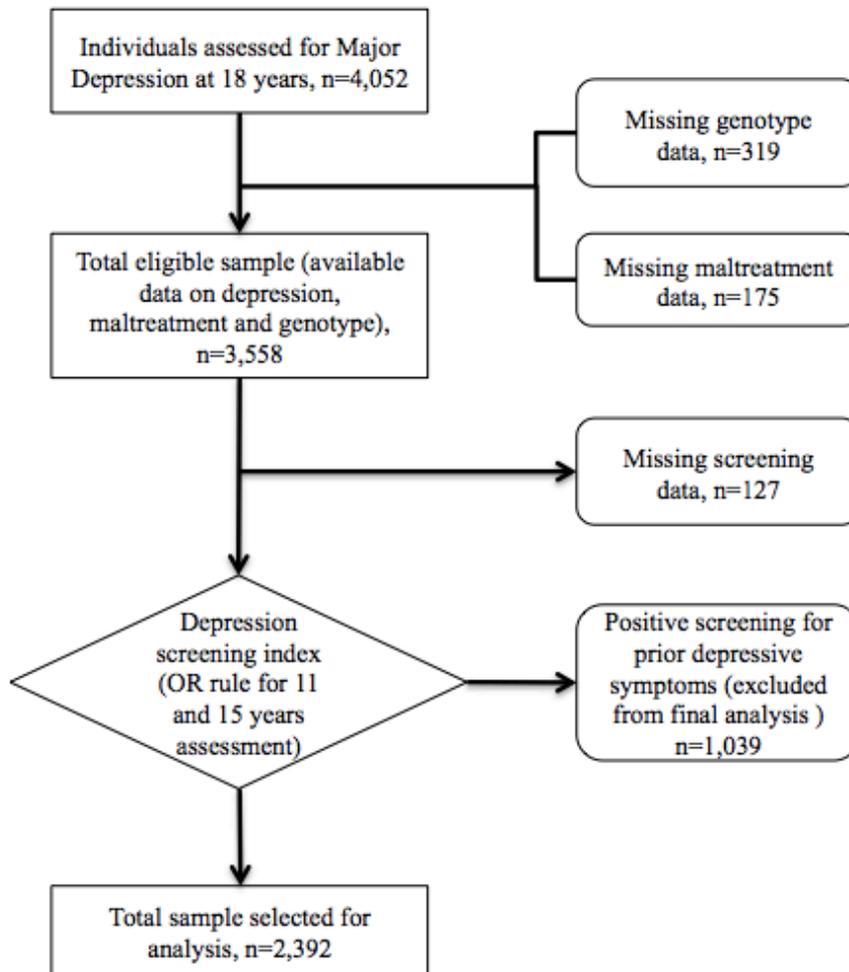


Figure S1. Study design flowchart.

6. Considerações finais

A reprodutibilidade dos achados científicos pode ser considerada um dos pilares fundamentais para a construção de uma ciência sólida (McNutt, 2014). Apesar do grande impacto gerado por achados inovadores, instigadores de mudanças conceituais e quebras paradigmáticas, é a partir de uma consolidada fundamentação teórica que o conhecimento científico pode evoluir de maneira madura, com resultados fidedignos e confiáveis (Russel, 2013).

A baixa replicabilidade dos resultados científicos nas últimas décadas tem gerado uma atmosfera de desconfiança e descrédito sobre a pesquisa biomédica em geral (Ioannidis, 2005) mas também sobre os estudos da área da saúde mental (Ritchie, Wiseman & French, 2012). No intuito de aplacar tal estado de incerteza, alguns pesquisadores têm proposto ações para aumentar a transparência envolvida nas pesquisas biomédicas (Lehman & Loder, 2012), com propostas de maior clareza das hipóteses *a priori* dos estudos, maior integração entre os pesquisadores de linhas de pesquisa afins, colaboração para validações independentes, com objetivo final de aumentar a replicabilidade e, conseqüentemente, a confiabilidade dos achados científicos.

A *Reproducibility Initiative* (2014), um empreendimento internacional que reúne pesquisadores de diferentes nacionalidade e de áreas diversas da pesquisa biomédica, foi criada com objetivo de aumentar a reprodutibilidade dos achados da ciência, com apoio de importantes periódicos científicos. Com incentivos para a produção de replicações independentes dos principais achados da ciência biomédica e colaboração entre pesquisadores, essa proposta busca contrabalancear o aparente desinteresse dos principais periódicos da ciência pela confirmação dos achados originais nos últimos anos. Assim como essa, outras iniciativas de compartilhamento de dados e colaboração para busca por resultados tem dado mostras de uma mudança qualitativa da pesquisa científica atual (Nitrc.org, 2014; Insel, 2014).

Outro exemplo da mudança paradigmática da compreensão de reprodutibilidade em ciência pode ser constatado em recente publicação na qual os autores disponibilizaram os dados brutos de seu banco, oferecendo e estimulando que diferentes pesquisadores possam avaliar os dados e as estratégias de análise e, a partir disso, buscar a replicação dos achados encontrados pelo grupo, além de novos resultados não identificados previamente (Eglen et al., 2014). Os autores ainda estimulam que novos autores possam adicionar novas informações ao repositório, abrindo campo para uma nova era da ciência, de um real compartilhamento de informações em prol não apenas do crescimento sustentado da ciência, mas principalmente de um avanço mais substancial na capacidade dos achados científicos atingirem e auxiliarem os indivíduos que padecem das diferentes condições clínicas estudadas.

A falta de replicações reais, consistentes, em psiquiatria tem sido apontada como um dos maiores obstáculos para o avanço da pesquisa na área (Kapur & Insel, 2012). A proliferação das replicações “aproximadas”, aquelas que usam como base um estudo original porém realizam adaptações metodológicas ou de análise para garantir a identificação de resultados inovadores e, conseqüentemente, mais publicáveis, gera uma dificuldade para comparação entre os achados, dificultando sobremaneira a possibilidade de confirmar ou refutar o achado inicial. Somado ao fato que uma grande parte dos estudos em psiquiatria são de baixo poder estatístico (Ioannidis, 2005; Kapur & Insel, 2012), o que aumenta a chance de achados gerados meramente pelo acaso, a pesquisa na área de saúde mental apresenta-se em um momento oportuno para reformulação de seus conceitos básicos. A partir disso, é possível afirmar que, em psiquiatria, é exatamente a replicabilidade dos achados originais que deve ser considerado um achado inovador, capaz de redirecionar o conhecimento do campo, e potencialmente aumentar a possibilidade de translação desse conhecimento para o cuidado dos pacientes.

O estudo apresentado conseguiu atingir os objetivos inicialmente propostos, replicando os resultados inicialmente apontados por Caspi et al., e fornecendo uma maior consistência para o constructo da existência de uma moderação por variação genética no 5-HTTLPR sobre as conseqüências dos maus tratos na infância no surgimento de depressão maior em jovens. A

interação identificada é similar à observada no estudo original e mostra que o risco de depressão está relacionado com a quantidade de alelos curtos, com risco progressivamente maior para aqueles com mais cópias dessa variante.

Os resultados fortalecem a evidência de que vítimas de maus tratos estão em um risco aumentado de desenvolver um transtorno depressivo. Além disso, eles provêm suporte à hipótese inicial de que o risco de depressão varia entre aqueles que experimentam níveis comparáveis de maus tratos na infância de acordo com o seu genótipo para o 5-HTTLPR. Utilizando as estratégias mais recomendadas para a busca por replicação de GxE (Moffitt, Caspi & Rutter, 2005; Dunn et al., 2011; Culverhouse et al., 2013), com a estratégia de investigação mais análoga possível ao estudo original, todas os principais achados do estudo pioneiro foram replicados, agora em um contexto sociocultural totalmente diferente, dando força para a validade do conceito de GxE na etiologia da depressão.

Diferentemente do estudo original, nossos resultados mostraram que não só os portadores de alelos curtos para o 5-HTTLPR estava em maior risco, mas que os homozigotos LL também apresentavam risco aumentado para o desenvolvimento de depressão após a experiência de maus tratos. Ainda, resultados da moderação sugeriram uma variação de reatividade ao longo do espectro de exposição aos maus tratos, oscilando principalmente para indivíduos carreadores do alelo S. Nesses, a probabilidade de depressão aumentava de maneira importante quando submetidos a situações de maus tratos infantis intensos, mas se mostrava com valores reduzidos quando em situação protegida (ausência de exposição aos maus tratos), o que está de acordo com o conceito que recentemente vem recebendo atenção na literatura da área, nomeado suscetibilidade diferencial (van Ijzendoorn, Belsky & Bakermans-Kranenburg, 2012). Por fim, foi possível verificar a especificidade do modelo de interação entre o 5-HTTLPR e a experiência de maus tratos infantis para o diagnóstico de depressão maior, quando comparado com a análise para os demais desfechos estudados, o que se mostrou em acordo com a literatura disponível sobre o tema (Kendler et al., 2005).

Em conclusão, a presente dissertação buscou ressaltar a importância do conceito de reprodutibilidade no progresso do conhecimento científico sustentado. O estudo realizado

apresenta novas evidências que reforçam a hipótese original de interação entre o polimorfismo 5-HTTLPR e a exposição aos maus tratos na infância no desenvolvimento da depressão em jovens. Foi possível evidenciar a importância fundamental da adoção de métodos similares aos do estudo original para a adequada investigação de replicabilidade dos achados iniciais. Em uma época em que os avanços do conhecimento científico estão cada vez mais cercados de incerteza e incredulidade, a replicação de achados de GxE em um diferente contexto sociocultural pode representar uma conquista significativa para o conhecimento psiquiátrico, auxiliando na construção de uma base mais sólida e sustentada que possibilite a busca das origens dos transtornos mentais.

7. Referências bibliográficas

- Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med*. 1998;28(1):51-61.
- Beardslee WR, Gladstone TR, O'Connor EE. Developmental risk of depression: experience matters. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21(2):261-78, vii.
- Bosch NM, Riese H, Reijneveld SA, Bakker MP, Verhulst FC, Ormel J, et al. Timing matters: long term effects of adversities from prenatal period up to adolescence on adolescents' cortisol stress response. The TRAILS study. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(9):1439-47.
- Breslau N, Schultz L, Peterson E. Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Res*. 1995;58(1):1-12.
- Brown GW, Harris TO. Depression and the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism: a review and a hypothesis concerning gene-environment interaction. *J Affect Disord*. 2008;111(1):1-12.
- Button KS, Ioannidis JP, Mokrysz C, Nosek BA, Flint J, Robinson ES, et al. Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nat Rev Neurosci*. 2013;14(5):365-76.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386-9.
- Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nat Rev Neurosci*. 2006;7(7):583-90.
- Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am J Psychiatry*. 2010;167(5):509-27.
- Copeland W, Shanahan L, Miller S, Costello EJ, Angold A, Maughan B. Outcomes of early pubertal timing in young women: a prospective population-based study. *Am J Psychiatry*. 2010;167(10):1218-25.
- Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(10):972-86.
- Costello EJ, Worthman C, Erkanli A, Angold A. Prediction from low birth weight to female adolescent depression: a test of competing hypotheses. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(3):338-44.
- Culverhouse RC, Bowes L, Breslau N, Nurnberger JI, Burmeister M, Fergusson DM, et al. Protocol for a collaborative meta-analysis of 5-HTTLPR, stress, and depression. *BMC Psychiatry*. 2013;13:304.
- De Bellis MD. Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Dev Psychopathol*. 2001;13(3):539-64.
- De Bernardo GL, Newcomb M, Toth A, Richey G, Mendoza R. Comorbid psychiatric and alcohol abuse/dependence disorders: psychosocial stress, abuse, and personal history factors of those in treatment. *J Addict Dis*. 2002;21(3):43-59.
- Duncan LE, Keller MC. A critical review of the first 10 years of candidate gene-by-environment interaction research in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2011;168(10):1041-9.
- Duncan LE, Pollastri AR, Smoller JW. Mind the gap: Why many geneticists and psychological scientists have discrepant views about gene-environment interaction (G×E) research. *Am Psychol*. 2014;69(3):249-68.
- Dunn EC, Uddin M, Subramanian SV, Smoller JW, Galea S, Koenen KC. Research review: gene-environment interaction research in youth depression - a systematic review with recommendations for future research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(12):1223-38.
- Eglen SJ, Weeks M, Jessop M, Simonotto J, Jackson T, Sernagor E. A data repository and analysis framework for spontaneous neural activity recordings in developing retina. *Gigascience*. 2014;3(1):3.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
- Freud, S. Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia (1895). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v.3, p. 123-137
- Goldman S. Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21(2):217-35, vii.

- Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093-102.
- Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI, Whiffen VE. Depression and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *Br J Psychiatry*. 1988;152:24-7.
- Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 1998;107(1):128-40.
- Heils A, Teufel A, Petri S, Stöber G, Riederer P, Bengel D, et al. Allelic variation of human serotonin transporter gene expression. *J Neurochem*. 1996;66(6):2621-4.
- Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*. 2000;284(5):592-7.
- Hu XZ, Lipsky RH, Zhu G, Akhtar LA, Taubman J, Greenberg BD, et al. Serotonin transporter promoter gain-of-function genotypes are linked to obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet*. 2006;78(5):815-26.
- Insel T. Psychiatric Genetics: More Pieces of the Puzzle [Internet]. Director's Blog. 2011 [12 May 2014]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2011/psychiatric-genetics-more-pieces-of-the-puzzle.shtml>
- Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med*. 2005;2(8):e124.
- Ito K, Yoshida K, Sato K, Takahashi H, Kamata M, Higuchi H, et al. A variable number of tandem repeats in the serotonin transporter gene does not affect the antidepressant response to fluvoxamine. *Psychiatry Res*. 2002;111(2-3):235-9.
- Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry*. 2012;17(12):1174-9.
- Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(5):444-54.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515-25.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(7):709-17.
- Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(10):953-9.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry*. 2002;159(7):1133-45.
- Kendler KS, Sheth K, Gardner CO, Prescott CA. Childhood parental loss and risk for first-onset of major depression and alcohol dependence: the time-decay of risk and sex differences. *Psychol Med*. 2002;32(7):1187-94.
- Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression - A replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(5):529-35.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):115-24.
- Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006a;63(10):1113-20.
- Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am J Psychiatry*. 2006b;163(1):109-14.
- Kendler KS, Gardner CO. Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression: the problem of causal inference in psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(11):1120-7.
- Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry*. 2014;171(4):426-35.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
- Joormann J, Hertel PT, LeMoult J, Gotlib IH. Training forgetting of negative material in depression. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(1):34-43.
- Lehman R, Loder E. Missing clinical trial data. *BMJ*. 2012;344.

- McNutt M. Reproducibility. *Science*. 2014;343(6168):229.
- Moffitt TE, Caspi A, Belsky J, Silva PA. Childhood experience and the onset of menarche: a test of a sociobiological model. *Child Dev*. 1992;63(1):47-58.
- Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(5):473-81.
- Moffitt T, Caspi A. Response to Culverhouse et al., January 2014 2014 [cited 2014 April 29]. Available from: http://www.moffittcaspi.com/sites/moffittcaspi.com/files/Culverhouse_letter_23January2014.pdf.
- Munafò MR, Durrant C, Lewis G, Flint J. Gene X environment interactions at the serotonin transporter locus. *Biol Psychiatry*. 2009;65(3):211-9.
- Nitrc.org. NITRC: Welcome [Internet]. 2014 [12 May 2014]. Available from: <http://www.nitrc.org>
- Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(12):947-57.
- Pezawas L, Meyer-Lindenberg A, Drabant EM, Verchinski BA, Munoz KE, Kolachana BS, et al. 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression. *Nat Neurosci*. 2005;8(6):828-34.
- Reproducibility Initiative,. Validation by Science Exchange - Identifying and rewarding high-quality research [Internet]. [Validation.scienceexchange.com](http://validation.scienceexchange.com). 2014 [12 May 2014]. Available from: <http://validation.scienceexchange.com/#/reproducibility-initiative>
- Risch N, Herrell R, Lehner T, Liang KY, Eaves L, Hoh J, et al. Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression A Meta-analysis. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 2009;301(23):2462-71.
- Ritchie SJ, Wiseman R, French CC. Failing the future: three unsuccessful attempts to replicate Bem's 'retroactive facilitation of recall' effect. *PLoS One*. 2012;7(3):e33423.
- Ritsher JE, Warner V, Johnson JG, Dohrenwend BP. Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *Br J Psychiatry Suppl*. 2001;40:s84-90.
- Roberts SB, Kendler KS. Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychol Med*. 1999;29(5):1101-9.
- Rocha TB, Zeni CP, Caetano SC, Kieling C. Mood disorders in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35 Suppl 1:S22-31.
- Russell JF. If a job is worth doing, it is worth doing twice. *Nature*. 2013;496(7443):7.
- Rutter M. The interplay of nature, nurture, and developmental influences: the challenge ahead for mental health. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(11):996-1000.
- Rutter, M., Moffitt, T. E. and Caspi, A. (2006), Gene–environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47: 226–261. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01557.x
- 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;67(7):712-9.
- Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nat Rev Genet*. 2012;13(8):537-51.
- Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013;170(10):1114-33.
- Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-67.
- Uher R, McGuffin P. The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the etiology of depression: 2009 update. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):18-22.
- van Ijzendoorn MH, Belsky J, Bakermans-Kranenburg MJ. Serotonin transporter genotype 5HTTLPR as a marker of differential susceptibility? A meta-analysis of child and adolescent gene-by-environment studies. *Transl Psychiatry*. 2012;2:e147.
- Weichold, K., Silbereisen, R., & Schmitt-Rodermund, E. (2003). Short-term and long-term consequences of early versus late physical maturation in adolescents. In C. Hayward (Ed.), *Gender differences at puberty* (pp. 241–276). New York: Cambridge University Press.
- Weir JM, Zakama A, Rao U. Developmental risk I: depression and the developing brain. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21(2):237-59, vii.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(1):29-36.

Whisman MA, Bruce ML. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *J Abnorm Psychol.* 1999;108(4):674-8.

ANEXOS

- a. Questionários utilizados na “Coorte de Nascimentos de Pelotas, 1993”
- b. Produção científica realizada no período do mestrado relacionada ao tema da dissertação

a. Questionários utilizados na “Coorte de Nascimentos de Pelotas,
1993”

CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS – UFPEL
ESTUDO LONGITUDINAL MATERNO-INFANTIL – 1993
QUESTIONÁRIO PERINATAL

1. Hospital: (1) Benef. Portuguesa (2) Santa Casa (3) Hosp. Clínicas
 (4) FAU (5) Piltcher (6) Outros _____
2. Dia do nascimento: ___ / ___ / ___
3. Dia da semana: (1) Seg (2) Ter (3) Qua (4) Qui (5) Sex (6) Sáb (7) Dom
4. Hora do nascimento: ___ . ___ h
5. Nome da Mãe: _____
6. Nome do RN: _____

Vamos começar conversando sobre o seu parto

7. Quantos filhos a senhora teve neste parto?
(1) único (2) múltiplo2 (3) múltiplo3
8. Seu filho nasceu vivo?
(1) Sim (2) Não

SE NASCEU VIVO NÃO FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO

<p>Se nasceu morto, isto aconteceu antes do trabalho de parto ou durante o trabalho de parto?</p> <p>(1) Antes (2) Durante (9) Não sabe (8) NSA</p> <p>A senhora tem alguma idéia de qual foi o problema ou o que possa ter causado a morte de nenê?</p> <p>(1) Sim (2) Não (8) NSA</p> <p>SE SIM: Qual é a sua idéia? _____</p> <p>_____</p> <p>_____ (88)NSA</p>
--

Agora vamos conversar um pouco como foi seu trabalho de parto?

9. Quando o médico ou a enfermeira lhe examinaram no hospital, estava tudo bem com o seu nenê?
(1) Sim (2) Não (9) Ignorado
- SE NÃO: A senhora sabe nos dizer o que havia errado?
- () Sim _____
- (0) Não (8) NSA (9) Ignorado

10. O médico ou a enfermeira ouviram o coração do nenê batendo, dentro da sua barriga?
 (1) Sim (2) Não (9) Ignorado
11. Depois que internou quem do hospital acompanhou a senhora durante o trabalho de parto até ganhar o nenê?
 (1) médico (9) não sabe quem foi
 (2) enfermeira ou parteira (4) ninguém acompanhou
 (3) estudante
12. Quem fez o seu parto?
 (1) médico (3) estudante
 (2) parteira, auxiliar de enfermagem () outro _____
13. Na hora do nascimento, quem atendeu o nenê na sala de parto?
 (1) pediatra (4) estudante
 (2) enfermeira ou parteira () outro _____
 (3) obstetra (9) ignorado
14. O parto foi normal ou cesariana?
 (1) normal (2) cesariana

SE O PARTO FOI NORMAL

15. Fez episiotomia (foi cortada)?
 (1) Sim (2) Não (9) Não sabe (8) NSA
16. Foi usado fórceps (ferros)?
 (1) Sim (2) Não (9) Não sabe (8) NSA
17. Foi feito analgesia (anestesia)?
 (1) Sim (2) Não (9) Não sabe (8) NSA
18. SE FEZ CESARIANA: Qual foi o motivo para fazer cesariana?
 (1) sofrimento fetal (11) diabete materna
 (2) desproporção feto-pélvica (12) repetição
 (3) distócia de apresentação (13) para ligar trompas
 (4) hemorragia materna (14) mãe pediu
 (5) parada de progressão (15) médico quis
 (6) eclâmpsia, pré-eclâmpsia () outra _____
 (7) pós-maturidade (88) NSA
 (10) morte fetal (99) ignorado
19. O médico rompeu a bolsa ou lhe colocou soro para começar o trabalho de parto?
 (1) Rompeu bolsa (2) Soro (3) Ambos (4) Não
20. SE O PARTO FOI INDUZIDO (soro): Qual foi a razão para induzir?
 (1) pós-maturidade (6) médico quis
 (2) pré-eclâmpsia (7) parada de progressão
 (3) bolsa rota () outra: _____
 (4) iso-imunização Rh (88) NSA
 (5) morte fetal (99) Não sabe
21. <Criança> apresentou ou esta apresentando algum problema durante estada no hospital que a obrigou a ir para o berçário ou UTI:

(1) sim, berçário (2) sim, UTI (3) alojamento conjunto (8) NSA
SIM: Qual foi o problema?

22. Prob. 1 _____ (8) NSA
23. Prob. 2 _____ (8) NSA
24. Prob. 3 _____ (8) NSA

Agora nós vamos conversar sobre sua gravidez:

25. Qual foi a data de sua última menstruação? ___ ___ / ___ ___ / ___ ___
26. A senhora fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez?
(1) Sim (2) Não

SE NÃO FEZ CONSULTA PULE PARA A PERGUNTA 39

27. Quantas consultas de pré-natal a senhora fez? ___ ___ (88 = não fez pré-natal)
28. Em que mês da gravidez a senhora fez a primeira consulta de pré-natal?
___ ___ (00 = primeiro mês; 88 = NSA; 99 = ignorado)

Durante as consultas de pré-natal o médico (ou a enfermeira) alguma vez?

29. Perguntou data da última menstruação? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
30. Verificou o seu peso? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
31. Mediu a sua barriga? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
32. Mediu a sua pressão? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
33. Fez exame ginecológico (por baixo)? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
34. Receitou remédio p/anemia (ferro)? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
35. Receitou vitaminas? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
36. Orientou sobre a amamentação? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
37. Examinou seus seios? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
38. Mandou fazer vacina contra o tétano? (1) sim (2) não (9) ignorado (8) NSA
39. SE FEZ VACINA ANTITETÂNICA: Quantas doses recebeu?
___ doses (0 = não recebeu; 9 = ignorado; 7 = já imunizada)

A senhora teve algum dos seguintes problemas durante esta gravidez?

40. pressão alta (1) sim, tratado (2) sim, não tratado (3) não (9) não sabe
41. diabete (açúcar no sangue) (1) sim, tratado (2) sim, não tratado (3) não (9) não sabe

42. ameaça de aborto (1) sim, tratado (2) sim, não tratado (3) não (9) não sabe
43. inf. urinária (1) sim, tratado (2) sim, não tratado (3) não (9) não sabe
44. outra infecção (1) sim, tratado (2) sim, não tratado (3) não (9) não sabe
45. Qual? _____ (8) NSA (9) ignorado
46. anemia (1) sim, tratado (2) sim, não tratado (3) não (9) não sabe
47. outro (1) sim, tratado (2) sim, não tratado (3) não (9) não sabe
48. Qual? _____ (8) NSA (9) ignorado
49. A senhora esteve internada alguma vez durante esta gravidez?
(1) Sim (2) Não
50. SE SIM: Quantas internações? ___ __ internações (00 = nenhuma)
Qual foi o problema?
51. Prob. 1: _____ (8) NSA
52. Prob. 2: _____ (8) NSA

DADOS ANTROPOMÉTRICOS DA MÃE:

53. Quanto a senhora estava pesando logo antes de engravidar ou na primeira consulta do pré-natal? ___ __ __, ___ kg
54. Peso antes do parto: ___ __ __, ___ kg
55. Altura: ___ __ __, ___ cm

Agora vamos conversar sobre outras vezes que a senhora pode ter engravidado:

56. Quantas vezes a senhora já engravidou, contando com esta gravidez? Quero que conte todas as gravidezes, até as que não chegaram ao final.
___ __ vezes

SE ESTA É A PRIMEIRA GRAVIDEZ, PULAR PARA A PERGUNTA 80

57. Quantos filhos a senhora tem? ___ __ filhos

Quero que a senhora me informe a data de nascimento, o sexo de seus filhos e se o parto foi normal ou cesariana

58. Filho 1 data de nascimento ___ __ / ___ __ / ___ __ sexo ___ (1) M (2) F
(01/01/01) NSA (8) NSA
59. Parto (1) Normal (2) Cesariana
60. Filho 2 data de nascimento ___ __ / ___ __ / ___ __ sexo ___ (1) M (2) F

61. Parto (01/01/01) NSA (1) Normal (2) Cesariana (8) NSA
62. Filho 3 data de nascimento ___ / ___ / ___ sexo ___ (1) M (2) F
(01/01/01) NSA (8) NSA
63. Parto (1) Normal (2) Cesariana
64. Filho 4 data de nascimento ___ / ___ / ___ sexo ___ (1) M (2) F
(01/01/01) NSA (8) NSA
65. Parto (1) Normal (2) Cesariana
66. Filho 5 data de nascimento ___ / ___ / ___ sexo ___ (1) M (2) F
(01/01/01) NSA (8) NSA
67. Parto (1) Normal (2) Cesariana
68. Qual a data de nascimento, tipo de parto e sexo de seu último filho antes desta gravidez?
Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Sexo ___ (1) M (2) F
(8) NSA
69. Parto (1) Normal (2) Cesariana
70. A senhora foi cortada (episiotomia) em algum parto anterior? Quantas? ___ episiotomias
(nenhum = 00) (88) NSA (99) Ignorado
71. A senhora teve algum aborto? Quantos? ___ abortos (00 = nenhum; 99 = IGN 88 = NSA)
72. A senhora teve algum filho que nasceu morto com sete meses ou mais de gravidez?
Quantos? ___ natimortos (00 = nenhum; 99 = ignorado 88 = NSA)
73. A senhora teve algum filho que nasceu com menos de dois quilos e meio?
Quantos? ___ baixo peso (00 = nenhum; 99 = ignorado 88 = NSA)
74. A senhora teve algum filho que nasceu antes do tempo com vida?
SE SIM ___ prematuros (00 = nenhum; 99 = ignorado 88 = NSA)
- SE SIM: Por que foi que ele(s) nasceu (nasceram) antes do tempo?

- | | | |
|-----|---|----------------------|
| (1) | começou com contrações uterinas e entrou em trabalho de parto | |
| (2) | rompeu a bolsa antes do tempo (quebrou água) | |
| (3) | médicos tiveram que fazer cesariana ou tirar a criança porque apresentou problemas de saúde | |
| () | outro _____ | (8) NSA (9) Ignorado |

75. Prematuro 1: ___
76. Prematuro 2: ___
77. Prematuro 3: ___
78. A senhora teve algum filho antes desta gravidez que nasceu vivo mas faleceu antes de completar 1 ano de idade?

__ morte infantil (0) Nenhum (8) NSA

79. SE SIM: Que idade tinha(m) quando faleceu (faleceram)?
__ __ meses __ __ dias (88,88 = não se aplica)
__ __ meses __ __ dias (88,88 = não se aplica)
__ __ meses __ __ dias (88,88 = não se aplica)

Agora nós vamos conversar sobre como a senhora se sentiu durante esta gravidez:

80. A senhora planejou ter este filho ou engravidou sem querer?
(1) planejou (2) sem querer (3) mais ou menos
81. Como foi a reação do pai do nenê quando soube da gravidez?
(1) ficou contente (2) indiferente (3) não gostou
82. Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu do pai de nenê durante a gravidez?
(1) muito apoio (3) nenhum apoio (4) mais ou menos
(2) pouco apoio (8) NSA (9) ignorado
83. Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu dos seus familiares durante a gravidez?
(1) muito apoio (3) nenhum apoio (4) mais ou menos
(2) pouco apoio (8) NSA (9) ignorado
84. Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu dos seus amigos ou vizinhos durante a gravidez?
(1) muito apoio (3) nenhum apoio (4) mais ou menos
(2) pouco apoio (8) NSA (9) ignorado
85. Durante o trabalho de parto já no hospital a senhora teve ao seu lado alguma pessoa da sua família ou algum amigo?
(1) sim (2) não
86. SE SIM: Quem foi esta pessoa? _____

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre seu trabalho durante a gravidez

87. A senhora trabalhou fora de casa durante a gravidez?
(1) sim (2) não (3) estudante
(4) sim, em casa, para fora () outra _____

SE NÃO TRABALHOU, PULAR PARA PERGUNTA 97

88. Quantos meses durante a gravidez trabalhou fora? __ __ meses (0) NSA
89. Quantos dias por semana trabalhou fora? __ __ dias (8) NSA
90. Quantas hora por dia trabalhou fora? __ __ horas (88) NSA
91. Que tipo de trabalho a senhora fez? _____
92. Durante o seu trabalho a senhora tinha que ficar a maior parte do tempo em pé?
(1) sim (2) não (8) NSA

93. Durante o seu trabalho a senhora tinha que levantar coisas pesadas?
(1) sim (2) não (8) NSA
94. Durante o seu trabalho a senhora tinha que ficar em lugar barulhento?
(1) sim (2) não (8) NSA
95. Durante o seu trabalho a senhora usava máquinas que vibram?
(1) sim (2) não (8) NSA

Agora eu gostaria de saber se no teu trabalho as pessoas fumavam ou não.

96. Durante a gravidez outras pessoas costumavam fumar na mesma sala em que tu estavas trabalhando?
(1) sim, a maior parte do tempo (2) nunca (3) às vezes (8) NSA

Agora vamos conversar sobre seu trabalho de casa durante a gravidez.

97. Quem é que fez o trabalho de casa para sua família?
(1) mãe mesma
(2) mãe fez parte do trabalho
(3) outra pessoa

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre seu trabalho em casa e gostaria que a senhora me respondesse se faz esse tipo de trabalho todos os dias, de vez em quando ou nunca

SE FEZ O TRABALHO DOMÉSTICO

Que atividades realizava em casa durante a gravidez?

98. Cozinhar (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não
99. Lavar louça (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não
100. Secar louça (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não
101. Estender roupa (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não
102. Lavar roupa (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não
103. Passar roupa (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não
104. Arrumar a casa (camas, pó, varrer) (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não
105. Faxina da casa (encerar, lavar) (1) sim, todos os dias (2) sim, alguns dias/semana (3) não
106. A senhora considera que o seu trabalho em casa era: (*Ler as opções*)
(1) muito pesado (3) leve (8) NSA
(2) pesado (4) muito leve

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre seus hábitos. Eu gostaria que a senhora pensasse em sua gravidez como se ele fosse dividida em três partes: do começo aos 3 meses, dos 4 aos 6 meses e dos 7 meses até o fim.

107. A senhora fumou durante a gravidez? (1) sim (2) não

SE NÃO FUMOU PULAR PARA A PERGUNTA 123

108. A senhora costumava fumar nos primeiros 3 meses desta gravidez?
(1) sim (2) não, pular para a pergunta 113 (8) NSA

109. SE SIM: Fumava todos os dias?
(1) sim (2) não (8) NSA
110. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia: ___ cigarros (88) NSA
111. SE NÃO: Quantos dias por semana fumava? ___ dias (8) NSA
112. Quantos cigarros fumava por dia? ___ cigarros (88) NSA

113. A senhora costumava fumar dos 4 aos 6 meses desta gravidez?
(1) sim (2) não, pular para a pergunta 118 (8) NSA

114. SE SIM: Fumava todos os dias?
(1) sim (2) não (8) NSA
115. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia: ___ cigarros (88) NSA
116. SE NÃO: Quantos dias por semana fumava? ___ dias (8) NSA
117. Quantos cigarros fumava por dia? ___ cigarros (88) NSA

118. A senhora costumava fumar dos 7 meses até o fim da gravidez?
(1) sim (2) não, pular para a pergunta 123 (8) NSA

119. SE SIM: Fumava todos os dias?
(1) sim (2) não (8) NSA
120. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia: ___ cigarros (88) NSA
121. SE NÃO: Quantos dias por semana fumava? ___ dias (8) NSA
122. Quantos cigarros fumava por dia? ___ cigarros (88) NSA

123. O seu marido/companheiro fumou durante esta gravidez?
(1) sim (2) não (8) não tem marido/companheiro

124. SE SIM: Quantos cigarros ele fumava por dia? ___ cigarros (00) NSA

* (seção chimarrão cortada)

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre bebidas de álcool.

128. A senhora costumava beber bebida de álcool durante a gravidez?
 (1) sim (2) não, pular para a pergunta 130

SE RESPONDEU SIM:

Para o quadro a seguir, formular as perguntas na seguinte ordem:

- Que bebida a senhora tomou?
- Em que tipo de vasilha a senhora costumava tomar (citar o nome da bebida)?
 - (1) Copo comum (200ml)
 - (2) Taça (cálice)
 - (3) Martelo (100ml)
 - (4) Lata (350, 355 ml)
 - (5) Garrafa pequena (300 ml)
 - (6) Garrafa (600, 720 ml)
 - (7) Outros: _____
- Quantos (nome do recipiente) a senhora costumava tomar por dia?

	Recipiente	Nº/dia/sem	Nº/dia
Vinho (1) sim (2) não			
Cerveja (1) sim (2) não			
Bebidas destiladas (uísque, vodca, rum, cachaça...) (1) sim (2) não			
Outra: _____ (1) sim (2) não			

(8888 = NSA)

129. Quantos <nome do recipiente> são necessários para que a senhora sinta o efeito da bebida? ___ recipientes (88 = NSA; 99 = Ignorado)

* (seção asma e bronquite cortada)

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda familiar.

137. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?
 Pessoal 1 Cr\$ _____ por mês _____. ____ salários mínimos
 Pessoal 2 Cr\$ _____ por mês _____. ____ salários mínimos
 Pessoal 3 Cr\$ _____ por mês _____. ____ salários mínimos
 Pessoal 4 Cr\$ _____ por mês _____. ____ salários mínimos
 00 = NSA

138. A família tem outra fonte de renda?
 Cr\$ _____ por mês _____. ____ salários mínimos
 Cr\$ _____ por mês _____. ____ salários mínimos
 00 = NSA

139. Quem teve a maior renda?
 (1) Pai (2) Mãe (3) Outros _____

se a maior renda for de outro membro da família que não pai e mãe, fazer a pergunte seguinte.

140. Até que série < pessoa > completou na escola?
__ __ série __ grau (00 = sem escolaridade) (88) NSA

* (seção trabalho do chefe da família cortada)

Agora gostaria de saber como a senhora está hospitalizada

146. A senhora está hospitalizada como INPS, particular ou convênio?
(1) INSS (2) INSS + diferença
(3) Particular (4) Seguro Saúde
(5) Convênio () Outro _____

147. A senhora está pagando para o médico obstetra?
(1) sim (2) não

148. SE SIM: Por quê?
(1) porque ele é particular
(2) para fazer cesariana
(3) para ligar trompas
() outro _____ (8) NSA

Agora vamos conversar um pouco sobre a senhora e o pai da < criança >

149. Qual é a sua idade? __ __ anos

Com quem a senhora vive?

150. Com marido/companheiro (1) sim (2) não

151. Com familiares (1) sim (2) não

152. Com outros (1) sim (2) não

153. Filhos (1) sim (2) não

154. Até que série a senhora completou na escola?
__ série do __ grau (0 = sem escolaridade)

155. Qual é o nome do Pai da < criança > _____

156. Qual a idade dele? __ __ anos

157. Até que série ele completou na escola?
__ série do __ grau (0 = sem escolaridade; 9 = ignorado)

158. Qual é a cor do pai da < criança >: (1) branca (2) negra (3) outra

159. Cor da mãe: (1) branca (2) negra (3) outra

* (seção bico e amamentação cortada)

* (seção métodos para evitar filhos cortada)

Gostaríamos de saber da senhora seu endereço completo, porque pretendemos visitá-la, quando seu nenê estiver maior.

177. A senhora mora em Pelotas?
(1) sim (2) não _____

178. SE SIM: (1) Pelotas urbana (2) Pelotas rural
(3) Jardim América (4) Laranjal (8) NSA

179. Qual é o seu endereço completo? _____

180. Tem algum ponto de referência que nos ajude a encontrar sua casa? _____

181. Tem telefone em casa? _____

182. Tem algum telefone para contato? _____

183. A senhora pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar noutra casa?
(1) vai morar na mesma casa (2) vai morar noutra lugar

184. SE VAI MUDAR: Qual vai ser seu novo endereço? _____

185. Existe alguma outra forma de entrar em contato com a senhora, como através do emprego do marido ou outra forma?
(1) sim (2) não
SE SIM: De que maneira? _____

186. A senhora poderia nos fornecer o endereço de um outro parente, para o caso em que nós precisarmos lhe encontrar?

187. Entrevistador: _____

188. Hora da entrevista: ____ . ____

189. Data da entrevista: ____ / ____ / ____

A criança foi abandonada no hospital? (1) sim (2) não

EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO:

Sexo: (1) masculino (2) feminino

Peso: ____ g

Comprimento: ____, __ cm

Perímetro cefálico: ____, __ cm

Perímetro Torácico __ __, __ cm

Circunferência abdominal: __ __, __ cm

APGAR 1° minuto: __ __ (99 = ignorado)

APGAR 5° minuto: __ __ (99 = ignorado)

Idade gestacional segundo método de Dubowitz: __ __ score

Idade gestacional: __ __ semanas

* (seção nascimento antes do tempo cortada)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
**ESTUDO LONGITUDINAL DAS CRIANÇAS
NASCIDAS EM 1993 NA CIDADE DE PELOTAS**



QUESTIONÁRIO DA MÃE

Número da criança _____

Setor censitário do domicílio _____

Sexo da criança (1) masculino (2) feminino

Por favor, é aqui que mora a mãe do <NOME>? (Se não mora, vá p/última página) Posso falar com ela? (Se não está, vá p/última página) Sou <FULANA> da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal, e trabalho na pesquisa que acompanha todas as crianças nascidas em 1993, na cidade de Pelotas. A mãe foi entrevistada no hospital quando <NOME> nasceu. <NOME> nasceu no dia _____ / _____ / 93? (SE NÃO, perguntar a data correta e preencher os espaços a seguir: _____ / _____ / 1993). Eu vou lhe pedir algumas informações como confirmar seus dados e outras coisas da sua família.

1) Qual o seu nome completo? _____

Se não for igual ao acima, preencha com o nome correto no espaço abaixo

2) A Sra. tem algum apelido? (0) não (1) sim

3) SE SIM: Qual o seu apelido? _____

4) A Sra. é a mãe natural do/a <NOME>? (0) não (1) sim

5) SE NÃO: Qual o seu parentesco com o/a <NOME>? _____

6) SE ADOATIVA: A Sra. sabe me dizer o nome completo da mãe natural do/a <NOME>? (0) não (1) sim

7) SE SIM: Qual o nome dela? _____

8) O nome completo do seu filho é _____ ?

Se não for igual ao acima, preencha com o nome correto no espaço abaixo

9) A Sra. pode nos dizer o nome completo do pai natural do <NOME>? (0) não (1) sim

10) SE SIM: Qual o nome dele? _____

11) Apenas para confirmar, qual o endereço completo desta casa?

12) E um ponto de referência para achar a casa? _____

13) Qual o bairro aqui? _____

14) Vocês têm telefone em casa? (0) não (1) sim

15) SE SIM: Qual o número? _____

ENTREGAR TERMO DE CONSENTIMENTO

PARA COMEÇAR, VOU LHE PERGUNTAR SOBRE A COMPOSIÇÃO FAMILIAR. TODAS AS SUAS RESPOSTAS SÃO PARA UMA PESQUISA E NÃO SERÃO DIVULGADAS PARA NINGUÉM

16) Quantas pessoas moram nesta casa?	__ __
17) O pai natural do/a <NOME> mora nesta casa?	(0) não (1) sim
18) SE NÃO: A Sra. tem marido que more aqui?	(0) não (1) sim
19) SE SIM NA 17 OU NA 18: Há quanto tempo a Sra. e seu marido estão juntos?	__ __ anos __ __ meses
20) Tem crianças de 0 a 9 anos morando nesta casa?	(0) não (1) sim
21) Tem outras pessoas de 10 a 19 anos sem contar com o/a <NOME>?	(0) não (1) sim
22) Tem avôs do/a <NOME> morando aqui?	(0) não (1) sim
23) Tem avós do/a <NOME> morando aqui?	(0) não (1) sim
24) Tem mais alguém morando aqui?	(0) não (1) sim
25) SE SIM: Quem são as outras pessoas?	
a) _____ (escrever na linha o parentesco com a criança e não o nome das pessoas)	
b) _____ (escrever na linha o parentesco com a criança e não o nome das pessoas)	
c) _____ (escrever na linha o parentesco com a criança e não o nome das pessoas)	
d) _____ (escrever na linha o parentesco com a criança e não o nome das pessoas)	
26) Quem é o chefe da família? (parentesco com a criança)	
(1) pai natural (2) mãe natural (3) pai social (4) mãe social (5) avô (6) avó (7) não tem chefe () outro _____	
27) Até que série o chefe da família completou na escola?	__ série __ grau
28) SE A MÃE NÃO É O CHEFE: Até que série a Sra. completou na escola?	__ série __ grau
29) Qual a idade da Sra.? (preencher com a idade da mãe caso o pai esteja respondendo)	__ __ anos
30) SE TEM MARIDO E ELE NÃO É O CHEFE: Até que série o seu marido completou na escola?	__ série __ grau
31) SE TEM MARIDO: Qual a idade do seu marido?	__ __ anos
32) SE NÃO TEM UM CHEFE DE FAMÍLIA: Quem ganha mais na sua casa? (parentesco com a criança)	
(1) pai natural (2) mãe natural (3) pai social (4) mãe social (5) avô (6) avó () outro _____	
33) SE NÃO TEM UM CHEFE DE FAMÍLIA: Até que série esta pessoa que ganha mais na casa estudou?	__ série __ grau

ENTREGAR CONFIDENCIAL PARA A CRIANÇA

SÓ APLIQUE ESTE BLOCO SE O PAI NATURAL NÃO MORA NA CASA	
34) O pai natural do/a <NOME> está vivo?	(0) não (1) sim (9) não sei
35) SE SIM: O/A <NOME> costuma ver o pai natural?	(0) não (1) sim
36) SE SIM: Quantas vezes por semana ou mês ou ano o/a <NOME> vê o pai?	
a) _____ vezes por semana b) _____ vezes por mês c) _____ vezes por ano	

SÓ APLIQUE ESTE BLOCO SE A MÃE NATURAL NÃO MORA NA CASA

37) A mãe natural do/a <NOME> está viva?	(0) não (1) sim (9) Não sei
38) SE SIM: O/A <NOME> costuma ver a mãe natural?	(0) não (1) sim
39) SE SIM: Quantas vezes por semana ou mês ou ano o/a <NOME> vê a mãe?	a) ___ vezes por semana b) ___ vezes por mês c) ___ vezes por ano

40) No total, quantas gravidezes a Sra. teve? (incluir aborto e natimorto)	___ gravidezes
41) SE TEVE ALGUM FILHO: Com que idade a Sra. teve seu primeiro filho?	___ anos
42) SE TEVE MAIS DE UMA GRAVIDEZ: No total, quantos filhos nascidos vivos a Sra. teve?	___ filhos
43) SE TEVE MAIS DE 1 FILHO: Todos os seus filhos são do mesmo pai?	(0) não (1) sim
44) SE TEVE MAIS DE 1 FILHO: A Sra. teve algum filho depois do/a <NOME>?	(0) não (1) sim
45) SE SIM: Qual a data de nascimento do filho que nasceu logo depois do/a <NOME>?	___ / ___ / _____

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE A ESCOLA DO/A <NOME>

46) O/A <NOME> já freqüentou colégio alguma vez? (ler opções)	(0) não (1) sim, escola regular (2) sim, escola especial (3) sim, ambas
47) SE FOI ALGUMA VEZ AO COLÉGIO: Com que idade o/a <NOME> começou a primeira série?	___ anos
48) SE FOI ALGUMA VEZ AO COLÉGIO: O/A <NOME> já repetiu de ano alguma vez?	(0) não (1) sim
49) SE JÁ REPETIU: Quantas vezes nas séries abaixo o/a <NOME> repetiu? (ler séries)	
a) Primeira série	(0) não repetiu ___ vezes
b) Segunda série	(0) não repetiu ___ vezes
c) Terceira série	(0) não repetiu ___ vezes
d) Quarta série	(0) não repetiu ___ vezes
e) Quinta série	(0) não repetiu ___ vezes
f) Sexta série	(0) não repetiu ___ vezes
50) SE JÁ REPETIU: Qual o principal motivo que fez o/a <NOME> repetir o(s) ano(s)?	(1) dificuldade para aprender (2) professor não sabia ensinar bem (3) problema de disciplina (4) falta de tempo (ajudar em casa) (5) não gosta de estudar (6) falta de ajuda para os estudos (7) problemas de casa () outro _____

51) Até quando a Sra. acha que o/a <NOME> deve estudar?	(1) fundamental (2) médio (3) faculdade (4) pós-graduação (5) o quanto ele quiser () outro _____
---	---

AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE TRABALHO E QUANTO GANHAM AS PESSOAS DA CASA

52) Alguém que mora aqui está desempregado?	(0) não (1) sim
53) SE SIM: Tem alguém procurando emprego?	(0) não (1) sim
54) A Sra. trabalhou, sendo paga, no último mês?	(0) não (1) desempregada (2) sim (3) aposentada (4) estudante () outro _____
55) SE SIM: Quantas horas a Sra. trabalhou por dia?	___ horas por dia
56) SE SIM: A Sra. trabalhou em casa para fora ou trabalhou fora de casa?	(1) em casa p/fora (2) fora de casa
57) SE A MÃE NÃO É O CHEFE DA FAMÍLIA: O chefe da família trabalhou, sendo pago, no último mês?	(0) não (1) desempregado (2) sim (3) aposentado (4) estudante () outro _____

58) No mês passado, quanto receberam as pessoas que moram na casa? <i>(identifique parentesco em rel. à criança)</i>	
a) Pessoa 1: _____	R\$ _____ ou _____ SM (regional ou nacional?)
b) Pessoa 2: _____	R\$ _____ ou _____ SM (regional ou nacional?)
c) Pessoa 3: _____	R\$ _____ ou _____ SM (regional ou nacional?)
d) Pessoa 4: _____	R\$ _____ ou _____ SM (regional ou nacional?)
e) Pessoas 5,6,7,...: _____	R\$ _____ ou _____ SM (regional ou nacional?)
59) No mês passado, a família teve outra fonte de renda? (0) não (1) sim	
60) SE SIM: Quanto?	R\$ _____ ou _____ SM (regional ou nacional?)
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS COISAS DA SUA CASA	
61) Vocês têm rádio em casa? SE SIM, Quantos?	___ rádios
62) Vocês têm televisão colorida em casa? SE SIM, Quantas?	___ TVs
63) Vocês têm carro? SE SIM, Quantos?	___ carros
64) Vocês têm aspirador de pó?	(0) não (1) sim
65) Vocês têm empregada doméstica mensalista? SE SIM, Quantas?	___ empregadas
66) Vocês têm máquina de lavar roupa?	(0) não (1) sim
67) Vocês têm videocassete ou DVD?	(0) não (1) sim
68) Vocês têm aparelho de som?	(0) não (1) sim
69) Vocês têm computador?	(0) não (1) sim
70) SE TEM COMPUTADOR: Vocês têm Internet?	(0) não (1) sim
71) Vocês têm geladeira?	(0) não (1) sim
72) Vocês têm freezer separado, geladeira duplex?	(0) não (1) sim
73) Quantos banheiros têm na casa?	___ banheiros
74) SE TIVER BANHEIRO: Quantos banheiros com chuveiro têm na casa?	___ banheiros
75) Vocês têm água encanada em casa?	(0) não (1) sim, dentro de casa (2) sim, no quintal
76) Como é a privada da casa? (ler opções)	
(1) sanitário com descarga (2) sanitário sem descarga (3) casinha / fossa negra (0) não tem	
77) Esta casa é própria, alugada ou emprestada?	
(1) própria (2) alugada (3) emprestada () outro _____	
78) Quantas peças na casa são usadas para dormir?	___ peças
79) Quantas pessoas dormem na mesma peça que o/a <NOME>?	(00) ele dorme sozinho ___ pessoas
80) SE <NOME> DORME COM ALGUÉM NA MESMA PEÇA: Onde o/a <NOME> costuma dormir? (ler opções)	
(1) quarto dos pais, cama dos pais (2) quarto dos pais, cama separada	
(3) outra peça, cama com mais alguém (4) outra peça, cama própria	
81) SÓ OBSERVAR: Tipo de casa	
(1) tijolo com reboco (2) tijolo sem reboco (3) apartamento (4) mista (madeira e tijolo)	
(5) madeira regular (6) madeira irregular (7) papelão ou lata (8) barro	
() outro _____	

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE AS COISAS QUE A SRA. FAZ E PENSA	
82) A Sra. pratica alguma das religiões que eu vou lhe dizer...	
a) católica?	(0) não (1) sim
b) protestante ou evangélica?	(0) não (1) sim _____
c) espírita?	(0) não (1) sim
d) umbanda?	(0) não (1) sim
e) outra religião que não tenha sido dita?	(0) não (1) sim
83) SE SIM: Qual? _____	
84) Desde <DIA> do mês passado, a Sra. foi em alguma missa, culto, sessão, igreja?	
(0) não (1) sim	
85) SE SIM: De qual religião a Sra. participou da missa, culto, sessão?	
(1) católica	(2) protestante ou evangélica
(3) espírita	(4) umbanda
() outra	_____
86) Quem decide como o dinheiro da casa é gasto?	
(1) a própria	(2) marido
(3) os dois	() outro _____
87) A Sra. fica muito chateada com as decisões de como o dinheiro da casa é gasto?	
(0) não (1) sim	
88) O seu marido (ou ex-marido, se ela é separada) prefere que a Sra. trabalhe fora, fique em casa ou ele não opina?	
(1) trabalhe	(2) fique em casa
(3) ele não opina	
89) A Sra. acha que de uma forma geral, é bom saber se conformar ou aceitar algumas coisas na vida?	
(0) não (1) sim	
90) A Sra. gosta de morar no seu bairro ou gostaria de se mudar?	
(1) gosta (2) quer mudar	
91) A Sra. ou o pai natural (ou marido, se ela é separada) foram criados na zona rural ou na zona urbana? (se um dos dois foi criado em zona rural, marcar rural)	
(1) rural (2) urbana	
92) SE RURAL: A Sra. ou o pai natural (ou marido, se ela é separada) ainda mantém contato freqüente com a zona rural?	
(0) não (1) sim	
93) A Sra. tem medo de morar neste bairro?	
(0) não (1) sim	
94) Em geral, quantas vezes por semana a Sra. faz as coisas que eu vou lhe dizer...	
a) visitar amigas fora do bairro?	___ vezes por semana
b) visitar familiares fora do bairro?	___ vezes por semana
c) receber visita em casa?	___ vezes por semana
d) sair à noite para jantar, festas?	___ vezes por semana
e) sair para passear, festejar com a família?	___ vezes por semana
f) conversar, fazer coisas junto com o/a <NOME>?	___ vezes por semana
95) Comparando com época em que o/a <NOME> nasceu, a Sra. acha que a sua vida melhorou, piorou ou não mudou em relação à...	
a) dinheiro?	(1) melhorou (2) piorou (3) não mudou
b) trabalho?	(1) melhorou (2) piorou (3) não mudou
c) local onde mora?	(1) melhorou (2) piorou (3) não mudou
d) vida em família?	(1) melhorou (2) piorou (3) não mudou
e) criação de filhos?	(1) melhorou (2) piorou (3) não mudou
96) Até agora, quando a Sra. teve mais liberdade para fazer as coisas que gosta? (ler opções)	
(1) solteira (2) namorando (3) casada (4) separada (5) não teve diferença () outro _____	

97) SE TEM MARIDO: Como é a sua relação com o seu marido? (ler opções)	
(1) excelente (2) muito boa (3) boa (4) regular (5) ruim (8) sem contato	
98) SE O PAI NATURAL ESTIVER VIVO E NÃO É O MARIDO ATUAL: Como é a sua relação com o pai natural do/a <NOME>? (ler opções)	
(1) excelente (2) muito boa (3) boa (4) regular (5) ruim (8) sem contato	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A CRIAÇÃO DO/A <NOME>	
99) Comparando com as suas amigas ou parentes, a Sra. cria seus filhos mais solto, mais em casa ou igual?	
(1) mais solto (2) mais em casa (3) igual / parecido	
100) A Sra. cria seus filhos da mesma maneira como foi criada ou diferente?	
(1) mesma (2) diferente	
101) SE DIFERENTE: O que foi diferente?	
(1) segurei mais em casa (2) dei mais liberdade (3) fui mais amiga, mais paciente	
(4) conseguir dar mais coisas (5) não pude dar tantas coisas (6) eu estava mais presente	
(7) eu estava menos presente () outro _____	
102) Alguma vez a Sra. achou que os amigos do/a <NOME> poderiam ser má influência ou companhias ruins?	
(0) não (1) sim (9) não sabe	
103) SE SIM: A Sra poderia dizer qual o motivo que lhe preocupava mais?	
(1) escola (2) relação c/ a família (3) drogas (4) brigas/agressividade (5) sexo (6) fumo	
(7) caráter (8) gravidez (9) pegar uma doença () outro _____	
104) SE SIM: Que idade o/a <NOME> tinha nessa época? (início) _____ anos	
105) A Sra. tem alguma preocupação especial com o fato do/a <NOME> estar entrando na adolescência?	
(0) não (1) sim	
106) SE SIM: Qual? (anotar) _____	
107) Comparando com outros meninos/as da mesma idade do/a <NOME>, a Sra. acha que ele/a está igual, adiantado/a ou atrasado/a em relação ao peso, altura?	
a) Peso (1) igual (2) adiantado (3) atrasado	
b) Altura (1) igual (2) adiantado (3) atrasado	
AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE A SAÚDE FAMILIAR	
108) Aconteceu alguma coisa na gravidez, no parto ou logo depois do parto, que tenha prejudicado a saúde do/a <NOME> até hoje?	
(0) não (1) sim (9) não sabe (sem mãe natural)	
109) Depois do parto, a mãe natural do <NOME> ficou com algum problema de saúde relacionado com o parto? (principal problema)	
(00) não (01) anemia (02) diabetes (03) colamento do útero (04) deslocamento do osso da bacia	
(05) bexiga caída (06) hemorragia (07) depressão (10) não poder ter filhos (11) hipertensão	
(12) varizes (13) problemas de coluna (14) infecção (99) não sabe (sem mãe natural)	
() outro _____	
110) Alguma vez na vida, a Sra. consultou com psiquiatra ou psicólogo ?	
(0) não (1) sim	
111) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, a Sra. consultou com psiquiatra ou psicólogo?	
(0) não (1) sim (2) ambos	
112) Desde <DIA> do mês passado, a Sra. tomou algum calmante?	
(0) não (1) sim	
113) Desde <DIA> do mês passado, a Sra. tomou algum remédio para dormir?	
(0) não (1) sim	

114) A mãe <u>natural</u> ou o pai <u>natural</u> do <NOME> tem ou já tiveram...		
a) Asma, chiado no peito ou bronquite?	(0) não	(1) sim (9) não sei
b) Algum tipo de alergia?	(0) não	(1) sim (9) não sei
c) Açúcar no sangue, diabetes?	(0) não	(1) sim (9) não sei
d) Pressão alta, hipertensão?	(0) não	(1) sim (9) não sei
e) Problemas emocionais, de nervos?	(0) não	(1) sim (9) não sei
115) SE ALGUM DOS 2 JÁ TEVE PROBLEMAS DE NERVOS: Alguma vez a mãe natural do/a <NOME> foi hospitalizada por problemas emocionais, de nervos, ou foi paciente de um CAPS?		
	(0) não	(1) sim (9) não sei
116) SE ALGUM DOS 2 JÁ TEVE PROBLEMAS DE NERVOS: Alguma vez o pai natural do/a <NOME> foi hospitalizado por problemas emocionais, de nervos, ou foi paciente de um CAPS?		
	(0) não	(1) sim (9) não sei
117) A Sra. fuma ou já fumou? (ler opções)	(0) nunca fumou	(1) ex-fumante (2) fumante atual
118) SE SIM: Quantos cigarros fuma(va) por dia?		___
119) SE TEM MARIDO: O seu marido fuma ou já fumou? (ler opções)		
	(0) nunca fumou	(1) ex-fumante (2) fumante atual
120) SE SIM: Quantos cigarros fuma(va) por dia?		___
121) A Sra. toma ou tomava bebidas de álcool?	(0) não	(1) sim
122) SE SIM: No último mês, quantas vezes a Sra. tomou bebidas de álcool? (ler opções)		
(0) nenhuma vez	(1) menos de uma vez por semana	(2) uma vez por semana
(3) mais de uma vez por semana	(4) todos os dias	
123) SE TEM MARIDO: O seu marido toma ou tomava bebidas de álcool?		
(0) não	(1) sim	
124) SE SIM: No último mês, quantas vezes o seu marido tomou bebidas de álcool? (ler opções)		
(0) nenhuma vez	(1) menos de uma vez por semana	(2) uma vez por semana
(3) mais de uma vez por semana	(4) todos os dias	
AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS		
125) Desde <DIA> da semana passada, a Sra. praticou algum exercício físico no seu tempo livre?		
	(0) não	(1) sim
126) SE SIM: Quantos dias?		___ dias
127) SE SIM: Quanto tempo cada dia?		___ horas ___ minutos
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SAÚDE DO/A <NOME>		
128) Comparando com a maioria das crianças da mesma idade, a Sra. diria que o/a <NOME> faz: (ler opções)		
(1) mais exercício que eles	(2) menos exercício que eles	(3) a mesma quantidade que eles
129) Se o/a <NOME> precisar consultar, a Sra. leva ao médico... (ler opções)		
(1) do SUS, posto de saúde	(2) de convênio	(3) particular
130) Alguma vez na vida o/a <NOME> já teve chiado no peito? (se não, pule p/ 135)	(0) não	(1) sim
131) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, o/a <NOME> teve chiado no peito?	(0) não	(1) sim
132) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, quantas crises de chiado no peito o/a <NOME> teve?		___ crises

133) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, quantas noites o/a <NOME> deixou de dormir bem por causa do chiado no peito?	(0) nenhuma (1) menos de 1 vez por semana (2) 1 vez ou mais por semana
134) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, o chiado no peito do/a <NOME> foi tão forte que ele não conseguiu dizer mais de 2 palavras entre cada respiração?	(0) não (1) sim
135) Alguma vez na vida o/a <NOME> teve asma ou bronquite?	(0) não (1) sim
136) Alguma vez na vida o médico disse que o/a <NOME> tinha asma ou bronquite?	(0) não (1) sim
137) Alguma vez na vida o médico disse que o/a <NOME> teve rinite alérgica?	(0) não (1) sim
138) Alguma vez na vida o médico disse que o/a <NOME> teve alergia de pele ou eczema?	(0) não (1) sim
139) Desde <MÊS> do ano passado, o/a <NOME> teve algum chiado durante ou depois de fazer exercício?	(0) não (1) sim
140) Desde <MÊS> do ano passado, o/a <NOME> teve tosse seca à noite, sem estar gripado?	(0) não (1) sim
141) Desde <MÊS> do ano passado o/a <NOME> teve algum problema de visão?	(0) não (1) sim
142) SE SIM: Foi dito pelo médico?	(0) não (1) sim
143) O/a <NOME> usa óculos ou lente de contato?	(0) não (1) só óculos (2) só lente (3) óculos e lente
144) Desde <MÊS> do ano passado, o/a <NOME> teve algum problema de ouvido?	(0) não (1) sim
145) SE SIM: Foi dito pelo médico?	(0) não (1) sim
146) Desde <MÊS> do ano passado, o/a <NOME> teve algum problema de infecção urinária?	(0) não (1) sim
147) SE SIM: Foi dito pelo médico?	(0) não (1) sim
148) Nós sabemos que algumas crianças não sabem controlar bem o xixi. Desde <DIA> do mês passado, o/a <NOME> fez xixi na cama à noite alguma vez?	(0) não (1) sim
149) Desde <MÊS> do ano passado, o/a <NOME> teve alguma convulsão?	(0) não (1) sim
150) O/a <NOME> tem diabetes, açúcar no sangue?	(0) não (1) sim
151) O/a <NOME> tem algum outro problema de saúde que lhe pareça sério?	(0) não (1) sim
152) SE SIM: Qual? _____	Codificar pelo CID _____
153) Desde <MÊS> do ano passado, o/a <NOME> consultou com...	
a) Clínico geral ou pediatra?	(0) não (1) sim
a1) SE SIM: Por qual motivo?	Codificar pelo CID _____
b) Nutricionista?	(0) não (1) sim
b1) SE SIM: Por qual motivo?	Codificar pelo CID _____
c) Psicólogo?	(0) não (1) sim
c1) SE SIM: Por qual motivo?	Codificar pelo CID _____
d) Psiquiatra?	(0) não (1) sim
d1) SE SIM: Por qual motivo?	Codificar pelo CID _____
e) Outro médico? (Escrever especialidade) _____	(0) não (1) sim
e1) SE SIM: Por qual motivo?	Codificar pelo CID _____
154) Desde <MÊS> do ano passado, o/a <NOME> consultou com dentista?	(0) não (1) sim
155) SE SIM: Onde foi a última consulta do/a <NOME> com o dentista? (ler opções)	(1) particular (2) convênio (3) posto de saúde (4) faculdade () outro _____

156) SE SIM: Quais os motivos desta consulta? (esperar a resposta e marcar apenas o que for relatado)	
a) flúor	(0) não (1) sim
b) selante	(0) não (1) sim
c) aparelho	(0) não (1) sim
d) obturação, restauração	(0) não (1) sim
e) retirar algum dente	(0) não (1) sim
f) revisão, manutenção	(0) não (1) sim
g) outro motivo? _____	(0) não (1) sim
157) Alguma vez na vida o/a <NOME> quebrou algum osso? (0) não (1) sim	
<i>SE SIM: Preencher os espaços abaixo para cada osso quebrado. (se for mais de 3, escrever no verso)</i>	
158) Qual osso quebrou?	159) Qual a idade do/a <NOME> quando quebrou?
a) _____	a) ___ anos
b) _____	b) ___ anos
c) _____	c) ___ anos
160) Alguma vez na vida o/a <NOME> teve algum acidente de carro, moto ou atropelamento no qual ele/a se machucou? (0) não (1) sim	

*** SÓ APLIQUE ESTE BLOCO PARA <u>AS MENINAS</u> ***	
161) Desde <MÊS> do ano passado, a <NOME> consultou com ginecologista?	(0) não (1) sim
162) SE SIM: Por qual motivo?	
a) Motivo 1 _____	Codificar pelo CID _____
b) Motivo 2 _____	Codificar pelo CID _____
c) Motivo 3 _____	Codificar pelo CID _____
163) A <NOME> já menstruou?	(0) não (1) sim
164) SE SIM: Com que idade a <NOME> menstruou pela primeira vez?	___ anos

AGORA VAMOS FALAR SOBRE HOSPITALIZAÇÕES DO/A <NOME>	
165) Desde <MÊS> do ano passado, o/a <NOME> esteve hospitalizado/a? (0) não (1) sim	
166) SE SIM: Por qual motivo?	167) Essa hospitalização foi por? (ler opções)
a) _____ CID _____	a) (1) convênio (2) particular (3) SUS
b) _____ CID _____	b) (1) convênio (2) particular (3) SUS
c) _____ CID _____	c) (1) convênio (2) particular (3) SUS
168) Alguma vez na vida, o/a <NOME> esteve hospitalizado/a sem contar o último ano? (0) não (1) sim	
169) SE SIM: Quantas vezes?	___

AGORA VAMOS FALAR SOBRE REMÉDIOS			
170) Nos últimos 15 dias, o/a <NOME> usou algum remédio?			(0) não (1) sim
SE SIM: Preencher os espaços abaixo para cada remédio			
171) Qual remédio?	172) Por qual motivo, doença?	173) Apresentação (pedir embalagem)	174) Foi receitado por um médico?
a) _____	a) _____ CID _____	a) _____	a) (0) não (1) sim
b) _____	b) _____ CID _____	b) _____	b) (0) não (1) sim
c) _____	c) _____ CID _____	c) _____	c) (0) não (1) sim
d) _____	d) _____ CID _____	d) _____	d) (0) não (1) sim
e) _____	e) _____ CID _____	e) _____	e) (0) não (1) sim

POR FAVOR, RESPONDA PARA CADA ITEM O QUE MELHOR DESCREVE SEU/SUA FILHO/A. RESPONDA SE É FALSO, MAIS OU MENOS VERDADEIRO OU VERDADEIRO. RESPONDA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL, MESMO QUE A SRA. NÃO TENHA CERTEZA ABSOLUTA OU QUE A PERGUNTA PAREÇA ESTRANHA. DÊ SUAS RESPOSTAS COM BASE NO COMPORTAMENTO DO/A <NOME> NOS ÚLTIMOS 6 MESES.

LEIA CONFORME O SEXO DO/A <NOME> (o seu filho ...?) (ler opções)	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
175) Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas.	↑	↑	↑
176) Não consegue parar sentado quando tem que fazer o tema ou comer; mexe-se muito, batendo em coisas, derrubando coisas.	↑	↑	↑
177) Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.	↑	↑	↑
178) Tem boa vontade para compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças.	↑	↑	↑
179) Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra.	↑	↑	↑
180) É solitário, prefere brincar sozinho.	↑	↑	↑
181) Geralmente é obediente e normalmente faz o que os adultos lhe pedem.	↑	↑	↑
182) Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo.	↑	↑	↑
183) Tenta ser atencioso se alguém está magoado, aflito ou se sentindo mal.	↑	↑	↑
184) Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	↑	↑	↑
185) Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	↑	↑	↑
186) Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta.	↑	↑	↑
187) Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso.	↑	↑	↑
188) Em geral, é querido por outras crianças.	↑	↑	↑
189) Facilmente perde a concentração, fica distraído.	↑	↑	↑
190) Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo.	↑	↑	↑
191) É gentil com crianças mais novas.	↑	↑	↑
192) Geralmente engana ou mente.	↑	↑	↑
193) Outras crianças 'pegam no pé' do seu filho ou o atormentam.	↑	↑	↑
194) Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças).	↑	↑	↑
195) Pensa nas coisas antes de fazê-las.	↑	↑	↑
196) Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	↑	↑	↑
197) Se dá melhor com os adultos do que com outras crianças.	↑	↑	↑
198) Tem muitos medos, assusta-se facilmente.	↑	↑	↑
199) Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	↑	↑	↑

200) A Sra. tem algum outro comentário ou preocupação a respeito do/a <NOME>? Se sim, descreva.

201) Pensando no que acabou de responder, a Sra. acha que o/a <NOME> tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas? (ler opções) (0) não (1) sim, pequenas dificuldades (2) sim, dificuldades bem definidas (3) sim, dificuldades graves				
202) SE SIM: Há quanto tempo essas dificuldades existem? (ler opções) (1) menos de 1 mês (2) 1 a 5 meses (3) 6 a 12 meses (4) mais de 1 ano				
203) SE SIM: Estas dificuldades incomodam ou aborrecem o/a <NOME>? (ler opções) (1) nada (2) um pouco (3) muito (4) mais que muito				
204) SE SIM: Estas dificuldades atrapalham o dia a dia do/a <NOME> em alguma das situações abaixo:				
a) dia a dia em casa? (ler opções)	(1) nada	(2) um pouco	(3) muito	(4) mais que muito
b) com os amigos dele? (ler opções)	(1) nada	(2) um pouco	(3) muito	(4) mais que muito
c) para aprender no colégio? (ler opções)	(1) nada	(2) um pouco	(3) muito	(4) mais que muito
d) para passear, praticar esportes (lazer)? (ler opções)	(1) nada	(2) um pouco	(3) muito	(4) mais que muito
205) SE SIM: Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo? (ler opções) (1) nada (2) um pouco (3) muito (4) mais que muito				

SEMPRE APLIQUE ESTE BLOCO. SOLICITE PARA FICAR A SÓS COM A MÃE AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE. AS PERGUNTAS SE REFEREM AO ÚLTIMO MÊS. POR FAVOR, RESPONDA SIM OU NÃO PARA CADA UMA DELAS	
206) A Sra. teve dores de cabeça freqüentes?	(0) não (1) sim
207) A Sra. teve falta de apetite?	(0) não (1) sim
208) A Sra. dormiu mal?	(0) não (1) sim
209) A Sra. se assustou com facilidade?	(0) não (1) sim
210) A Sra. teve tremores nas mãos?	(0) não (1) sim
211) A Sra. se sentiu nervosa, tensa ou preocupada?	(0) não (1) sim
212) A Sra. teve má digestão?	(0) não (1) sim
213) A Sra. sentiu que suas idéias ficavam embaralhadas de vez em quando?	(0) não (1) sim
214) A Sra. se sentiu triste ultimamente?	(0) não (1) sim
215) A Sra. chorou mais do que de costume?	(0) não (1) sim
216) A Sra. sentiu algum prazer nas suas atividades diárias?	(0) não (1) sim
217) A Sra. teve dificuldade de tomar decisões?	(0) não (1) sim
218) A Sra. achou que seu trabalho diário é penoso e causa sofrimento?	(0) não (1) sim
219) A Sra. achou que tem um papel útil na vida?	(0) não (1) sim
220) A Sra. perdeu o interesse pelas coisas?	(0) não (1) sim
221) A Sra. se sentiu uma pessoa sem valor?	(0) não (1) sim
222) A Sra. alguma vez pensou em acabar com a sua vida?	(0) não (1) sim
223) A Sra. se sentiu cansada o tempo todo?	(0) não (1) sim
224) A Sra. sentiu alguma coisa desagradável no estômago?	(0) não (1) sim
225) A Sra. se cansou com facilidade?	(0) não (1) sim
AGORA EU GOSTARIA DE MEDIR SEU PESO E ALTURA (somente mãe natural)	
226) Peso	___ , ___ kg
227) Altura	___ , ___ cm

PREENCHA ESTE BLOCO A SEGUIR AO TÉRMINO DO QUESTIONÁRIO OU QUANDO A MÃE OU O RESPONSÁVEL PELO/A <NOME> NÃO MORA NO ENDEREÇO DADO
AGORA EU GOSTARIA DE LHE PEDIR O ENDEREÇO DE OUTROS PARENTES OU AMIGOS QUE POSSAM AJUDAR A LOCALIZAR VOCÊS QUANDO FOR PRECISO?

Outro endereço 1 / nome: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone da residência: _____ Relação com a criança: _____

Outro endereço 2 / nome: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone da residência: _____ Relação com a criança: _____

A SRA. PODERIA ME INFORMAR SOMENTE TELEFONE DE OUTROS PARENTES OU AMIGOS QUE POSSAM AJUDAR A LOCALIZAR VOCÊS QUANDO FOR PRECISO?

Telefone celular 1: _____ Relação com a criança: _____

Telefone celular 2: _____ Relação com a criança: _____

Telefone fixo 1: _____ Relação com a criança: _____

Telefone fixo 2: _____ Relação com a criança: _____

Local de trabalho do marido: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Cidade/Bairro: _____

Nome de um colega "próximo" de trabalho: _____

Local de trabalho da mãe: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Cidade/Bairro: _____

Nome de um colega "próximo" de trabalho: _____

A família pretende se mudar? (0) não (1) sim → Para onde e quando?

Cidade: _____ Data prevista para mudança: ___ / ___ / 20 ___

Futuro endereço: _____

Bairro: _____ Ponto de referência: _____

Algum telefone: _____

OBSERVAÇÕES (anote o que houve em cada tentativa feita para realizar a entrevista)

Tentativa 1: _____ Tentativa 2: _____

Tentativa 2: _____ Tentativa 4: _____

MUITO OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO. FOI MUITO IMPORTANTE A SRA. TER PARTICIPADO NESTA ETAPA DO ESTUDO. QUALQUER DÚVIDA A SRA. PODE ESCLARECER ATRAVÉS DO NOSSO TELEFONE NA FACULDADE DE MEDICINA, NO CENTRO DE PESQUISA (3028-0300 ou 3028-0200)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
ESTUDO LONGITUDINAL DAS CRIANÇAS
NASCIDAS EM 1993 NA CIDADE DE PELOTAS



Marque aqui se foi recusa para o confidencial ()

Número do questionário _____

Este questionário é secreto !!!



Se você tiver alguma dúvida, chame o entrevistador.
Ele irá ajudar você sem olhar as suas respostas.



Leia as perguntas com atenção e marque um X na resposta que
você achar melhor

1- Alguma vez você experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas fumadas?	() sim () não
2- Quantos anos você tinha quando fumou seu primeiro cigarro?	() 9 anos ou menos () de 10 a 11 anos () nunca fumei cigarros
3- Quantos anos você tinha quando começou a fumar cigarros todos os dias?	() 9 anos ou menos () de 10 a 11 anos () nunca fumei cigarros
4- Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou?	() 1 a 5 dias () 6 a 9 dias () 10 ou mais dias () todos os dias do mês () não fumei nos últimos 30 dias () nunca fumei cigarros
5- Nos dias em que você fumou, quantos cigarros você geralmente fumou por dia?	() 1 a 5 cigarros por dia () 6 a 10 cigarros por dia () mais de 10 cigarros por dia () nunca fumei cigarros
6- Alguma vez na vida você já usou: Maconha Cola de sapateiro Solvente ou tiner	() sim () não () sim () não () sim () não
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BEBIDAS DE ÁLCOOL	
7- Alguma vez você já tomou bebida de álcool?	() sim () não

8- Quantos anos você tinha quando tomou bebida de álcool pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> 9 anos ou menos <input type="checkbox"/> de 10 a 11 anos <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool
9- Nos últimos 30 dias , quantos dias você tomou bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> 1 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias <input type="checkbox"/> todos os dias do mês <input type="checkbox"/> não tomei bebida de álcool nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool
10- Você já tomou algum porre ou ficou bêbado ?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BRIGAS E VIOLÊNCIA	
11- No último ano , você entrou em alguma briga em que alguém ficou machucado?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
12- Você ou alguma das outras pessoas que estavam brigando usaram alguma arma ?	
<input type="checkbox"/> sim → Quais as armas que foram usadas?	Arma de fogo (revólver) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Faca ou canivete <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Pedra <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Corrente <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Pedaço de pau ou ferro <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Garrafa <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Soqueira <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> briguei no último ano, mas ninguém usou arma <input type="checkbox"/> não briguei no último ano	
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O QUE VOCÊ FAZ E A SUA FAMÍLIA	
13- Alguma vez na vida você apanhou dos seus pais?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
14- Quantas vezes você apanhou dos seus pais nos últimos 6 meses ?	<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 vezes ou mais
15- Nas famílias existem brigas. Comparando a sua família com outras que você conhece , você diria que a sua família briga muito ou pouco?	<input type="checkbox"/> briga pouco <input type="checkbox"/> briga muito
16- Essas brigas que ocorrem em sua casa/família lhe incomodam?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
17- Você já fugiu de casa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE AIDS E OUTRAS DOENÇAS	
18- Você acha que se pode pegar AIDS usando seringa junto com outra pessoa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
19- Você acha que se pode pegar AIDS homem transando com mulher?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

20- Você acha que se pode pegar AIDS homem transando com homem?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
21- Você acha que se pode pegar AIDS beijando na boca?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
22- Você acha que se pode pegar AIDS abraçando uma pessoa com AIDS?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
23- Você acha que se pode pegar AIDS recebendo sangue?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
24- Você acha que se pode pegar AIDS doando sangue?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
25- Em uma transa, quem você acha que deve evitar filhos?	<input type="checkbox"/> homem <input type="checkbox"/> mulher <input type="checkbox"/> os dois
26- No teu colégio, alguém já falou sobre educação sexual?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE SUA RELAÇÃO COM SEUS PAIS	
27- Você acha que sua relação com seu pai é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
28- O seu pai já conversou com você sobre sexo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
29- Você acha que sua relação com sua mãe é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
30- A sua mãe já conversou com você sobre sexo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
31- Você acha que a relação entre o seu pai e a sua mãe é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
SÓ RESPONDA AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SE OS SEUS PAIS SÃO SEPARADOS	
32- Você acha que a separação dos seus pais prejudicou você de alguma forma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
33- Você acha que a separação dos seus pais foi boa para você de alguma forma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não



RESPONDA AS PRÓXIMAS PÁGINAS

Por favor, para cada item, marque com um X um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. É muito importante que você responda a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta possa parecer estranha. Dê sua resposta baseada em como as coisas têm sido nos ÚLTIMOS 6 MESES.

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
34- Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35- Não consigo parar sentado quando tenho que fazer tema ou comer; me mexo muito, batendo em coisas, derrubando coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36- Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38- Eu fico muito brabo e geralmente perco a paciência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40- Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42- Tento ajudar se alguém parece chateado, aflito ou sentindo-se mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43- Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44- Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45- Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46- Frequentemente estou chateado, desanimado ou com vontade de chorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47- Em geral, os outros jovens gostam de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48- Facilmente perco a concentração, fico distraído.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49- Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50- Sou legal com crianças mais novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51- Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52- Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53- Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54- Eu penso antes de fazer as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55- Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56- Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57- Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58- Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você tem algum outro comentário ou preocupação sobre você? Anote abaixo:

59- Pensando no que acabou de responder, você acha que tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, ou para se dar bem com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> sim, pequenas dificuldades <input type="checkbox"/> sim, dificuldades bem definidas <input type="checkbox"/> sim, dificuldades graves <input type="checkbox"/> não
---	--

AGORA só responda as próximas perguntas se você respondeu “sim” na pergunta 59.

60- Há quanto tempo essas dificuldades existem?	<input type="checkbox"/> menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 5 meses <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> mais de 1 ano
61- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem você?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
Estas dificuldades atrapalham o seu dia a dia em alguma das situações abaixo:	
62- Dia a dia em casa?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
63- Com seus amigos?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
64- Para aprender no colégio?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
65- Para passear, praticar esportes (lazer)?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
66- Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito



MUITO OBRIGADO POR TER NOS AJUDADO!



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA

ESTUDO LONGITUDINAL DOS NASCIDOS EM 1993
Visita aos 15 anos - 2008



QUESTIONÁRIO DA MÃE

Número do questionário _____

Número da criança _____

Setor censitário do domicílio _____

Sexo do jovem: (1) Masculino (2) Feminino

Por favor, é aqui que mora o <NOME>? (SE NÃO MORA → vá p/última página) Sou <FULANA> e trabalho na pesquisa que acompanha todos os nascidos em 1993, na cidade de Pelotas. A mãe do <NOME> foi entrevistada no hospital quando <NOME> nasceu e novamente em 2004. Eu gostaria de falar com a mãe. (apresentação novamente, se não foi ela que atendeu) Eu vou começar pedindo algumas informações para confirmar os dados da mãe e depois vamos falar sobre outras coisas da sua família. Podemos conversar? (SE NÃO → agende um retorno e confirme telefone e endereço)

1) Qual o nome completo da mãe do <NOME>?

Se não for igual ao acima, preencha com o nome correto no espaço abaixo

2) A Sra. é a mãe natural do/a <NOME>?

(0) Não (1) Sim → VÁ PARA A PERGUNTA 6

3) SE NÃO: Qual o seu parentesco com o/a <NOME>?

(01) Mãe adotiva

(02) Avó

(03) Tia

(04) Irmã

(05) Madrasta/padrasto

(06) Pai natural

(07) Pai adotivo

() Outro: Qual? _____

4) SE ADOATIVA: A Sra. sabe me dizer o nome completo da mãe natural do/a <NOME>?

(0) Não (1) Sim

5) SE SIM: Qual o seu nome? _____

6) O nome completo do jovem é _____?

Se não for igual ao acima, preencha com o nome correto no espaço abaixo

7) Apenas para confirmar, qual o endereço completo desta casa?

8) E um ponto de referência para achar a casa? _____

9) Qual o bairro aqui? _____

10) Vocês têm telefone em casa ou celular?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 12

(1) Sim

11) SE SIM: Qual(s) o(s) número(s)? _____	
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE SUA FAMÍLIA. TODAS AS SUAS RESPOSTAS SÃO PARA UMA PESQUISA E NÃO SERÃO DIVULGADAS PARA NINGUÉM	
12) Quantas pessoas moram nesta casa? (contando com o respondente) _____	
13) O pai natural do/a <NOME> mora nesta casa?	(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 15 (1) Sim
14) SE SIM: Qual a idade do pai natural do <NOME>? _____ anos	
15) SE NÃO NA 13: A Sra. tem marido que more aqui?	(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 17 (1) Sim
16) SE TEM MARIDO MORANDO: Há quanto tempo a Sra. e seu marido estão juntos? _____ anos _____ meses	
17) O <NOME> tem irmãos morando nesta casa?	(0) Não (1) Sim
18) O <NOME> tem avôs ou avós morando nesta casa?	(0) Não (1) Sim
19) Tem mais alguém morando aqui?	(0) Não (1) Sim
20) SE SIM: Quem são as outras pessoas?	
a) _____ (escrever na linha o parentesco com NOME e não o nome das pessoas)	
b) _____	
c) _____	
d) _____	
21) Quem é o chefe da família? (parentesco com o <NOME>)	
(01) Pai Natural (02) Mãe Natural (03) Pai Social ou adotivo ou padrasto (04) Mãe Social ou adotiva ou madrasta	
(05) Avô (06) Avó (07) Não tem chefe	
() Outro, qual? _____ Cód. _____	
22) Até que série o chefe da família (ou pessoa que ganha mais na casa) completou na escola? _____ série _____ grau	
23) SE A MÃE NÃO É O CHEFE: Até que série a Sra. completou na escola? _____ série _____ grau	
24) Qual a idade da Sra.? (preencher com a idade da mãe/responsável mulher caso o pai esteja respondendo) _____ anos	
25) SE TEM MARIDO E ELE NÃO É O CHEFE: Até que série o seu marido completou na escola? _____ série _____ grau	
26) SE TEM MARIDO E ELE NÃO É O PAI NATURAL: Qual a idade do seu marido? _____ anos	

→ SÓ APLIQUE ESTE BLOCO SE O PAI NATURAL NÃO MORA NA CASA	
27a) O pai natural do/a <NOME> está vivo?	(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 28 (1) Sim (9) Não sei
27b) Qual a idade do pai natural do <NOME>? _____ anos	
28) SE NÃO ESTÁ VIVO: Que idade o pai natural do <NOME> tinha quando faleceu? _____ anos	
29) SE NÃO ESTÁ VIVO: Que idade o <NOME> tinha quando o pai dele/a faleceu? _____ anos	
30) SE NÃO ESTÁ VIVO: Qual o motivo do falecimento do pai natural do <NOME>? _____ Cód. _____	
31): A Sra. e o pai natural <os pais naturais> do <NOME> se separaram?	(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 33 (1) Sim
32) Que idade o <NOME> tinha quando os pais naturais se separaram?	_____ anos (77) Nunca se casaram (99 SE NÃO SABE; 00 ≤ 1 ANO OU GRÁVIDA)
33) SE ESTÁ VIVO: O/A <NOME> costuma ver o pai natural?	(0) Não (1) Sim
34) SE NÃO COSTUMA VER O PAI: Com que idade o <NOME> perdeu o contato com o pai?	_____ anos (99 SE NÃO SABE; 00 SE NUNCA TEVE CONTATO)

→ SÓ APLIQUE ESTE BLOCO SE A MÃE NATURAL NÃO MORA NA CASA

35) A mãe natural do/a <NOME> está viva?	(0) Não (1) Sim → VÁ PARA A PERGUNTA 39 (9) Não sei
36) SE NÃO ESTÁ VIVA: Que idade a mãe natural do <NOME> tinha quando faleceu?	__ __ anos
37) SE NÃO ESTÁ VIVA: Que idade o <NOME> tinha quando a mãe dele/a faleceu?	__ __ anos
38) SE NÃO ESTÁ VIVA: Qual o motivo do falecimento da mãe natural do <NOME>?	Cód. __ __
39) O Sr. e a mãe natural <os pais naturais> do <NOME> se separaram?	(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 41 (1) Sim
40) Que idade o <NOME> tinha quando os pais naturais se separaram?	__ __ anos (77) Nunca se casaram (99 SE NÃO SABE; 00 ≤ 1 ANO OU GRÁVIDA)
41) SE ESTÁ VIVA: O/A <NOME> costuma ver a mãe natural?	(0) Não (1) Sim
42) SE NÃO COSTUMA VER A MÃE: Com que idade o <NOME> perdeu o contato com a mãe?	__ __ anos

→ SÓ APLIQUE ESTE BLOCO SE A MÃE NATURAL ESTIVER RESPONDENDO

43) No total, quantas gravidezes a Sra. teve? (incluir aborto e natimorto)	__ __ gravidezes
44) Com que idade a Sra. teve seu primeiro filho?	__ __ anos
45) SE TEVE MAIS DE UMA GRAVIDEZ: No total, quantos filhos nascidos vivos a Sra. teve?	__ __ filho(s)
46) SE TEVE MAIS DE 1 FILHO: A Sra. teve algum filho antes do/a <NOME>?	(00) Não () Sim → Quantos? __ __
47) SE TEVE MAIS DE 1 FILHO: A Sra. teve algum filho depois do/a <NOME>?	(00) Não () Sim → Quantos? __ __
48) SE TEVE MAIS DE 1 FILHO: Todos os seus filhos são do mesmo pai?	(0) Não (1) Sim

49) Na família do pai e da mãe natural de <NOME> tem alguma origem como a africana, portuguesa, espanhola... ou alguma outra? [esperar o relato e marcar qual origem]	(99) IGN
a. alemã	(0) Não (1) Sim
b. italiana	(0) Não (1) Sim
c. árabe/libanesa	(0) Não (1) Sim
d. portuguesa	(0) Não (1) Sim
e. espanhola	(0) Não (1) Sim
f. africana	(0) Não (1) Sim
g. japonesa, chinesa	(0) Não (1) Sim
h. brasileira	(0) Não (1) Sim
i. Outra, Qual? [escreva]	Cód. __ __
50) A Sra. pratica alguma religião que eu vou dizer: (Ler as opções de pergunta)	
a. Católica?	(0) Não (1) Sim
b. Espírita?	(0) Não (1) Sim
c. Umbanda?	(0) Não (1) Sim
d. Evangélica?	(0) Não (1) Sim
e. Protestante?	(0) Não (1) Sim
f. Outra?	(0) Não (1) Sim, qual? _____ Cód. __ __

51) No último mês, a Sra. foi a algum culto, missa, sessão ou igreja?		(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembro
52) Em qual religião o <NOME> foi criado/a?		(00) Nenhuma	(01) Católica	(02) Espírita
		(04) Evangélica	(05) Protestante	(99) IGN
		() Outra, qual? _____ Cód. ____		
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE TRABALHO E QUANTO GANHAM AS PESSOAS DA CASA				
53) Alguém que mora aqui está desempregado?		(0) Não	(1) Sim	
54) A Sra. trabalhou, sendo paga, no último ano?		(0) Não → VÁ PARA PERGUNTA 57	(1) Sim	(2) Sim, em casa para fora
		(3) Aposentada → VÁ PARA A PERGUNTA 57 OU 58	(4) Estudante	() Outro, qual? _____ Cód. ____
55) SE TRABALHOU: Quantas horas a Sra. trabalhou por dia?		_____ horas por dia		
56) SE TRABALHOU: A Sra. trabalhou em casa para fora ou trabalhou fora de casa?		(1) Em casa p/fora	(2) Fora de casa	
57) SE A MÃE NÃO É O CHEFE DA FAMÍLIA: O chefe da família (ou pessoa que ganha mais) trabalhou, sendo pago, no último mês?		(0) Não	(1) Desempregado	(2) Sim
		(3) Aposentado	(4) Estudante	() outro _____
58) No mês passado, quanto receberam as pessoas que moram na casa? (identifique parentesco em relação à <NOME>)				
a) Pessoa 1:	_____ R\$ _____	ou _____	SM	[sem somar o 13º/Férias]
b) Pessoa 2:	_____ R\$ _____	ou _____	SM	
c) Pessoa 3:	_____ R\$ _____	ou _____	SM	
d) Pessoa 4:	_____ R\$ _____	ou _____	SM	
e) Pessoas 5,6,7,....:	_____ R\$ _____	ou _____	SM	
59) No mês passado, a família teve outra fonte de renda?		(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 61	(1) Sim	
60) SE TEVE OUTRA RENDA: Quanto?		R\$ _____	ou _____	SM
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS COISAS DA SUA CASA				
61) Vocês têm radio em casa? Quantos?		(0) Não	(1) Sim, _____ rádio(s)	
62) Vocês têm televisão colorida em casa? Quantas?		(0) Não	(1) Sim, _____ TV(s)	
63) Vocês têm carro? Quantos?		(0) Não	(1) Sim, _____ carro(s)	
64) Vocês têm aspirador de pó?		(0) Não	(1) sim	
65) Vocês têm empregada doméstica mensalista? Quantas?		(0) Não	(1) sim, _____ empregada(s)	
66) Vocês têm máquina de lavar roupa? (não contar tanquinho)		(0) Não	(1) Sim	
67) Vocês têm videocassete ou DVD?		(0) Não	(1) Sim	
68) Vocês têm aparelho de som? (não vale do carro)		(0) Não	(1) Sim	
69) Vocês têm vídeo game?		(0) Não	(1) Sim	
70) Vocês têm computador?		(0) Não	(1) Sim	
71) SE TEM COMPUTADOR: Vocês têm Internet?		(0) Não	(1) Sim	
72) Vocês têm geladeira?		(0) Não	(1) Sim	
73) Vocês têm freezer separado, geladeira duplex?		(0) Não	(1) Sim	
74) Quantos banheiros têm na casa?		_____ banheiro(s)		
75) SE TEM BANHEIRO: Quantos banheiros com chuveiro têm na casa?		_____ banheiro(s) com chuveiro		
76) Vocês têm água encanada em casa?		(0) Não	(1) Sim, dentro de casa	(2) Sim, no quintal

77) Como é a privada da casa? (Ler opções)			
(1) Sanitário com descarga	(2) Sanitário sem descarga	(3) Casinha / fossa negra	(0) Não tem
78) Esta casa é própria, alugada ou emprestada?			
(1) Própria	(2) Alugada	(3) Emprestada	() Outro, qual? _____ Cód. ____
79) Quantas peças na casa são usadas para dormir? _____ peças			
80) Quantas pessoas dormem na mesma peça que o/a <NOME>? (00) Ele/a dorme sozinho/a _____ pessoas			
AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS			
81) Desde <dia> da semana passada, a Sra. praticou algum exercício físico no seu tempo livre?			
(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 84 OU 87		(1) Sim	
82) SE ELA PRATICOU: Quantos dias? _____ dias			
83) SE ELA PRATICOU: Quanto tempo cada dia? _____ horas _____ minutos			
84) SE TEM MARIDO OU PAI NATURAL: Desde <dia> da semana passada, o seu marido/companheiro praticou algum exercício físico no seu tempo livre?			
(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 87		(1) sim	
85) SE ELE PRATICOU: Quantos dias? _____ dias			
86) SE ELE PRATICOU: Quanto tempo cada dia? _____ horas _____ minutos			
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SAÚDE DO/A <NOME>			
87) Se o/a <NOME> precisar consultar, a Sra. leva ele/a ao médico.... (Ler opções)			
(1) Do SUS, posto de saúde	(2) De convênio	(3) Particular	
88) Alguma vez na vida o/a <NOME> teve asma ou bronquite? (0) Não (1) Sim (9) IGN			
89) Alguma vez na vida o médico disse que o/a <NOME> tinha asma ou bronquite? (0) Não (1) Sim (9) IGN			
90) Alguma vez na vida o médico disse que o/a <NOME> tinha rinite alérgica? (0) Não (1) Sim (9) IGN			
91) Alguma vez na vida o médico disse que o/a <NOME> tinha alergia de pele ou eczema? (0) Não (1) Sim (9) IGN			
92) Desde <mês> do ano passado o/a <NOME> teve algum problema de visão?			
(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 94		(1) Sim (9) IGN	
93) TEVE PROBLEMA DE VISÃO: Foi dito pelo médico? (0) Não (1) Sim (9) IGN			
94) O/a <NOME> usa óculos ou lente de contato? (0) Não (1) sim, só óculos (2) Sim, só lente (3) Sim, óculos e lente			
95) O/a <NOME> tem algum outro problema de saúde que lhe pareça sério? (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 97 (1) Sim			
96) SE TEM PROBLEMA: Qual? _____ Cód. ____			
97) No último ano, desde < mês > do ano passado, o/a <NOME> consultou com...			
a) Clínico geral ou pediatra?		(0) Não → 97B	(1) Sim (9) IGN
a1) SE SIM: Por qual motivo? CID _____			
b) Nutricionista?		(0) Não → 97C	(1) Sim (9) IGN
b1) SE SIM: Por qual motivo? CID _____			
c) Psicólogo?		(0) Não → 97D	(1) Sim (9) IGN
c1) SE SIM: Por qual motivo? CID _____			
d) Psiquiatra?		(0) Não → 97E	(1) Sim (9) IGN
d1) SE SIM: Por qual motivo? CID _____			
e) Dentista?		(0) Não → 97F	(1) Sim (9) IGN
e1) SE SIM: Por qual motivo? CID _____			
f) Outro médico?		(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 98	(1) Sim (9) IGN
(Escrever especialidade) _____			
f1) SE SIM: Por qual motivo? CID _____			

98) Alguma vez na vida o/a <NOME> quebrou algum osso?			
(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 101		(1) Sim	(9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 101
<i>Preencher os espaços abaixo para cada osso quebrado. Se for mais de 3, escreva na última linha os outros anotando a idade.</i>			
99) SE SIM: Qual osso quebrou?		100) SE SIM: Qual a idade do/a <NOME> quando quebrou?	
a) _____	Cód _____	a) _____	anos
b) _____	Cód _____	b) _____	anos
c) _____	Cód _____	c) _____	anos
Outro(s) osso(s): _____			
AGORA VAMOS FALAR SOBRE HOSPITALIZAÇÕES DO/A <NOME>			
101) O/A <NOME> teve que baixar no hospital no último ano (desde <mês> do ano passado)?		(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 104 (1) Sim	
102) SE SIM: Por qual motivo?		103) SE SIM: Essa hospitalização foi por? <i>(Ler opções)</i>	
a) _____	CID _____	a) (1) Convênio (2) Particular (3) SUS	
b) _____	CID _____	b) (1) Convênio (2) Particular (3) SUS	
c) _____	CID _____	c) (1) Convênio (2) Particular (3) SUS	
104) Alguma vez na vida, o/a <NOME> esteve hospitalizado/a sem contar o último ano?			
(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 106		(1) Sim	(9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 106
105) SE SIM: Quantas vezes?		_____ vezes	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE REMÉDIOS			
106) Nos últimos 15 dias, o/a <NOME> usou algum remédio?		(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 111 (1) Sim	
<i>Preencher os espaços abaixo para cada remédio</i>			
107) SE SIM: Qual remédio?	108) SE SIM: Por qual motivo, doença?	109) Pedir a embalagem e se não tiver perguntar: Era em gotas, xarope, comprimido, injeção ou outra forma?	110) SE SIM: Foi receitado por um médico?
a) _____	a) _____ CID _____	a) _____	a) (0) Não (1) Sim
b) _____	b) _____ CID _____	b) _____	b) (0) Não (1) Sim
c) _____	c) _____ CID _____	c) _____	c) (0) Não (1) Sim
d) _____	d) _____ CID _____	d) _____	d) (0) Não (1) Sim
e) _____	e) _____ CID _____	e) _____	e) (0) Não (1) Sim

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O COMPORTAMENTO DE <NOME> NOS ÚLTIMOS SEIS MESES. RESPONDA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL, MESMO QUE A SRA. NÃO TENHA CERTEZA OU QUE A PERGUNTA PAREÇA ESTRANHA
(*Ler as opções*).

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
111) <NOME> tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas.	(0)	(1)	(2)
112) <NOME> não consegue parar sentado quando tem que fazer o tema ou comer; mexe-se muito, batendo em coisas, derrubando coisas.	(0)	(1)	(2)
113) <NOME> muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.	(0)	(1)	(2)
114) <NOME> tem boa vontade para compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças ou adolescentes.	(0)	(1)	(2)
115) <NOME> freqüentemente tem acessos de raiva ou crises de birra.	(0)	(1)	(2)
116) <NOME> é solitário, prefere brincar sozinho.	(0)	(1)	(2)
117) <NOME> geralmente é obediente e normalmente faz o que os adultos lhe pedem.	(0)	(1)	(2)
118) <NOME> tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo.	(0)	(1)	(2)
119) <NOME> tenta ser atencioso se alguém está magoado, aflito ou se sentindo mal.	(0)	(1)	(2)
120) <NOME> está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	(0)	(1)	(2)
121) <NOME> tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	(0)	(1)	(2)
122) <NOME> freqüentemente briga com outras crianças/adolescentes ou as amedronta.	(0)	(1)	(2)
123) <NOME> freqüentemente parece triste, desanimado ou choroso.	(0)	(1)	(2)
124) <NOME> em geral, é querido por outras crianças ou adolescentes.	(0)	(1)	(2)
125) <NOME> facilmente perde a concentração, fica distraído.	(0)	(1)	(2)
126) <NOME> fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo.	(0)	(1)	(2)
127) <NOME> é gentil com crianças ou adolescentes mais novas.	(0)	(1)	(2)
128) <NOME> geralmente engana ou mente.	(0)	(1)	(2)
129) Outras crianças 'pegam no pé' do seu filho ou o atormentam.	(0)	(1)	(2)
130) <NOME> freqüentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças ou adolescentes).	(0)	(1)	(2)
131) <NOME> pensa nas coisas antes de fazê-las.	(0)	(1)	(2)
132) <NOME> rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	(0)	(1)	(2)
133) <NOME> se dá melhor com os adultos do que com outras crianças ou adolescentes.	(0)	(1)	(2)
134) <NOME> tem muitos medos, assusta-se facilmente.	(0)	(1)	(2)
135) <NOME> completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	(0)	(1)	(2)

136) Pensando no que acabou de responder, a Sra. acha que o/a <NOME> tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas? (*Ler opções*)

(0) Não → VÁ PARA A ÚLTIMA PÁGINA

(1) Sim, pequenas dificuldades (2) Sim, dificuldades bem definidas (3) Sim, dificuldades graves

137) Há quanto tempo essas dificuldades existem? (*Ler opções*)

(1) menos de 1 mês (2) 1 a 5 meses (3) 6 a 12 meses (4) mais de 1 ano

138) Estas dificuldades incomodam ou aborrecem o/a <NOME>? (*Ler opções*)

(1) Nada (2) Um pouco (3) Muito (4) Mais que muito

139) Estas dificuldades atrapalham o dia a dia do/a <NOME> em alguma das situações abaixo:

a. dia a dia em casa? (*Ler opções*) (1) Nada (2) Um pouco (3) Muito (4) Mais que muito

b. com os amigos dele/a? (*Ler opções*) (1) Nada (2) Um pouco (3) Muito (4) Mais que muito

c. para aprender no colégio? (*Ler opções*) (1) Nada (2) Um pouco (3) Muito (4) Mais que muito

d. para passear, praticar esportes (lazer)? (*Ler opções*) (1) Nada (2) Um pouco (3) Muito (4) Mais que muito

140) Estas dificuldades são um peso para a Sra. ou para a família como um todo? (*Ler opções*)

(1) Nada (2) Um pouco (3) Muito (4) Mais que muito

AGORA, PARA FINALIZAR, VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A FORMA DE COZINHAR NA SUA CASA.

141. Agora vou listar alguns tipos de gordura e peço que me diga qual ou quais dessas a Sra usa para preparar a comida da sua família.

Tipo de gordura	Quantas vezes?										Frequência				
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
Banha de porco															
Gordura de côco															
Margarina															
Manteiga															
Óleo															

142. SE USA ÓLEO PARA PREPARAR A COMIDA DA FAMÍLIA: Que tipo de óleo a Sra usa mais seguido?

(01) de arroz (02) de canola (03) de girassol (04) de soja (05) de milho (06) de oliva
 () outro _____ cód __ __

PREENCHA ESTE BLOCO A SEGUIR AO TÉRMINO DO QUESTIONÁRIO OU QUANDO A MÃE OU O RESPONSÁVEL PELO/A <NOME> NÃO MORA NO ENDEREÇO DADO
AGORA EU GOSTARIA DE LHE PEDIR O ENDEREÇO DE OUTROS PARENTES OU AMIGOS QUE POSSAM AJUDAR A LOCALIZAR VOCÊS QUANDO FOR PRECISO.

Outro endereço 1 / nome: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Ponto de Referência: _____
Telefone da residência: _____ Relação com <NOME>: _____
Outro endereço 2 / nome: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Ponto de Referência: _____
Telefone da residência ou celular: _____ Relação com <NOME>: _____

A SRA. PODERIA ME INFORMAR SOMENTE TELEFONE DE OUTROS PARENTES OU AMIGOS QUE POSSAM AJUDAR A LOCALIZAR VOCÊS QUANDO FOR PRECISO?

Telefone celular 1: _____ Relação com <NOME>: _____
Telefone celular 2: _____ Relação com <NOME>: _____
Telefone fixo 1: _____ Relação com <NOME>: _____
Telefone fixo 2: _____ Relação com <NOME>: _____

Local de trabalho do marido ou pai natural: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ Cidade/Bairro: _____
Nome de um colega "próximo" de trabalho: _____
Local de trabalho da mãe: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ Cidade/Bairro: _____
Nome de um colega "próximo" de trabalho: _____

A família pretende se mudar? (0) não (1) sim → Para onde e quando?

Cidade: _____ Data prevista para mudança: __ __ / __ __ / 2 0 0 __

Futuro endereço: _____

Bairro: _____ Ponto de referência: _____

Algum telefone: _____

OBSERVAÇÕES (anote o que houve em cada tentativa feita para realizar a entrevista)

Tentativa 1: _____ Tentativa 3: _____

Tentativa 2: _____ Tentativa 4: _____

MUITO OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO. FOI MUITO IMPORTANTE A SRA. TER PARTICIPADO NESTA ETAPA DO ESTUDO. QUALQUER DÚVIDA A SRA. PODE ESCLARECER ATRAVÉS DO NOSSO TELEFONE NA FACULDADE DE MEDICINA, NO CENTRO DE PESQUISA COM FERNANDA PELO TELEFONES 3284-1324 OU 3284-1300 – OU FALAR COM AS PROFESSORAS FATIMA VIEIRA OU MARILDA NEUTZLING



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA

ESTUDO LONGITUDINAL DOS NASCIDOS EM 1993
Acompanhamento 15 anos – 2008



Número do questionário _____

Este questionário é secreto. Teu nome não aparecerá nele.

Se tiveres alguma dúvida, chama a entrevistadora. Ela irá te ajudar sem olhar as tuas respostas.

Lê as perguntas com atenção e marca um X na resposta que achares melhor.
Não há resposta certa ou errada, queremos a tua opinião.

AS PRIMEIRAS PERGUNTAS SÃO SOBRE CIGARROS	
1. Alguma vez tu experimentaste fumar cigarros, mesmo uma ou duas fumadas?	() sim () não
2. Quantos anos tu tinhas quando fumaste teu primeiro cigarro?	() 9 anos ou menos () de 10 a 11 anos () de 12 a 15 anos () nunca fumei cigarros
3. Quantos anos tu tinhas quando começaste a fumar cigarros todos os dias?	() 9 anos ou menos () de 10 a 11 anos () de 12 a 15 anos () nunca fumei todos os dias () nunca fumei cigarros
4. Nos últimos 30 dias, quantos dias tu fumaste?	() 1 a 5 dias () 6 a 9 dias () 10 ou mais dias () todos os dias do mês () não fumei nos últimos 30 dias () nunca fumei cigarros
5. Nos dias em que tu fumaste, quantos cigarros tu geralmente fumaste por dia?	() 1 a 5 cigarros por dia () 6 a 10 cigarros por dia () mais de 10 cigarros por dia () nunca fumei cigarros

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BEBIDAS DE ÁLCOOL E DROGAS

6. <u>Alguma vez</u> tu já tomaste bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7. <u>Quantos anos</u> tu tinhas quando tomaste bebida de álcool pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> 9 anos ou menos <input type="checkbox"/> de 10 a 11 anos <input type="checkbox"/> de 12 a 15 anos <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool
8. Nos últimos 30 dias, <u>quantos dias</u> tu tomaste bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> 1 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias <input type="checkbox"/> todos os dias do mês <input type="checkbox"/> não tomei bebida de álcool nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool
9. Tu já tomaste <u>algum porre ou ficaste bêbado?</u>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
10. <u>Os teus amigos ou alguém da tua turma</u> usam alguma destas coisas?	
Bebida de álcool	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cigarros	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Solvente ou tiner	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cocaína	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Maconha	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Remédio para emagrecer	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Calmante ou tranqüilizante	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Outra coisa. Qual? _____	
11. <u>E tu, já experimentaste</u> alguma destas coisas?	
Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Solvente ou tiner	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cocaína	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Maconha	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Remédio para emagrecer	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Calmante ou tranqüilizante	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Outra coisa. Qual? _____	

12. No último mês, tu usaste alguma destas coisas?	
Cola de sapateiro	() sim () não
Solvente ou tiner	() sim () não
Cocaína	() sim () não
Maconha	() sim () não
Remédio para emagrecer	() sim () não
Calmanete ou tranqüilizante	() sim () não
Outra coisa. Qual? _____	
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BRIGAS E VIOLÊNCIA	
13. No último ano, tu entraste em alguma briga em que alguém ficou machucado? () sim () não	
SE RESPONDESTES SIM PARA A PERGUNTA 13, RESPONDE A PERGUNTA 14. CONSIDERAMOS ARMA QUALQUER OBJETO QUE POSSA SER SIDO NA BRIGA (COMO: PAU, PEDRA, CANIVETE...).	
14. Tu ou alguma das outras pessoas que estavam brigando <u>usaram alguma arma</u> ? () sim () não	
SE RESPONDESTES SIM PARA A PERGUNTA 14, RESPONDE A PERGUNTA 15.	
15. SE TU PARTICIPASTE DE ALGUMA BRIGA EM QUE FOI USADA ALGUMA ARMA (pau, pedra, canivete), RESPONDE:	
Quais as armas que foram usadas?	Arma de fogo (revólver) () sim () não
	Faca ou canivete () sim () não
	Pedra () sim () não
	Corrente () sim () não
	Pedaço de pau ou ferro () sim () não
	Garrafa () sim () não
	Soqueira () sim () não
16. Alguma pessoa costuma te bater?	() sim () não
17. SE ALGUMA PESSOA COSTUMA TE BATER, quem? (marca quantas respostas quiseres)	() pai () mãe () irmão () avó ou avô () padrasto ou madrasta () amigo/a () outros, QUEM? _____
18. Tu já estiveste em alguma instituição para menores (Juizado, FASE = EX-FEBEM)?	() sim () não
19. SE JÁ FICASTE EM ALGUMA INSTITUIÇÃO PARA MENORES: Qual foi o motivo? _____	
20. Que idade tu tinhas quando estiveste na instituição (Juizado, FASE = Ex-FEBEM)?	___ anos
21. Por quanto tempo ficaste na instituição (Juizado, FASE = Ex-FEBEM)?	___ meses ___ dias

Formatados: Marcadores e numeração

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O QUE TU FAZES E A TUA FAMÍLIA

22. SE JÁ APANHASTE DOS TEUS PAIS: Quantas vezes tu apanhaste dos teus pais <u>nos últimos 6 meses</u> ?	<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 vezes ou mais
23. Tu já fugiste de casa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
24. Tu achas que tua relação com teu pai é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
25. O teu pai já conversou contigo sobre sexo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
26. Tu achas que tua relação com tua mãe é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
27. A tua mãe já conversou contigo sobre sexo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
28. Tu achas que a relação entre o teu pai e a tua mãe é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim

SÓ RESPONDE AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SE OS TEUS PAIS SÃO SEPARADOS

29. Tu achas que a separação dos teus pais te prejudicou de alguma forma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
30. Tu achas que a separação dos teus pais foi boa para ti de alguma forma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

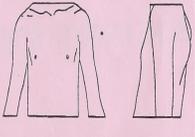
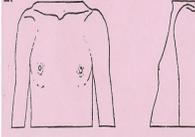
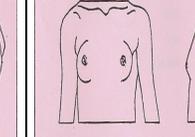
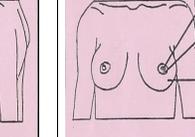
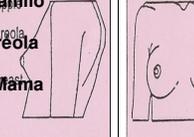
AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE RELAÇÕES SEXUAIS

31. Tu já tiveste relação sexual (já transaste)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
32. SE JÁ TRANSASTE: Que idade tu tinhas na primeira relação (transa)?	____ ____ anos <input type="checkbox"/> nunca transei
33. SE JÁ TRANSASTE: A tua primeira transa foi:	<input type="checkbox"/> porque eu quis <input type="checkbox"/> por ter sido forçada <input type="checkbox"/> nunca transei

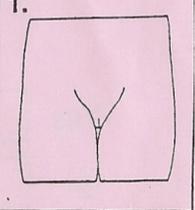
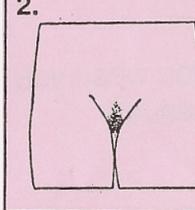
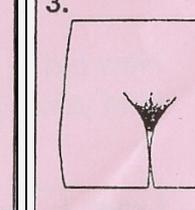
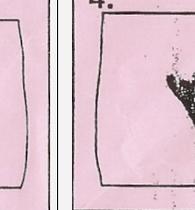
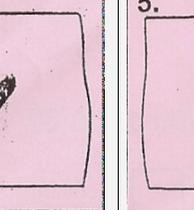
34. SE JÁ TRANSASTE: Com quem foi a tua primeira transa?	<input type="checkbox"/> namorado <input type="checkbox"/> garoto de programa <input type="checkbox"/> algum parente <input type="checkbox"/> ficante <input type="checkbox"/> empregado <input type="checkbox"/> outras pessoas <input type="checkbox"/> nunca transei
35. SE JÁ TRANSASTE: Quando foi a última vez que tu transaste?	<input type="checkbox"/> há menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 2 meses <input type="checkbox"/> 3 a 4 meses <input type="checkbox"/> há 5 meses ou mais <input type="checkbox"/> nunca transei
36. SE JÁ TRANSASTE: Nesta última relação sexual, tu usaste algum destes métodos para evitar filho ou te proteger?	Camisinha <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Pílula <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Tirar na hora <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Não usei nada <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Outro: Qual? _____ <input type="checkbox"/> nunca transei
37. SE JÁ TRANSASTE: Com quantas pessoas tu transaste na vida?	___ pessoas <input type="checkbox"/> nunca transei
AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE MENSTRUAÇÃO E GRAVIDEZ	
37a. Tu já menstruaste?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
37b. SE TU JÁ MENSTRUASTE: Com que idade tu menstruaste pela primeira vez?	___ anos e ___ meses
37c. Tu já consultaste com ginecologista?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
37d. SE JÁ CONSULTASTE COM GINECOLOGISTA: Por qual motivo? _____	
38. SE JÁ TRANSASTE: Tu estás grávida?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nunca transei
39. SE JÁ TRANSASTE: Tu já tiveste algum aborto?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nunca transei

AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SÃO SOBRE TEU DESENVOLVIMENTO SEXUAL

40. Por favor, marca com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1.	2.	3.	4.	5.
			 <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px; font-size: 8px;"> Mamilo Areola Mamma </div>	
Os seios são retos.	Os seios formam pequenos montinhos.	Os seios formam montinhos maiores que na figura 2.	O mamilo (bico do seio) e a porção em volta (aréola) fazem um montinho que se destaca do seio.	Apenas o mamilo (bico do seio) se destaca do seio.

41. Por favor, marca com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora (quando tu não estás depilada):

1.	2.	3.	4.	5.
				
Sem pêlos.	Muito poucos pêlos.	Bastantes pêlos.	Os pêlos não se espalharam pelas coxas.	Os pêlos se espalharam pelas coxas.

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO CONTIGO

42. Já foste separada dos teus pais para ser cuidada por outra pessoa?	() sim	() não
43. Já teve brigas com agressão física na tua casa entre adultos ou um adulto que agrediu uma criança ou um adolescente?	() sim	() não
44. Já aconteceu de não teres comida suficiente em casa ou vestires roupas sujas ou rasgadas porque não tinhas outras?	() sim	() não
45. Tu já pensaste ou sentiste que o teu pai ou a tua mãe não queriam que tu tivesses nascido?	() sim	() não
46. Tu já pensaste ou sentiste que alguém da tua família te odeia?	() sim	() não
47. Já aconteceu de um adulto da tua família ou alguém que estava cuidando de ti te bater de um jeito que te deixou machucado ou com marcas?	() sim	() não
48. Alguém já tentou fazer coisas sexuais contigo contra a tua vontade, te ameaçando ou te machucando?	() sim	() não

MUITO OBRIGADO POR NOS AJUDAR!

Recusou o confidencial ()



Número do questionário _____



Este questionário é secreto. Teu nome não aparecerá nele.

Se tiveres alguma dúvida, chama a entrevistadora. Ela irá te ajudar sem olhar as tuas respostas.

Lê as perguntas com atenção e marca um X na resposta que achares melhor.
Não há resposta certa ou errada, queremos a tua opinião.

AS PRIMEIRAS PERGUNTAS SÃO SOBRE CIGARROS	
1. Alguma vez tu experimentaste fumar cigarros, mesmo uma ou duas fumadas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2. Quantos anos tu tinhas quando fumaste teu primeiro cigarro?	<input type="checkbox"/> 9 anos ou menos <input type="checkbox"/> de 10 a 11 anos <input type="checkbox"/> de 12 a 15 anos <input type="checkbox"/> nunca fumei cigarros
3. Quantos anos tu tinhas quando começaste a fumar cigarros todos os dias?	<input type="checkbox"/> 9 anos ou menos <input type="checkbox"/> de 10 a 11 anos <input type="checkbox"/> de 12 a 15 anos <input type="checkbox"/> nunca fumei todos os dias <input type="checkbox"/> nunca fumei cigarros
4. Nos últimos 30 dias, quantos dias tu fumaste?	<input type="checkbox"/> 1 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias <input type="checkbox"/> todos os dias do mês <input type="checkbox"/> não fumei nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> nunca fumei cigarros
5. Nos dias em que tu fumaste, quantos cigarros tu geralmente fumaste por dia?	<input type="checkbox"/> 1 a 5 cigarros por dia <input type="checkbox"/> 6 a 10 cigarros por dia <input type="checkbox"/> mais de 10 cigarros por dia <input type="checkbox"/> nunca fumei cigarros

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BEBIDAS DE ÁLCOOL E DROGAS

6. <u>Alguma vez</u> tu já tomaste bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7. <u>Quantos anos</u> tu tinhas quando tomaste bebida de álcool pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> 9 anos ou menos <input type="checkbox"/> de 10 a 11 anos <input type="checkbox"/> de 12 a 15 anos <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool
8. Nos últimos 30 dias, <u>quantos dias</u> tu tomaste bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> 1 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias <input type="checkbox"/> todos os dias do mês <input type="checkbox"/> não tomei bebida de álcool nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool
9. Tu já tomaste <u>algum porre ou ficaste bêbado?</u>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
10. <u>Os teus amigos ou alguém da tua turma</u> usam alguma destas coisas?	
Bebida de álcool	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cigarros	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Solvente ou tiner	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cocaína	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Maconha	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Remédio para emagrecer	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Calmante ou tranqüilizante	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Outra coisa. Qual? _____	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
11. <u>E tu, já experimentaste</u> alguma destas coisas?	
Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Solvente ou tiner	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cocaína	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Maconha	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Remédio para emagrecer	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Calmante ou tranqüilizante	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Outra coisa. Qual? _____	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

12. No último mês, tu usaste alguma destas coisas?	
Cola de sapateiro	() sim () não
Solvente ou tiner	() sim () não
Cocaína	() sim () não
Maconha	() sim () não
Remédio para emagrecer	() sim () não
Calmante ou tranquilizante	() sim () não
Outra coisa: Qual? _____	

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BRIGAS E VIOLÊNCIA

13. No último ano, tu entraste em alguma briga em que alguém ficou machucado? () sim () não

SE RESPONDESTES SIM PARA A PERGUNTA 13, RESPONDE A PERGUNTA 14. CONSIDERAMOS ARMA QUALQUER OBJETO QUE POSSA SER SIDO USADO NA BRIGA (COMO: PAU, PEDRA, CANIVETE ...).

14. Tu ou alguma das outras pessoas que estavam brigando usaram alguma arma? () sim () não

SE RESPONDESTES SIM PARA A PERGUNTA 14, RESPONDE A PERGUNTA 15.

15. SE TU PARTICIPASTE DE ALGUMA BRIGA EM QUE FOI USADA ALGUMA ARMA (pau, pedra, canivete), RESPONDE:

Quais as armas que foram usadas?	Arma de fogo (revólver)	() sim	() não
	Faca ou canivete	() sim	() não
	Pedra	() sim	() não
	Corrente	() sim	() não
	Pedaço de pau ou ferro	() sim	() não
	Garrafa	() sim	() não
	Soqueira	() sim	() não

16. Alguma pessoa costuma te bater? () sim () não

17. SE ALGUMA PESSOA COSTUMA TE BATER, quem? () pai () mãe
(marca quantas respostas tu quiseres)
() irmão () avó ou avô
() padrasto ou madrasta
() amigo/a
() outros, QUEM? _____

18. Tu já estiveste em alguma instituição para menores (Juizado, FASE = EX-FEBEM)? () sim () não

19. SE JÁ FICASTE EM ALGUMA INSTITUIÇÃO PARA MENORES:

Qual foi o motivo?

20. Que idade tu tinhas quando estiveste na instituição? (Juizado, FASE = EX-FEBEM) ____ anos

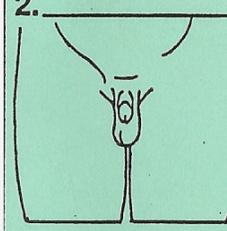
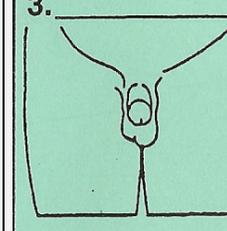
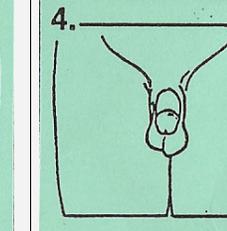
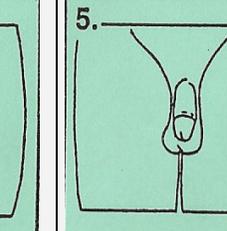
21. Por quanto tempo ficaste na instituição? (Juizado, FASE = EX-FEBEM)	___ meses ___ dias
22. SE JÁ APANHASTE DOS TEUS PAIS: Quantas vezes tu apanhaste dos teus pais <u>nos últimos 6 meses</u> ?	<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 vezes ou mais
23. Tu já fugiste de casa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
24. Tu achas que tua relação com teu pai é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
25. O teu pai já conversou contigo sobre sexo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
26. Tu achas que tua relação com tua mãe é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
27. A tua mãe já conversou contigo sobre sexo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
28. Tu achas que a relação entre o teu pai e a tua mãe é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
SÓ RESPONDE AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SE OS TEUS PAIS SÃO SEPARADOS	
29. Tu achas que a separação dos teus pais te prejudicou de alguma forma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
30. Tu achas que a separação dos teus pais foi boa para ti de alguma forma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE RELAÇÕES SEXUAIS.	
31. Tu já tiveste relação sexual (já transaste)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
32. SE JÁ TRANSASTE: Que idade tu tinhas na primeira relação (transa)?	___ anos <input type="checkbox"/> nunca transei
33. SE JÁ TRANSASTE: A tua primeira transa foi:	<input type="checkbox"/> porque eu quis <input type="checkbox"/> por ter sido forçado <input type="checkbox"/> nunca transei

<p>34. SE JÁ TRANSASTE: Com quem foi a tua primeira transa?</p>	<p><input type="checkbox"/> namorada <input type="checkbox"/> prostituta, garota de programa <input type="checkbox"/> algum parente <input type="checkbox"/> ficante <input type="checkbox"/> empregada <input type="checkbox"/> outras pessoas <input type="checkbox"/> nunca transei</p>
<p>35. SE JÁ TRANSASTE: Quando foi a última vez que tu transaste?</p>	<p><input type="checkbox"/> há menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 2 meses <input type="checkbox"/> 3 a 4 meses <input type="checkbox"/> há 5 meses ou mais <input type="checkbox"/> nunca transei</p>
<p>36. SE JÁ TRANSASTE: Nesta última relação sexual, tu usaste algum destes métodos para evitar filho ou te proteger?</p>	<p>Camisinha <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Pílula <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Tirar na hora <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Não usei nada <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Outro: Qual? _____ <input type="checkbox"/> nunca transei</p>
<p>37. SE JÁ TRANSASTE: Com quantas pessoas tu transaste na vida?</p>	<p>___ __ pessoas <input type="checkbox"/> nunca transei</p>
<p>38. SE JÁ TRANSASTE: Tu já engravidaste alguma menina?</p>	<p><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei</p>
<p>39. SE JÁ TRANSASTE E JÁ ENGRAVIDASTE ALGUÉM: Alguma menina que tu engravidaste fez aborto?</p>	<p><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei <input type="checkbox"/> nunca engravidei alguém</p>

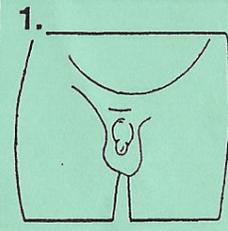
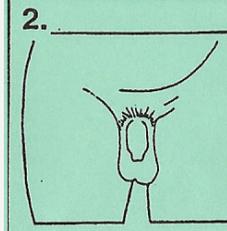
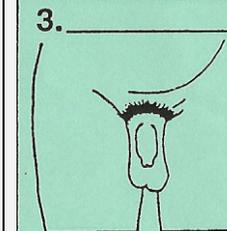
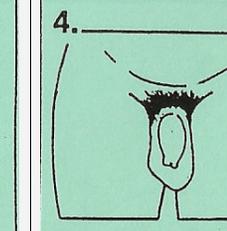
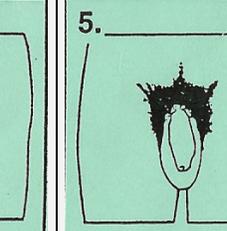
Continua a responder na próxima página

AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SÃO SOBRE TEU DESENVOLVIMENTO SEXUAL

40. Por favor, marca com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1.	2.	3.	4.	5.
 <p>Escroto Scrotum</p> <p>Penis</p>				
O escroto e o pênis são do mesmo tamanho que quando tu eras mais novo.	O escroto desceu um pouco e o pênis está um pouco mais largo.	O pênis está mais longo e o escroto mais largo.	O pênis está mais longo e o escroto está mais escuro e maior que antes.	O pênis e o escroto têm o tamanho e a forma de um adulto.

41. Por favor, marca com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1.	2.	3.	4.	5.
				
Sem pêlos.	Muito poucos pêlos.	Bastantes pêlos.	Os pêlos não se espalharam pelas coxas.	Os pêlos se espalharam pelas coxas.

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO CONTIGO

42. Já foste separado dos teus pais para ser cuidado por outra pessoa?	() sim	() não
43. Já teve brigas com agressão física na tua casa entre adultos ou um adulto que agrediu uma criança ou um adolescente?	() sim	() não
44. Já aconteceu de não teres comida suficiente em casa ou vestires roupas sujas ou rasgadas porque não tinhas outras?	() sim	() não
45. Tu já pensaste ou sentiste que o teu pai ou a tua mãe não queriam que tu tivesses nascido?	() sim	() não
46. Tu já pensaste ou sentiste que alguém da tua família te odeia?	() sim	() não
47. Já aconteceu de um adulto da tua família ou alguém que estava cuidando de ti te bater de um jeito que te deixou machucado ou com marcas?	() sim	() não
48. Alguém já tentou fazer coisas sexuais contigo contra a tua vontade, te ameaçando ou te machucando?	() sim	() não

MUITO OBRIGADO POR NOS AJUDAR!

Recusou o confidencial ()



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
ESTUDO LONGITUDINAL DOS NASCIDOS EM 1993
Visita aos 18 anos – 2011-12
Questionário do adolescente



BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistadora ___ ___

Dígito 1 ___

Dígito 2 ___

Dígito 3 ___

Dígito 4 ___

Dígito 5 ___

Dígito 6 ___

Dígito verificador ___

Número de identificação do adolescente _____ - ____

Sexo do adolescente:

(0) Masculino

(1) Feminino

BLOCO AB – Família e Moradia

Nome do adolescente

NÓS VAMOS CONVERSAR SOBRE VÁRIOS TEMAS. VAMOS COMEÇAR FALANDO SOBRE TEUS ESTUDOS, TUA FAMÍLIA E AS PESSOAS QUE MORAM CONTIGO

1. Tu moras em Pelotas?

(0) Não

(1) Sim → *VÁ PARA A PERGUNTA 3*

2. Qual a cidade em que tu moras?

3. Qual o nome da rua onde tu moras?

4. Qual o número da casa onde tu moras? _____ [99999=IGN; 00000=sem número]

5. Tem algum complemento no teu endereço (ap, bl, ordem da casa no terreno)?
_____ [nao=sem complemento]

6. Em que bairro está localizado a tua casa?

_____ [nao=sem complemento]

7. Qual o CEP da tua residência? _____ [99999999=IGN]

8. Há quanto tempo tu moras neste endereço?

8a. Anos: ____ (até 19 anos) [99=IGN]

8b. Meses: ____ (até 11 meses) [99=IGN]

9. Tu estudaste no ano passado?

(0) Não

(1) Sim → VÁ PARA A PERGUNTA 11

10. Por que tu não continuaste a estudar (*Ler Opções*)?

(1) Dificuldade para aprender

(2) Doença

(3) Trabalho

(4) Falta de escola ou de vagas

(5) Não achou importante

(6) Gravidez/filho

(7) Casamento

(10) Violência

(11) Não passou no vestibular

(12) Outro → VÁ PARA A PERGUNTA 10a

SE OUTRO: 10a. Qual? _____

11. Qual foi a última série que tu foste aprovado?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) IGN (88) NSA [=analfabeto ou não concluiu 1ª série]

(0) → PULE PARA A PERGUNTA 11b

(1) → PULE PARA A PERGUNTA 11a

(2) → PULE PARA A PERGUNTA 11a

(3) → PULE PARA A PERGUNTA 11a

(4) → PULE PARA A PERGUNTA 11a

(5) → PULE PARA A PERGUNTA 11c

(6) → PULE PARA A PERGUNTA 11c

(7) → PULE PARA A PERGUNTA 11c

(8) → PULE PARA A PERGUNTA 11c

(9) IGN → PULE PARA A PERGUNTA 11c

(88) NSA → PULE PARA A PERGUNTA 11c

11a. Do ensino?

- (1) Fundamental (*1ª a 8ª série*) → VÁ PARA A PERGUNTA 11c
- (2) Médio (*1ª a 3ª série*) → VÁ PARA A PERGUNTA 11c
- (3) Médio integrado (*1ª a 4ª série*) → VÁ PARA A PERGUNTA 11c

11b. Do curso?

- (4) Curso técnico ou pós-médio (especialização técnica)
- (5) Faculdade

11c. Fazes ou fizeste algum curso profissionalizante?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Sim [*analfabeto/1º fund. incompl.*]

12. Atualmente tu estás estudando?

- (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 13
- (2) Não [*analfabeto/1º fund. incompl.*] → VÁ PARA A PERGUNTA 29
- (1) Sim → VÁ PARA A PERGUNTA 12a OU 14

SE TIVER CONCLUÍDO 3ª ou 4ª série DO ENSINO MÉDIO (11a) E ESTÁ ESTUDANDO ATUALMENTE, FAZER PERGUNTA 12a:

12a. Tu estás fazendo algum tipo de curso técnico, pré-vestibular ou faculdade?

- (4) Médio integrado, técnico ou pós-médio → VÁ PARA A PERGUNTA 15
- (5) Faculdade, tecnólogo de NS → VÁ PARA A PERGUNTA 17
- (6) Curso pré-vestibular → VÁ PARA A PERGUNTA 13

SE NÃO ESTIVER CURSANDO MÉDIO OU FUNDAMENTAL, FACULDADE OU CURSO TÉCNICO:

13. Qual o nome da última escola em que estudaste? (anotar nome)

_____ → VÁ PARA A PERGUNTA 27

[99=IGN]

SE CURSA MÉDIO OU FUNDAMENTAL:

14. Em qual escola tu estudas? (anotar nome)

_____ [99=IGN]

SE FAZ CURSO TÉCNICO OU MÉDIO INTEGRADO OU PÓS-MÉDIO:

15. Qual o nome do curso que fazes? _____ [99=IGN]

16. Qual o nome da instituição de ensino deste curso? _____ [99=IGN]

SE FAZ FACULDADE:

17. Qual o nome do curso que fazes? _____ [99=IGN]

18. Qual o nome da tua Universidade? _____ [99=IGN]

SE ESTÁ ESTUDANDO:

19. **Tu usas computador para situações de ensino/aprendizagem escolar?**

(0) Não

(1) Sim

SE JOVEM FAZ CURSO TÉCNICO OU FACULDADE (FAZER PERGUNTAS 20-26):

VOU TE LER ALGUMAS RAZÕES PARA FAZERES <FACULDADE/CURSO TÉCNICO>. GOSTARIA QUE TU ME RESPONDESSES SIM OU NÃO PARA CADA UMA:

20. **Faço <faculdade/curso técnico> para encontrar um emprego na área que eu gosto.**

(0) Não (1) Sim

21. **Faço <faculdade/curso técnico> para conseguir um bom salário.**

(0) Não (1) Sim

22. **Faço <faculdade/curso técnico> porque sem estudo não vou encontrar um emprego que me pague bem.**

(0) Não (1) Sim

23. **Faço <faculdade/curso técnico> porque vai me ajudar na escolha de futuros trabalhos.**

(0) Não (1) Sim

24. **Faço <faculdade/curso técnico> porque quero provar a mim mesmo que posso me sair bem nos estudos.**

(0) Não (1) Sim

25. **Faço <faculdade/curso técnico> pelo prazer que sinto em saber mais sobre assuntos que me agradam.**

(0) Não (1) Sim

26. **Faço <faculdade/curso técnico> porque ali estão meus melhores amigos.**

(0) Não (1) Sim

PARA TODOS:

27. **Tu já repetiste de ano alguma vez?**

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 29

(1) Sim

SE SIM: 28. **Quantas vezes?** __ __ [00=IGN]

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A TUA FAMÍLIA E A TUA CASA

29. Contando contigo, quantas pessoas moram na mesma casa que tu?

1. Uma → *VÁ PARA A PERGUNTA 45*
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete
8. Oito
9. Nove
10. Dez ou mais

EU GOSTARIA QUE TU ME DISSESSES QUEM MORA CONTIGO. EU VOU TE LER ALGUMAS OPÇÕES E TU ME DIZES SIM OU NÃO.

30. Mãe?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 32*
(1) Sim

SE SIM: 31. É tua mãe natural ou adotiva?

- (1) natural
(2) adotiva

32. Pai?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 34*
(1) Sim

SE SIM: 33. É teu pai natural ou adotivo?

- (1) natural
(2) adotivo

SE PELO MENOS UM DOS PAIS NATURAIS NÃO MORAM JUNTO COM O JOVEM:

34. Teus pais são separados?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 36*
(1) Sim

35. Que idade tu tinhas quando teus pais se separaram? ___ anos [00 p/ quando grávida ou <1 ano; 88 nunca juntos; 99 IGN]

36. Irmão(ã)?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 38*
(1) Sim

SE SIM: 37. Quantos? ___ ___ irmãos(ãs)

38. Tio(a)? (0) Não (1) Sim
39. Avô(avó)? (0) Não (1) Sim
40. Marido(esposa)? (0) Não (1) Sim
41. Filho(a)? (0) Não (1) Sim
42. Namorado(a)? (0) Não (1) Sim

43. Outras pessoas?

- (0) Não → PULE PARA A PERGUNTA 45 OU 48 OU 51 OU 52
(1) Sim

SE SIM: 44. Quem? _____

SE PAI NATURAL NÃO MORA JUNTO:

45. O teu pai natural está vivo ou faleceu?

- (1) Vivo → VÁ PARA A PERGUNTA 48
(2) Faleceu
(9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 48

SE O PAI NATURAL FALECEU:

46. Quando ele faleceu? ___ / ___ / ___ (dia, mês, ano) [01/01/2013=IGN]
47. Qual foi a causa? _____ [99=IGN]

SE MÃE NATURAL NÃO MORA JUNTO:

48. A tua mãe natural está viva ou faleceu?

- (1) Viva → VÁ PARA A PERGUNTA 51
(2) Faleceu
(9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 51

SE A MÃE NATURAL FALECEU:

49. Quando ela faleceu? ___ / ___ / ___ (dia, mês, ano) [01/01/2013=IGN]
50. Qual foi a causa? _____ [99=IGN]

SE JOVEM MORA SOZINHO:

34a. Teus pais são separados?

- (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 51
(1) Sim

35a. Que idade tu tinhas quando teus pais se separaram? ___ anos [00 p/quando grávida ou <1 ano; 88 nunca juntos; 99 IGN]

51. Desde que idade tu não moras com os teus pais ou responsáveis? ___ anos

52. **A casa onde tu moras é...** (*Ler opções*)

(1) **Própria** → *VÁ PARA A PERGUNTA 55*

(2) **Alugada** → *VÁ PARA A PERGUNTA 55*

(3) **Emprestada** → *VÁ PARA A PERGUNTA 53*

(4) **Casa estudante, pensão/pensionato, hotel** → *VÁ PARA A PERGUNTA 55*

(5) **Outro** → *VÁ PARA A PERGUNTA 54*

SE EMPRESTADA:

53. **De quem?** (*parentesco*) _____

SE OUTRO:

54. **De quem?** (*parentesco*) _____

55. **Vocês têm televisão colorida em casa?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 59*

(1) Sim

SE SIM: 56. **Quantas?** ___ TV(s) [99=IGN]

57. **Alguma televisão é de LCD ou plasma?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 59*

(1) Sim

SE SIM: 58. **Quantas?** ___ TV(s) [99=IGN]

59. **Vocês têm carro?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 61*

(1) Sim

SE SIM: 60. **Quantos?** ___ carros [99=IGN]

61. **Vocês têm aspirador de pó?**

(0) Não

(1) Sim

62. **Vocês têm empregada doméstica mensalista?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 64*

(1) Sim

(8) NSA → *VÁ PARA A PERGUNTA 64*

SE SIM: 63. **Quantas?** ___ empregada(s) [99=IGN]

64. **Vocês têm máquina de lavar roupa que não seja do tipo tanquinho?**

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

65. **Vocês têm DVD?**

- (0) Não
- (1) Sim

66. **Vocês têm aparelho de ar condicionado ou split?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 68*
- (1) Sim

SE SIM: 67. **Quantos?** ___ __ aparelhos [99=IGN]

68. **Vocês têm vídeo game?**

- (0) Não
- (1) Sim

69. **Vocês têm computador que não seja notebook?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 71*
- (1) Sim

SE SIM: 70. **Quantos?** ___ __ computadores [99=IGN]

71. **Vocês têm notebook?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 73 ou 74*
- (1) Sim

SE SIM: 72. **Quantos?** ___ __ notebooks [99=IGN]

SE TEM COMPUTADOR OU NOTEBOOK:

73. **Vocês têm internet disponível 24 horas?**

- (0) Não
- (1) Sim

74. **Vocês têm microondas?**

- (0) Não
- (1) Sim

75. **Vocês têm geladeira?**

- (0) Não
- (1) Sim

76. **Vocês têm freezer separado ou geladeira duplex?**

- (0) Não
- (1) Sim

77. **Quantos banheiros têm na casa?**

___ __ banheiros(s) → *SE 00 VÁ PARA A PERGUNTA 79*
(88) NSA → *VÁ PARA A PERGUNTA 79*

SE TEM BANHEIRO:

78. **Quantos banheiros com chuveiro têm na casa?**

___ __ banheiros(s) com chuveiro

79. Quantas peças são utilizadas para dormir? ___ ___ peças

80. Vocês têm outro imóvel?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

81. No mês passado, tu recebeste alguma renda mesmo que seja uma mesada?

- (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 83 ou SE O/A JOVEM MORA SOZINHO/A VÁ PARA A PERGUNTA 95
- (1) Sim

SE SIM: 82. Quanto recebeste no mês passado?

- 82a. Em reais? _____ [999999999=IGN]
- 82b. Em salários mínimos? ___ ___ ___ (sem somar o 13^o/férias)

83. No mês passado, quantas pessoas que moram contigo receberam alguma renda?

- 0. Nenhuma
- 1. Uma
- 2. Duas
- 3. Três
- 4. Quatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Sete

AGORA EU VOU TE PERGUNTAR QUEM SÃO ESTAS PESSOAS E QUANTO ELAS GANHAM

- 84. Qual o teu parentesco com a primeira pessoa? _____
- 84a. Qual renda <PESSOA 1> em reais? _____ [999999999=IGN]
- 84b. Qual renda <PESSOA 1> em salários mínimos (sem somar o 13^o/férias)? ___ ___ ___

- 85. Qual o teu parentesco com a segunda pessoa? _____
- 85a. Qual renda <PESSOA 2> em reais? _____ [999999999=IGN]
- 85b. Qual renda <PESSOA 2> em salários mínimos (sem somar o 13^o/férias)? ___ ___ ___

- 86. Qual o teu parentesco com a terceira pessoa? _____
- 86a. Qual renda <PESSOA 3> em reais? _____ [999999999=IGN]
- 86b. Qual renda <PESSOA 3> em salários mínimos (sem somar o 13^o/férias)? ___ ___ ___

- 87. Qual o teu parentesco com a quarta pessoa? _____
- 87a. Qual renda <PESSOA 4> em reais? _____ [999999999=IGN]
- 87b. Qual renda <PESSOA 4> em salários mínimos (sem somar o 13^o/férias)? ___ ___ ___

88. Qual o teu parentesco com a quinta pessoa? _____
88a. Qual renda <PESSOA 5> em reais? _____ [999999999=IGN]
88b. Qual renda <PESSOA 5> em salários mínimos (sem somar o 13^o/férias)? _____ 89. Qual o teu parentesco com a sexta pessoa? _____
89a. Qual renda <PESSOA 6> em reais? _____ [999999999=IGN]
89b. Qual renda <PESSOA 6> em salários mínimos (sem somar o 13^o/férias)? _____
90. Qual o teu parentesco com a sétima pessoa (8^a,9^a....)? _____
90a. Qual renda <PESSOA 7> em reais? _____ [999999999=IGN]
90b. Qual renda <PESSOA 7> em salários mínimos (sem somar o 13^o/férias)? _____

91. No mês passado a família teve outra fonte de renda?

- (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 93
(1) Sim
(8) NSA (mora sozinho) → VÁ PARA A PERGUNTA 93
(9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 93

SE SIM: 92a. Quanto em reais? \$ _____ [999999999=IGN]

92b. Quanto em salários mínimos? _____ (sem somar o 13^o/férias)

93. No mês passado alguém que mora contigo recebeu algum benefício social como, por exemplo, seguro desemprego, aposentadoria, bolsa família, pensão?

- (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 95
(1) Sim
(8) NSA → VÁ PARA A PERGUNTA 95
(9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 95

SE SIM: 94. Qual (Ler opções)?

1. Seguro-desemprego
2. Aposentadoria
3. Bolsa família
4. Auxílio reclusão
5. Auxílio acidente
6. Auxílio doença
7. Salário família
8. Salário maternidade
9. Benefício por incapacidade, deficiência
10. Pensão Alimentícia
11. Pensão
12. Doações
13. PIS
14. Gás
15. Outro
99. IGN

95. **Quem é o chefe da família?** (ou a pessoa que ganha mais)

- (1) Pai → PULE PARA A PERGUNTA 97
- (2) Mãe → PULE PARA A PERGUNTA 97
- (3) Avô → PULE PARA A PERGUNTA 97
- (4) Avó → PULE PARA A PERGUNTA 97
- (5) Próprio adolescente → PULE PARA A PERGUNTA 98
- (6) Outro → PULE PARA A PERGUNTA 96

SE OUTRO: 96. **Quem?** _____

97. **Qual a escolaridade do chefe da família** (ou da pessoa que ganha mais)? _____

97a. **Série?**

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) IGN (88) NSA [=analfabeto ou não concluiu 1ª série]

(0) → PULE PARA A PERGUNTA 97c

(1) → PULE PARA A PERGUNTA 97b

(2) → PULE PARA A PERGUNTA 97b

(3) → PULE PARA A PERGUNTA 97b

(4) → PULE PARA A PERGUNTA 98

(5) → PULE PARA A PERGUNTA 98

(6) → PULE PARA A PERGUNTA 98

(7) → PULE PARA A PERGUNTA 98

(8) → PULE PARA A PERGUNTA 98

(9) IGN → PULE PARA A PERGUNTA 98

(88) NSA (analfabeto ou não concluiu 1ª série) → PULE PARA A PERGUNTA 98

97b. **Do ensino?**

(1) Fundamental (1ª a 8ª série)

(2) Médio (1ª a 3ª série)

(9) IGN

97c. **Do curso?**

(3) Profissionalizante

(4) Curso técnico ou pós-médio

(5) Faculdade completa ou pós-graduação

(6) Faculdade incompleta

(9) IGN

SE A MÃE NÃO FOR O CHEFE DA FAMÍLIA:

98. **Até que série a tua mãe completou com aprovação na escola?**

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) IGN (88) NSA [=analfabeto ou não concluiu 1ª série]

(0) → PULE PARA A PERGUNTA 98b

(1) → PULE PARA A PERGUNTA 98a

(2) → PULE PARA A PERGUNTA 98a

(3) → PULE PARA A PERGUNTA 98a

(4) → PULE PARA A PERGUNTA 99

- (5) → PULE PARA A PERGUNTA 99
 (6) → PULE PARA A PERGUNTA 99
 (7) → PULE PARA A PERGUNTA 99
 (8) → PULE PARA A PERGUNTA 99
 (9) IGN → PULE PARA A PERGUNTA 99
 (88) NSA (analfabeto ou não concluiu 1ª série) → PULE PARA A PERGUNTA 99

98a. Do ensino?

- (1) Fundamental (1ª a 8ª série)
 (2) Médio (1ª a 3ª série)
 (9) IGN

98b. Do curso?

- (3) Profissionalizante
 (4) Curso técnico ou pós-médio
 (5) Faculdade completa ou pós-graduação
 (6) Faculdade incompleta
 (9) IGN

BLOCO C – Hábitos e trabalho

AGORA EU VOU TE MOSTRAR UNS ROSTOS (FIGURA 1) QUE VARIAM DE UMA PESSOA QUE ESTÁ MUITO FELIZ (mostrar rosto 1) ATÉ UMA PESSOA MUITO TRISTE (mostrar rosto 7)

99. Qual desses rostos mostra melhor como tu te sentiu na maior parte do tempo, no último ano?

1 2 3 4 5 6 7

EU VOU TE LER AS PRÓXIMAS QUATRO PERGUNTAS E TU VAIS ME RESPONDER OLHANDO PARA ESTA ESCALA, QUE VAI DE 1 A 7 (mostrar escala impressa – FIGURA 2). TU VAIS ME DIZER QUAL O NÚMERO DESTA ESCALA QUE TE DESCREVE DA MELHOR FORMA

NA PERGUNTA A SEGUIR O 1 QUER DIZER NÃO MUITO FELIZ E O 7 MUITO FELIZ. (mostrar escala impressa)

100. De forma geral, tu te consideras uma pessoa...

1 2 3 4 5 6 7

Não muito
feliz

Muito
feliz

A PROXIMA PERGUNTA, COMO ESTÁS VENDO (escala impressa) O 1 SIGNIFICA MENOS FELIZ E O 7 MAIS FELIZ. ENTÃO, ... (ler a pergunta)

101. **Te comparando com a maioria dos teus colegas ou amigos, tu te consideras...**

1 2 3 4 5 6 7

Menos feliz

Mais feliz

AGORA VOU TE LER DUAS FRASES. OLHA NO TEU MODELO (*escala impressa* – FIGURA 3) PARA RESPONDER. AGORA O 1 SIGNIFICA QUE A FRASE NÃO SE APLICA A TI E O 7 QUE ELA SE APLICA MUITO A TI

102. **Algumas pessoas são, geralmente, muito felizes. Gostam da vida independente do que acontece, retiram o melhor de todas as coisas ou momentos. O quanto esta descrição se aplica a ti...**

1 2 3 4 5 6 7

Não
se aplica
a mim

Aplica-se muito
a mim

103. **Algumas pessoas são, geralmente, infelizes. Embora não estejam sempre tristes, elas parecem nunca estar tão felizes como poderiam estar. O quanto esta descrição se aplica a ti...**

1 2 3 4 5 6 7

Não
se aplica
a mim

Aplica-se muito
a mim

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUNS HÁBITOS TEUS E COISAS QUE TU FAZES QUANDO TU NÃO ESTÁS ESTUDANDO OU TRABALHANDO, OU SEJA, SOBRE O QUE FAZES NO TEU TEMPO LIVRE

104. **Tu és religioso, tens fé religiosa?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 106*

(1) Sim

105. **Desde <MÊS PASSADO>, tu foste a algum culto, missa, igreja?**

(0) Não

(1) Sim

(9) IGN

106. **No último mês, tu te encontraste com amigos para conversar, jogar ou fazer outras atividades de lazer?**

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 108

(1) Sim

SE SIM: 107. **Quantos dias por semana?** [anote 1 para menos de 1 vez por semana]

1. Um
2. Dois
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete

108. **Na última semana, tu foste a alguma festa, boate, balada ou para a avenida?**

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 110

(1) Sim

SE SIM: 109. **Quantos dias por semana?** [anote 1 para menos de 1 vez por semana]

1. Um
2. Dois
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete

110. **Tu tens namorada(o)?**

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA (se casado) → VÁ PARA A PERGUNTA 113

(9) IGN

111. **Tu ficaste com alguém no último mês?**

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 113

(1) Sim

(8) NSA → VÁ PARA A PERGUNTA 113

(9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 113

SE SIM: 112. **Quantas vezes tu ficaste no último mês?** ___ vezes [99=IGN]

113. **Tu assistes televisão no teu tempo livre?**

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 115

(1) Sim

SE SIM: 114. **Quanto tempo tu assistes televisão em um dia de semana sem ser sábado e domingo?**

___ horas ___ minutos [0000=não assisto televisão de segunda a sexta; 0909=IGN]

115. **Geralmente, que horas tu dormes em um dia de semana sem ser sábado e domingo?** ___

horas ___ minutos [0909=IGN]

116. **Geralmente, que horas tu acordas em um dia de semana sem ser sábado e domingo?** ___

horas ___ minutos [0909=IGN]

117. Tu jogas videogame no teu tempo livre?

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 119*

(1) Sim

SE SIM: 118. **Quanto tempo tu jogas videogame em um dia de semana sem ser sábado e domingo?**

__ __ horas __ __ minutos [0000=não jogo videogame de segunda a sexta; 0909=IGN]

119. Tu usas computador no teu tempo livre?

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 123*

(1) Sim

SE SIM:

120. **Quanto tempo tu ficas no computador em um dia de semana sem ser sábado e domingo?**

__ __ horas __ __ minutos [0000=não computador de segunda a sexta; 0909=IGN]

121. **Uma ou mais vezes por semana, tu usas o computador no teu tempo livre para...** (*ler opções*)

121a. **Jogar?**

(0) Não (1) Sim

121b. **Usar email, MSN, Orkut, Facebook, Twitter e/ou outros programas desse tipo?**

(0) Não (1) Sim

121c. **Pesquisar algo na internet para atividades não relacionadas à escola, curso ou faculdade?**

(0) Não (1) Sim

121d. **Realizar tarefas não escolares com diferentes programas de computador?**

(0) Não (1) Sim

121e. **Outra finalidade de uso que não seja escolar?**

(0) Não

(1) Sim

SE OUTRA FINALIDADE: 122. **Qual?** _____

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE FUMO

123. **Tu já tiveste o costume de fumar pelo menos uma vez por semana?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 135*

(1) Sim

SE SIM: 124. **Com que idade tu começaste a fumar?** __ __ anos [00=IGN]

125. **Tu ainda fumas?**

(0) Não

(1) Sim → *VÁ PARA A PERGUNTA 127*

SE NÃO: 126. **Com que idade tu paraste de fumar?** ___ anos → *VÁ PARA A PERGUNTA 135*
[00=IGN]

SE SIM: 127. **Quantos dias tu fumaste na última semana?**

- 0. Nenhum
- 1. Um
- 2. Dois
- 3. Três
- 4. Quatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Sete
- 9. IGN

128. **Quanto tempo após acordar tu fumas teu primeiro cigarro** (*Ler opções*)?

- (3) **Dentro de 5 minutos**
- (2) **Entre 6 e 30 minutos**
- (1) **Entre 31 e 60 minutos**
- (0) **Após 60 minutos**

129. **Tu achas difícil não fumar em lugares proibidos como bares, restaurantes, salas de aula, etc?**

- (0) Não
- (1) Sim

130. **Qual o cigarro do dia que te traz mais satisfação?**

- (1) O primeiro da manhã
- (0) Outros

131. **Quantos cigarros tu fumas por dia?** ___ cigarros [99=IGN]

132. **Tu costumava fumar mais pela manhã?**

- (0) Não
- (1) Sim

133. **Tu fumas mesmo doente, quando precisas ficar de cama a maior parte do tempo?**

- (0) Não
- (1) Sim

134. **Quantas vezes tu já tentaste parar de fumar?**

- (0) Nenhuma
- (1) De 1 a 3 vezes
- (2) De 4 ou mais vezes

135. **Já foste informado sobre os riscos do cigarro?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 137*

(1) Sim

136. **Podes me dizer quem te informou ou onde foste informado(a) sobre os riscos do cigarro** (*Ler opções*)?

- | | | |
|--|---------|---------|
| 136a. Escola | (0) Não | (1) Sim |
| 136b. Família | (0) Não | (1) Sim |
| 136c. Amigos | (0) Não | (1) Sim |
| 136d. Meio de comunicação (TV, jornais, outros) | (0) Não | (1) Sim |

137. **Alguma pessoa que mora comigo fuma?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 140*

(1) Sim

(8) NSA (*mora sozinho*) → *VÁ PARA A PERGUNTA 140*

SE SIM: 138. **Das pessoas que moram contigo, quais fumam** (*Ler opções*)?

- | | | |
|-----------------------------|---------|---|
| 138a. Pai | (0) Não | (1) Sim |
| 138b. Mãe | (0) Não | (1) Sim |
| 138c. Irmã(o) | (0) Não | (1) Sim |
| 138d. Avô(avó) | (0) Não | (1) Sim |
| 138e. Marido(esposa) | (0) Não | (1) Sim |
| 138f. Namorado(a) | (0) Não | (1) Sim |
| 138g. Outro | (0) Não | (1) Sim → <i>VÁ PARA A PERGUNTA 139</i> |

SE OUTRO: 139. **Quem?** _____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE TRABALHO. CONSIDERAMOS COMO TRABALHO QUALQUER ATIVIDADE QUE TU FAZES GANHANDO ALGUM DINHEIRO OU OUTRA COISA EM TROCA

140. Tu já trabalhaste alguma vez na vida?

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 155*

(1) Sim

SE SIM: 141. **Com que idade tu começaste a trabalhar?** ___ anos [00=IGN]

142. Desde <MÊS> do ano passado, tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 144*

(1) Sim

SE SIM: 143. **O teu trabalho é (foi) em casa ou fora de casa?**

(1) Casa (ou maior parte do tempo)

(2) Fora (ou maior parte do tempo)

(3) Em casa e fora de casa (meio a meio)

144. Que tipo de trabalho tu fazes (ou fazias)? (*SE PRECISO, CONSULTE A TABELA*)

(1) Babá, faxineiro, caseiro, dama de companhia (serviços domésticos)

(2) Vendedores e empregados do comércio

(3) Serviços gerais, servente, ajudantes, empacotadores (indústria)

(4) Secretária, telefonista, recepcionista, office-boy, auxiliar de escritório (setor público/ privado)

(5) Outro

SE OUTRO: 145. **Qual?** _____

146. No local em que trabalhavas/trabalhas, tu tinhas/tens carteira de trabalho assinada?

(0) Não

(1) Sim

147. Desde <MÊS> do ano passado, quantos meses tu trabalhaste?

0. Nenhum

1. Um

2. Dois

3. Três

4. Quatro

5. Cinco

6. Seis

7. Sete

8. Oito

9. Nove

10. Dez

11. Onze

12. Doze

148. Quantos dias por semana tu trabalhaste?

0. Nenhum

1. Um

2. Dois

- 3. Três
- 4. Quatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Sete

149. **Quantas horas por dia tu trabalhaste?** ___ horas ___ minutos [0909=IGN; 0000=não trabalhou]

150. **Qual a tua remuneração bruta mensal, somando apenas o que ganhaste com o teu trabalho?** R\$ ___ ___ ___ ___ ___ [0,00=se recebeu objetos, alimentos, roupas em troca; 999999999=IGN]

151. **Tu já sofreste algum acidente no local de trabalho?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 155*

(1) Sim

SE SIM: 152. **Quantos:** ___

AGORA VAMOS FALAR SOBRE TEU ÚLTIMO ACIDENTE

153. **Tu precisaste ficar afastado do trabalho por causa deste acidente?**

(0) Não

(1) Sim

154. **Tu precisaste procurar um serviço de saúde por causa de algum machucado causado por este acidente?**

(0) Não

(1) Sim

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE TRÂNSITO

155. **Alguma vez na vida, tu tiveste algum acidente de carro ou moto, ou atropelamento, no qual tu te machucaste?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 158*

(1) Sim

SE SIM: 156. **Neste acidente tu estavas** (*Ler opções*):

(1) **A pé e foste atropelado**

(2) **Dirigindo**

(3) **De carona**

(4) **Outro**

SE OUTRO: 157. **Qual?** _____

158. **Tu tens moto?**

(0) Não

(1) Sim

159. **Tu tens carro?**

(0) Não

(1) Sim

160. **Tu costumavas dirigir carro?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 163*

(1) Sim

SE SIM 160 (fazer 161 e 162):

161. **Diriges carro** (*Ler opções*):

(1) **Diariamente**

(2) **Algumas vezes**

(3) **Quase nunca**

162. **Tu usas o cinto de segurança** (*Ler opções*):

(0) **Não**

(1) **Sim**

(2) **Às vezes**

163. **Tu costumavas dirigir moto?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 166*

(1) Sim

SE SIM 163 (fazer 164 e 165):

164. **Diriges moto** (*Ler opções*):

(1) **Diariamente**

(2) **Algumas vezes**

(3) **Quase nunca**

165. **Tu utilizas capacete** (*Ler opções*)?

(0) **Não**

(1) **Sim, mas sem fechar a presilha**

(2) **Sim, com a presilha fechada**

SE SIM 160 OU 163:

166. **Tu já dirigiste carro ou moto depois de beber** (*Ler opções*)?

(0) **Nunca**

(1) **Algumas vezes**

(3) **Quase sempre**

167. **Desde <MÊS> do ano passado, tu andaste de carro com algum motorista que tenha bebido?**

(0) Não

(1) Sim

168. **Tu tens carteira de motorista para moto?**

- (0) Não
- (1) Sim

169. **Tu tens carteira de motorista para carro?**

- (0) Não
- (1) Sim

BLOCO D - Gravidez

AGORA VAMOS FALAR SOBRE GRAVIDEZ E FILHOS. TÊM PESSOAS DA TUA IDADE QUE JÁ ENGRAVIDARAM ALGUMA VEZ. (*Homem - JÁ ENGRAVIDARAM ALGUÉM ALGUMA VEZ*).

170. **Tu tens irmão(s) ou irmã(s) que teve (tiveram) filho(s) antes dos 20 anos?**

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) Não tenho irmãos

SÓ PARA MULHERES: 171. **Com que idade tu menstruaste pela 1ª vez? ___ anos [00=IGN]**

SÓ PARA HOMENS: 172. **Tu já engravidaste alguém alguma vez, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 237*
- (1) Sim

173. **Tu tens filho/a?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 234 (MULHERES) 237 (HOMENS)*
- (1) Sim

SE SIM: 174. **Quantos?**

- (1) Um → *VÁ PARA A PERGUNTA 176*
- (2) Dois
- (3) Três
- (4) Quatro

SE MAIS DE UM FILHO:

175. **Todos os teus filhos são da/do mesma/o mulher/companheiro?**

- (0) Não
- (1) Sim

*SE JÁ ENGRAVIDOU (mulheres) OU ENGRADIVOU ALGUÉM (homens):
AGORA VOU TE FAZER PERGUNTAS PARA CADA FILHO, INCLUINDO GÊMEOS SE
FOR O CASO*

PRIMEIRO FILHO(A)

176. Foi uma gravidez planejada por ti e por tua/teu companheira/o?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Mais ou menos

177. O que aconteceu com a criança desta gravidez (*Ler as opções*)?

- (1) Nasceu viva
- (2) Nasceu morta → VÁ PARA A PERGUNTA 179
- (3) Aborto/gravidez interrompida → VÁ PARA A PERGUNTA 190 SE TEM MAIS DE UM FILHO/A. SE NÃO TEVE MAIS DE UM FILHO VÁ PARA A PERGUNTA 234 (SE MULHER) OU 237 (SE HOMEM)
- (4) SE MULHER: Ainda estou grávida → VÁ PARA A PERGUNTA 234 (pós-bloco)
- (4) SE HOMEM: Ela ainda está grávida → VÁ PARA A PERGUNTA 237 (pós-bloco)
- (9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 185 e PULA PARA O FIM DO BLOCO. SE MAIS DE UM FILHO VÁ PARA A PERGUNTA 190

SE NASCEU VIVA:

178. Ainda está viva?

- (0) Não
- (1) Sim → VÁ PARA A PERGUNTA 180
- (9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 180

SE NÃO ESTÁ VIVA (da questão 178):

179. Qual foi a causa do óbito? _____ [99 = IGN]

180. Qual o nome completo do teu primeiro filho(a)? _____

181. Qual a tua idade quando nasceu o(a) <NOME 1>: ___ anos (*limite 19 anos*)

182. Data Nascimento do <NOME 1>? ___/___/___ [01/01/13 = IGN]

183. Peso ao nascer <NOME 1>? _____ g [9999 = IGN; 0000 = nasceu morta]

184. Qual o sexo da/o <NOME 1>?

- (1) Feminino
- (2) Masculino

185. SÓ PARA HOMENS: Qual o nome completo da mãe do(a) <NOME 1>? [99=IGN]

SE SÓ TEVE ESTE FILHO/A VÁ PARA A PERGUNTA 237, SE MAIS DE UM FILHO VÁ PARA A PERGUNTA 190

186. Qual foi o tipo de parto do/a <NOME 1>?

- (0) Normal
- (1) Cesariana
- (9) IGN

187. O parto do/a <NOME 1> foi pago pelo (*Ler opções*)?

- (1) SUS
- (2) Convênio
- (3) Particular
- (4) Outro
- (9) IGN

188. Até que idade ele/a mamou no peito 1?

188a. Anos: __ [0= < 1 mês ou nunca manou; 9=IGN; 7=ainda mama]

188b. Meses: __ __ [00= < 1 mês ou nunca manou; 99=IGN; 77=ainda mama]

189. A criança mora junto contigo 1?

- (0) Não
- (1) Sim

SEGUNDO FILHO(A)

190. Foi uma gravidez planejada por ti e por tua/teu companheira/o?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Mais ou menos

191. O que aconteceu com a criança desta gravidez (*Ler as opções*)?

- (1) Nasceu viva
- (2) Nasceu morta → *VÁ PARA A PERGUNTA 193*
- (3) Aborto/gravidez interrompida → *VÁ PARA A PERGUNTA 204 SE TEM MAIS DE DOIS FILHOS/AS. SE NÃO TEVE MAIS DE DOIS FILHOS VÁ PARA A PERGUNTA 234 (SE MULHER) OU 237 (SE HOMEM)*
- (4) *SE MULHER: Ainda estou grávida → VÁ PARA A PERGUNTA 234 (pós-bloco)*
- (4) *SE HOMEM: Ela ainda está grávida → VÁ PARA A PERGUNTA 237 (pós-bloco)*
- (9) IGN → *VÁ PARA A PERGUNTA 199 e PULA PARA O FIM DO BLOCO SE NÃO TEM MAIS DE DOIS FILHOS. SE MAIS DE DOIS FILHOS VÁ PARA A PERGUNTA 204*

SE NASCEU VIVA:

192. Ainda está viva?

- (0) Não
- (1) Sim → *VÁ PARA A PERGUNTA 194*
- (9) IGN

SE NÃO ESTÁ VIVA (da questão 192):

193. Qual foi a causa do óbito? _____ [99 = IGN]

194. Qual o nome completo do teu segundo filho(a)? _____

195. Qual a tua idade quando nasceu o(a) <NOME 2>: ___ anos (*limite 19 anos*)

196. Data Nascimento do <NOME 2>? ___/___/___ [01/01/13 = IGN]

197. Peso ao nascer <NOME 2>? _____ g [9999 = IGN; 0000 = nasceu morta]

198. Qual o sexo da/o <NOME 2>?

- (1) Feminino
- (2) Masculino

199. *SÓ PARA HOMENS*: Qual o nome completo da mãe do(a) <NOME 2>?

SE SÓ TEVE DOIS FILHOS/AS VÁ PARA A PERGUNTA 237, SE MAIS DE DOIS FILHOS VÁ PARA A PERGUNTA 204

200. Qual foi o tipo de parto do/a <NOME 2>?

- (0) Normal
- (1) Cesariana
- (9) IGN

201. O parto do/a <NOME 2> foi pago pelo (*Ler opções*)?

- (1) SUS
- (2) Convênio
- (3) Particular
- (4) Outro
- (9) IGN

202. Até que idade ele/a mamou no peito 2?

202a. Anos: ___ [0= < 1 mês ou nunca manou; 9=IGN; 7=ainda mama]

202b. Meses: ___ [00= < 1 mês ou nunca manou; 99=IGN; 77=ainda mama]

203. A criança mora junto contigo 2?

- (0) Não
- (1) Sim

TERCEIRO FILHO(A)

204. Foi uma gravidez planejada por ti e por tua/teu companheira/o?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Mais ou menos

205. O que aconteceu com a criança desta gravidez (*Ler as opções*)?

- (1) Nasceu viva
- (2) Nasceu morta → *VÁ PARA A PERGUNTA 207*

(3) **Aborto/gravidez interrompida** → VÁ PARA A PERGUNTA 218 SE TEM MAIS DE TRÊS FILHOS/AS. SE NÃO TEVE MAIS DE TRÊS FILHOS VÁ PARA A PERGUNTA 234 (SE MULHER) OU 237 (SE HOMEM)

(4) **SE MULHER: Ainda estou grávida** → VÁ PARA A PERGUNTA 234 (pós-bloco)

(4) **SE HOMEM: Ela ainda está grávida** → VÁ PARA A PERGUNTA 237 (pós-bloco)

(9) **IGN** → VÁ PARA A PERGUNTA 213 e PULA PARA O FIM DO BLOCO SE NÃO TEM MAIS DE TRES FILHOS. SE MAIS DE TRES FILHOS VÁ PARA A PERGUNTA 218

SE NASCEU VIVA:

206. **Ainda está viva?**

(0) Não

(1) Sim → VÁ PARA A PERGUNTA 208

(9) IGN

SE NÃO ESTÁ VIVA (da questão 206):

207. **Qual foi a causa do óbito?** _____ [99 = IGN]

208. **Qual o nome completo do teu terceiro filho(a)?** _____

209. **Qual a tua idade quando nasceu o(a) <NOME 3>:** ___ anos (*limite 19 anos*)

210. **Data Nascimento do <NOME 3>?** ___/___/___ [01/01/13 = IGN]

211. **Peso ao nascer <NOME 3>?** ___ g [9999 = IGN; 0000 = nasceu morta]

212. **Qual o sexo da/o <NOME 3>?**

(1) Feminino

(2) Masculino

213. **SÓ PARA HOMENS: Qual o nome completo da mãe do(a) <NOME 3>?**

SE SÓ TEVE TRES FILHOS/AS VÁ PARA A PERGUNTA 237, SE MAIS DE TRES FILHOS VÁ PARA A PERGUNTA 218

214. **Qual foi o tipo de parto do/a <NOME 3>?**

(0) Normal

(1) Cesariana

(9) IGN

215. **O parto do/a <NOME 3> foi pago pelo (Ler opções)?**

(1) SUS

(2) Convênio

(3) Particular

(4) Outro

(9) IGN

216. **Até que idade ele/a mamou no peito 3?**

216a. **Anos:** ___ [0= < 1 mês ou nunca manou; 9=IGN; 7=ainda mama]

216b. Meses: ____ [00= < 1 mês ou nunca manou; 99=IGN; 77=ainda mama]

217. A criança mora junto contigo 3?

- (0) Não
- (1) Sim

QUARTO FILHO(A)

218. Foi uma gravidez planejada por ti e por tua/teu companheira/o?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Mais ou menos

219. O que aconteceu com a criança desta gravidez (*Ler as opções*)?

- (1) Nasceu viva
- (2) Nasceu morta → VÁ PARA A PERGUNTA 221
- (3) Aborto/gravidez interrompida → VÁ PARA A PERGUNTA 232. SE NÃO TEVE MAIS DE QUATRO FILHOS ANOTE TODAS AS INFORMAÇÕES JÁ COLETADAS PARA OS OUTROS FILHOS NO CADERNO E VÁ PARA A PERGUNTA 234 (SE MULHER) OU 237 (SE HOMEM)
- (4) SE MULHER: Ainda estou grávida → VÁ PARA A PERGUNTA 234 (pós-bloco)
- (4) SE HOMEM: Ela ainda está grávida → VÁ PARA A PERGUNTA 237 (pós-bloco)
- (9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 227 e depois 232

SE NASCEU VIVA:

220. Ainda está viva?

- (0) Não
- (1) Sim → VÁ PARA A PERGUNTA 222
- (9) IGN

SE NÃO ESTÁ VIVA (da questão 220):

221. Qual foi a causa do óbito? _____ [99 = IGN]

222. Qual o nome completo do teu quarto filho(a)? _____

223. Qual a tua idade quando nasceu o(a) <NOME 4>: ____ anos (*limite 19 anos*)

224. Data Nascimento do <NOME 4>? ____/____/____ [01/01/13 = IGN]

225. Peso ao nascer <NOME 4>? _____ g [9999 = IGN; 0000 = nasceu morta]

226. Qual o sexo da/o <NOME 4>?

- (1) Feminino
- (2) Masculino

227. SÓ PARA HOMENS: Qual o nome completo da mãe do(a) <NOME 4>?

SE SÓ TEVE QUATRO FILHOS/AS VÁ PARA A PERGUNTA 237, SE MAIS DE QUATRO FILHOS ANOTE NO DIÁRIO TODAS AS RESPOSTAS SOBRE O QUINTO FILHO. SE QUATRO FILHOS, VÁRA PARA A PERGUNTA 237

228. Qual foi o tipo de parto do/a <NOME 4>?

- (0) Normal
- (1) Cesariana
- (9) IGN

229. O parto do/a <NOME 4> foi pago pelo (Ler opções)?

- (1) SUS
- (2) Convênio
- (3) Particular
- (4) Outro
- (9) IGN

230. Até que idade ele/a mamou no peito 4?

230a. **Anos:** __ [0= < 1 mês ou nunca manou; 9=IGN; 7=ainda mama]

230b. **Meses:** __ __ [00= < 1 mês ou nunca manou; 99=IGN; 77=ainda mama]

231. A criança mora junto contigo 4?

- (0) Não
- (1) Sim

SE MAIS DE UM FILHO:

232. Algum destes teus filhos(as) é gêmeo(a)?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 237 SE HOMEM E 234 SE MULHER*
- (1) Sim
- (9) IGN

SE SIM: **233. Qual deles?**

- (1) Primeiro(a) + segundo(a)
- (2) Segundo(a) + terceiro(a)
- (3) Terceiro(a) + quarto(a)
- (4) De uma gestação que foi interrompida
- (9) IGN

SÓ PARA MULHERES:

**AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS AO USO DE
ANTICONCEPCIONAIS COM HORMÔNIOS, COMO PÍLULAS
ANTICONCEPCIONAIS, COMPRIMIDOS, ADESIVOS, ANÉIS VAGINAIS OU DIU
COM HORMÔNIOS OU INJEÇÕES**

234. Alguma vez na vida tu usaste pílula anticoncepcional, algum tipo de anel vaginal, DIU com hormônios, outros comprimidos, adesivos ou injeções para não engravidar ou para controlar a menstruação?

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 237*

(1) Sim

(9) IGN → *VÁ PARA A PERGUNTA 237*

235. Somando o tempo total de uso de um ou mais tipos de anticoncepcionais para não engravidar ou para controlar a menstruação, quanto tempo de uso daria aproximadamente (mesmo se usaste só durante os períodos de namoro)?

235a. Anos: __ __ (*valores limitados até 19 anos*)

235b. Meses: __ __ (*valores limitados até 11 meses*)

235c. Semanas: __ __ (*valores limitados até 4 semanas*)

236. Nos últimos 12 meses, tu tens usado algum destes remédios ou métodos para não engravidar ou para controlar a menstruação?

(0) Não

(1) Sim

BLOCO E – Doenças e remédios

**AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS DOENÇAS QUE TU POSSAS TER
TIDO ALGUMA VEZ NA VIDA**

237. Alguma vez na vida o médico disse que tu tinhas açúcar alto no sangue ou diabetes?

(0) Não

(1) Sim

(9) IGN

238. Alguma vez na vida o médico disse que tu tinhas pressão alta?

(0) Não

(1) Sim

(9) IGN

239. Alguma vez na vida o médico disse que tu tinhas rinite?

(0) Não

(1) Sim

(9) IGN

240. Alguma vez na vida o médico disse que tu tinhas asma ou bronquite?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

241. **Alguma vez na vida o médico disse que tu tinhas problema de visão?**

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

242. **Tu usas óculos de grau ou lentes de contato com grau?**

- (0) Não
- (1) Óculos
- (2) Lentes
- (3) Ambos

243. **Alguma vez na vida, tu já quebraste algum osso?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 252*
- (1) Sim
- (9) IGN → *VÁ PARA A PERGUNTA 252*

244. **Quantos ossos?**

- (1) Um
- (2) Dois
- (3) Três ou mais

SE SIM:

245. **Qual foi o osso quebrado 1?** _____

246. **Com que idade 1?** __ __ anos [99=IGN; 00= < de 1 ano]

247. **Qual foi o osso quebrado 2?** _____

248. **Com que idade 2?** __ __ anos [99=IGN; 00= < de 1 ano]

249. **Qual foi o osso quebrado 3?** _____

250. **Com que idade 3?** __ __ anos [99=IGN; 00= < de 1 ano]

251. **Quebrou outros ossos, quais?**

252. **Nos últimos 3 meses, tu tiveste dor nas costas?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 254*
- (1) Sim

SE SIM:

253. De acordo com a figura que vou te mostrar, tu podes me apontar o lugar da dor? (mostrar FIGURA 4)

253a. Dor na região 1:

(0) Não

(1) Sim

253b. Dor na região 2:

(0) Não

(1) Sim

253c. Dor na região 3:

(0) Não

(1) Sim

AS PERGUNTAS ABAIXO SÃO SOBRE DORES DE CABEÇA OU CRISES DE ENXAQUECA QUE TU PODES TER EXPERIMENTADO NA TUA VIDA.

254. Tu tens dores de cabeça frequentes ou fortes?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 259

(1) Sim

255. As tuas dores de cabeça duram geralmente mais do que quatro horas?

(0) Não

(1) Sim

256. Geralmente, tu tens enjôos junto com a dor de cabeça?

(0) Não

(1) Sim

257. A luz ou o barulho te incomoda quando tens dor de cabeça?

(0) Não

(1) Sim

258. As tuas dores de cabeça te atrapalham quando tens que fazer alguma coisa como trabalho ou estudo?

(0) Não

(1) Sim

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CHIADO NO PEITO

259. Alguma vez na vida, tu tiveste chiado no peito?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 265

(1) Sim

SE SIM: 260. Desde <MÊS> do ano passado, tu tiveste chiado no peito?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 265*
(1) Sim

SE SIM (260): 261. **Quantas crises de chiado no peito tu tiveste?**

- (0) Nenhuma
(1) 1 a 3 crises
(2) 4 a 12 crises
(3) Mais de 12 crises

262. **Quantas vezes o teu sono foi atrapalhado por chiado no peito?**

- (0) Nunca acordaste com chiado
(1) Menos de 1 noite por semana
(2) 1 ou mais noites por semana

263. **Tu tiveste algum episódio de chiado tão forte que não conseguiste dizer mais de duas palavras entre cada respiração?**

- (0) Não
(1) Sim

264. **Tu tiveste chiado no peito após exercícios físicos?**

- (0) Não
(1) Sim

265. **Desde <MÊS> do ano passado, tu tiveste tosse seca à noite, sem estar gripado?**

- (0) Não
(1) Sim

AGORA VAMOS FALAR SOBRE REMÉDIOS

266. **Alguma vez na vida tu tomaste algum remédio com corticóide ou cortisona?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 269*
(1) Sim
(9) IGN → *VÁ PARA A PERGUNTA 269*

267. **Nos últimos três meses, tu tomaste algum remédio com corticóide ou cortisona?**

- (0) Não
(1) Sim

268. **Por quantos anos tu tomaste ou tomas este(s) remédio(s)?** _____ meses (*anote em meses*)
[99=IGN]

269. **Nos últimos 15 dias tu usaste algum remédio?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 296*
(1) Sim

270. **Quantos?**

- (1) Um
- (2) Dois
- (3) Três
- (4) Quatro
- (5) Cinco

271. Qual o nome do remédio 1? _____ [99= IGN]

272. Para tratar o quê 1? _____ [99= IGN]

273. Quem indicou 1 (*Ler opções*)?

- (1) Médico (atual)
- (2) Médico (anterior)
- (3) Outro profissional de saúde
- (4) Mãe
- (5) Familiar/amigo
- (6) Outro
- (9) IGN

274. Foi comprado 1 (*Ler opções*)?

- (1) Sim
- (2) Não, SUS
- (3) Não, outro
- (9) IGN

275. Este remédio é de uso contínuo, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar 1?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

SE USOU SÓ UM REMÉDIO VÁ PARA A PERGUNTA 296

276. Qual o nome do remédio 2? _____ [99= IGN]

277. Para tratar o quê 2? _____ [99= IGN]

278. Quem indicou (*Ler opções*) 2?

- (1) Médico (atual)
- (2) Médico (anterior)
- (3) Outro profissional de saúde
- (4) Mãe
- (5) Familiar/ amigo
- (6) Outro
- (9) IGN

279. Foi comprado (*Ler opções*) 2?

- (1) **Sim**
- (2) **Não, SUS**
- (3) **Não, outro**
- (9) **IGN**

280. **Este remédio é de uso contínuo, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar 2?**

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

SE USOU SÓ DOIS REMÉDIOS VÁ PARA A PERGUNTA 296

281. **Qual o nome do remédio 3?** _____ [99= IGN]

282. **Para tratar o quê 3?** _____ [99= IGN]

283. **Quem indicou (Ler opções) 3?**

- (1) **Médico (atual)**
- (2) **Médico (anterior)**
- (3) **Outro profissional de saúde**
- (4) **Mãe**
- (5) **Familiar/amigo**
- (6) **Outro**
- (9) **IGN**

284. **Foi comprado (Ler opções) 3?**

- (1) **Sim**
- (2) **Não, SUS**
- (3) **Não, outro**
- (9) **IGN**

285. **Este remédio é de uso contínuo, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar 3?**

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

SE USOU SÓ TRÊS REMÉDIOS VÁ PARA A PERGUNTA 296

286. **Qual o nome do remédio 4?** _____ [99= IGN]

287. **Para tratar o quê 4?** _____ [99= IGN]

288. **Quem indicou (Ler opções) 4?**

- (1) Médico (atual)
- (2) Médico (anterior)
- (3) Outro profissional de saúde
- (4) Mãe
- (5) Familiar/amigo
- (6) Outro
- (9) IGN

289. Foi comprado (*Ler opções*) 4?

- (1) Sim
- (2) Não, SUS
- (3) Não, outro
- (9) IGN

290. Este remédio é de uso contínuo, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar 4?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

SE USOU SÓ QUATRO REMÉDIOS VÁ PARA A PERGUNTA 296

291. Qual o nome do remédio 5? _____ [99= IGN]

292. Para tratar o quê 5? _____ [99= IGN]

293. Quem indicou (*Ler opções*) 5?

- (1) Médico (atual)
- (2) Médico (anterior)
- (3) Outro profissional de saúde
- (4) Mãe
- (5) Familiar/ amigo
- (6) Outro
- (9) IGN

294. Foi comprado (*Ler opções*) 5?

- (1) Sim
- (2) Não, SUS
- (3) Não, outro
- (9) IGN

295. Este remédio é de uso contínuo, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar 5?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS NO ÚLTIMO ANO COM MÉDICOS
OU OUTROS PROFISSIONAIS**

296. Desde <MÊS> do ano passado, tu consultaste com CLÍNICO GERAL?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 300

(1) Sim

SE SIM: 297. Qual motivo? _____

298. Onde consultaste (ler opções)?

(1) Consultório particular

(2) Posto do bairro

(3) Hospital/Faculdade

(4) Convênio

(5) Escola

(6) Outro → VÁ PARA A PERGUNTA 299

SE OUTRO: 299. Qual? _____

SÓ PARA MULHERES. SE FOR HOMEM MARQUE NSA (8) NA PERGUNTA ABAIXO

300. Desde <MÊS> do ano passado, tu consultaste com GINECOLOGISTA?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 302

(1) Sim

(8) NSA → VÁ PARA A PERGUNTA 305

SE SIM: 301. Qual motivo? _____

SE NÃO: 302. Tu consultaste com GINECOLOGISTA alguma vez na vida?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 305

(1) Sim

303. Onde consultaste (ler opções)?

(1) Consultório particular

(2) Posto do bairro

(3) Hospital/Faculdade

(4) Convênio

(5) Escola

(6) Outro → VÁ PARA A PERGUNTA 304

SE OUTRO: 304. Qual? _____

305. Desde <MÊS> do ano passado, tu consultaste com DENTISTA?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 309

(1) Sim

SE SIM: 306. Qual motivo? _____

307. Onde consultaste (ler opções)?

- (1) Consultório particular
- (2) Posto do bairro
- (3) Hospital/Faculdade
- (4) Convênio
- (5) Escola
- (6) Outro → VÁ PARA A PERGUNTA 308

SE OUTRO: 308. Qual? _____

309. Desde <MÊS> do ano passado, tu consultaste com NUTRICIONISTA?

- (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 313
- (1) Sim

SE SIM: 310. Qual motivo? _____

311. Onde consultaste (ler opções)?

- (1) Consultório particular
- (2) Posto do bairro
- (3) Hospital/Faculdade
- (4) Convênio
- (5) Escola
- (6) Outro → VÁ PARA A PERGUNTA 312

SE OUTRO: 312. Qual? _____

313. Desde <MÊS> do ano passado, tu consultaste com PSICÓLOGA(o)?

- (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 317
- (1) Sim

SE SIM: 314. Qual motivo? _____

315. Onde consultaste (ler opções)?

- (1) Consultório particular
- (2) Posto do bairro
- (3) Hospital/Faculdade
- (4) Convênio
- (5) Escola
- (6) Outro → VÁ PARA A PERGUNTA 316

SE OUTRO: 316. Qual? _____

317. Desde <MÊS> do ano passado, tu consultaste com PSQUIATRA?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 321

(1) Sim

SE SIM: 318. Qual motivo? _____

319. Onde consultaste (ler opções)?

(1) Consultório particular

(2) Posto do bairro

(3) Hospital/Faculdade

(4) Convênio

(5) Escola

(6) Outro → VÁ PARA A PERGUNTA 320

SE OUTRO: 320. Qual? _____

321. No último ano, tu baixaste hospital?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 327

(1) Sim

SE SIM: 322. Quantas vezes tu baixaste hospital?

(1) 1 vez

(2) 2 vezes

(3) 3 vezes ou mais

(9) IGN

SE SIM:

323. Qual o motivo da primeira internação 1? _____ [99=IGN]

324. Qual o motivo da segunda internação 2? _____ [99=IGN]

325. Qual o motivo da terceira internação 3? _____ [99=IGN]

326. Algum outro motivo? _____ [99=IGN]

BLOCO F – Atividade física e local

CASO O ENTREVISTADO APRESENTE IMPOSSIBILIDADE PERMANENTE DE SE LOCOMOVER, PREENCHA TODAS AS INFORMAÇÕES COMO IGN = 9 OU 0909. APÓS REGISTRE ESTA INFORMAÇÃO NO SEU DIÁRIO DE CAMPO E ENCAMINHE PARA A SUPERVISORA

**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS. PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS TU DEVES SABER QUE:
ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AS QUE EXIGEM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL**

ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MÉDIO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL

→ EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS

AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZES NO TEU TEMPO LIVRE (LAZER)

327. Quantos dias por semana tu fazes caminhadas no teu tempo livre?

0. Nenhum → *VÁ PARA A PERGUNTA 329*

1. Um
2. Dois
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete

9. IGN → *VÁ PARA A PERGUNTA 329*

SE CAMINHA:

328. Nos dias em que tu fazes essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

__ __ horas __ __ minutos [0909= IGN]

329. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas FORTES no teu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc.

0. Nenhum → *VÁ PARA A PERGUNTA 331*

1. Um
2. Dois
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete

9. IGN → *VÁ PARA A PERGUNTA 331*

SE FAZ ATIVIDADES FÍSICAS FORTES:

330. Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

__ __ horas __ __ minutos [0909= IGN]

331. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas MÉDIAS fora as caminhadas no teu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc.

0. Nenhum → *VÁ PARA A PERGUNTA 333*

1. Um
2. Dois
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete

9. IGN → *VÁ PARA A PERGUNTA 333*

SE FAZ ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS:

332. Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?
__ __ horas __ __ minutos [0909= IGN]

AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES COMO TU TE DESLOCAS DE UM LUGAR AO OUTRO QUANDO ESTE DESLOCAMENTO DURA PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO OU QUANDO VAIS FAZER COMPRAS, VISITAR AMIGOS OU IR A ESCOLA.

333. Quantos dias por semana tu usas a bicicleta para ires de um lugar a outro?

0. Nenhum → *VÁ PARA A PERGUNTA 335*

1. Um
2. Dois
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete

9. IGN → *VÁ PARA A PERGUNTA 335*

SE USA BICICLETA:

334. Nesses dias, quanto tempo no total tu pedalas por dia?

__ __ horas __ __ minutos [0909=IGN]

335. Quantos dias por semana tu caminhas para ires de um lugar a outro?

0. Nenhum → *VÁ PARA A PERGUNTA 337*

1. Um
2. Dois
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete

9. IGN → *VÁ PARA A PERGUNTA 337*

SE CAMINHA:

336. Nesses dias, quanto tempo no total tu caminhas por dia?

__ __ horas __ __ minutos [0909=IGN]

AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO CONTIGO OU COM A TUA FAMÍLIA

Desde <MÊS> do ano passado...:

337. Tiveste algum problema de saúde que não te deixou fazer as tuas tarefas normais?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

338. Morreu algum parente próximo teu?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

339. Morreu alguma pessoa próxima sem ser teu parente?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

340. Tiveste problemas de dinheiro mais graves do que os normais?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

341. Tiveste que mudar de casa contra tua vontade?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

342. Terminaste namoro firme ou casamento?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE O LOCAL ONDE MORAS E ALGUNS
ACONTECIMENTOS**

343. No teu bairro tem alguma briga ou rixa com grupos de outro bairro?

- (0) Não
- (1) Sim

344. Alguma vez sentiste medo ou insegurança no teu bairro?

- (0) Não
- (1) Sim

345. Desde <MÊS> do ano passado, tu participaste de alguma briga com agressão física?

- (0) Não
- (1) Sim

346. Desde <MÊS> do ano passado, tu apanhaste alguma vez do teu pai ou da tua mãe?

- (0) Não
- (1) Sim

347. **Alguma vez na vida, tu foste assaltado?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 350*

(1) Sim

SE SIM: 348. **Quantas vezes?** ___ __ vezes [99=IGN]

349. **Neste assalto (ou em algum destes assaltos), a pessoa usava arma?**

(0) Não

(1) Sim

350. **Tu já estiveste em alguma instituição para menores (Juizado, FASE = EX-FEBEM)?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 354*

(1) Sim

SE SIM: 351. **Qual foi o motivo?** _____ [99=IGN]

352. **Que idade tu tinhas quando estiveste na instituição (Juizado, FASE = EX-FEBEM)?**

___ __ anos [00=IGN; *limite 19 anos*]

353. **Por quanto tempo ficaste na instituição (Juizado, FASE = EX-FEBEM)?**

353a. ___ __ anos 353b. ___ __ meses 353c. ___ __ dias [*19anos11meses29dias=IGN*]

354. **Alguma vez na vida tu foste detido ou preso?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 356*

(1) Sim

SE SIM: 355. **Foste preso(a) ou detido(a)?**

(1) Preso

(2) Detido

(3) Preso e detido

BLOCO G – Álcool

AGORA VAMOS FALAR SOBRE BEBIDAS DE ÁLCOOL

356. **Tu já tomaste bebida de álcool como cerveja, vinho, cachaça, licor, champanha, uísque ou outra?**

(1) Sim

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 371*

357. **Quantas vezes por mês tu consumes bebidas alcoólicas... (Ler opções)**

(0) Nunca → *VÁ PARA A PERGUNTA 371*

(1) Uma vez por mês ou menos

(2) Duas a quatro vezes por mês

(3) Duas a três vezes por semana

(4) Quatro ou mais vezes por semana

358. **Quantas doses de álcool tu consumes em um dia normal... (Ler opções)? (Mostrar doses – FIGURA 5)**

- (0) Nenhuma
- (1) 1 a 2
- (2) 3 a 4
- (3) 5 a 6
- (4) 7 a 9
- (5) 10 ou mais

359. **Quantas vezes por mês tu consumes 6 ou mais doses em uma mesma ocasião... (Ler opções)?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de uma vez por mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos os dias ou quase todos

360. **Quantas vezes no último ano, desde <MÊS>, tu achaste que não conseguirias parar de beber depois de ter começado... (Ler opções)?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de uma vez por mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos os dias ou quase todos

361. **Quantas vezes no último ano, desde <MÊS>, tu não conseguiste fazer o que era esperado de ti por causa do álcool... (Ler opções)?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de uma vez por mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos os dias ou quase todos

362. **Quantas vezes no último ano, desde <MÊS>, tu precisaste beber pela manhã para te sentires bem depois de ter bebido bastante no dia anterior... (Ler opções)?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de uma vez por mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos os dias ou quase todos

363. **Quantas vezes no último ano, desde <MÊS>, tu te sentiste culpado ou arrependido depois de ter bebido... (Ler opções)?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de uma vez por mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos os dias ou quase todos

364. **Quantas vezes no último ano, desde <MÊS>, tu foste incapaz de lembrar o que aconteceu por causa da bebida... (Ler opções)?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de uma vez por mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos os dias ou quase todos

365. **Tu já causaste prejuízo a ti mesmo após ter bebido... (Ler opções)?**

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano

366. **Tu já causaste prejuízo à outra pessoa após ter bebido... (Ler opções)?**

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano

367. **Alguém ou algum parente, médico ou amigo, já se preocupou com o fato de tu beberes... (Ler opções)?**

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano
- (9) Não sei

368. **Alguém ou algum parente, médico ou amigo, sugeriu que tu parasses... (Ler opções)?**

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano

369. **Tu costumavas tomar bebidas energéticas junto com álcool?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 371*
- (1) Sim

SE SIM: 370. **Quantas vezes tu tomas bebida energética junto com álcool?**

- 1. Uma
- 2. Duas
- 3. Três
- 4. Quatro

5. Cinco
6. Seis
7. Sete
8. Oito
9. Nove
10. Dez

370a. Com que frequência tu tomas?

- (1) dia
- (2) semana
- (3) mês
- (4) ano

BLOCO H – Alimentação
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALIMENTAÇÃO

371. Tu usas algum tipo de suplemento?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 383*
- (1) Sim

SE SIM: 372. Quantos tipos?

- (1) Um
- (2) Dois
- (3) Três
- (4) Quatro
- (5) Cinco

373. Qual suplemento 1? _____ [99=IGN]

374. Quantas vezes suplemento 1?

1. Uma
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete
8. Oito
9. Nove
10. Dez

374a. Com que frequência suplemento 1?

- (1) dia
- (2) semana
- (3) mês
- (4) ano

375. Qual suplemento 2? _____ [99=IGN]

376. Quantas vezes suplemento 2?

1. Uma
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete
8. Oito
9. Nove
10. Dez

376a. Com que frequência suplemento 2?

- (1) dia
- (2) semana
- (3) mês
- (4) ano

377. Qual suplemento 3? _____ [99=IGN]

378. Quantas vezes suplemento 3?

1. Uma
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete
8. Oito
9. Nove
10. Dez

378a. Com que frequência suplemento 3?

- (1) dia
- (2) semana
- (3) mês
- (4) ano

379. Qual suplemento 4? _____ [99=IGN]

380. Quantas vezes suplemento 4?

1. Uma
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco

6. Seis
7. Sete
8. Oito
9. Nove
10. Dez

380a. Com que frequência suplemento 4?

- (1) dia
- (2) semana
- (3) mês
- (4) ano

381. Qual suplemento 5? _____ [99=IGN]

382. Quantas vezes suplemento 5?

1. Uma
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete
8. Oito
9. Nove
10. Dez

382a. Com que frequência suplemento 5?

- (1) dia
- (2) semana
- (3) mês
- (4) ano

383. Tu comes churrasco?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 385*
(1) Sim

SE SIM: 384. Quantas vezes tu comes churrasco?

1. Uma
2. Duas
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete
8. Oito
9. Nove
10. Dez

384a. **Com que frequência tu comes churrasco?**

- (1) dia
- (2) semana
- (3) mês
- (4) ano

385. **Tu comes cereais integrais?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 387*
- (1) Sim

SE SIM: 386. **Quantas vezes tu comes cereais integrais?**

- 1. Uma
- 2. Duas
- 3. Três
- 4. Quatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Sete
- 8. Oito
- 9. Nove
- 10. Dez

386a. **Com que frequência tu comes cereais integrais?**

- (1) dia
- (2) semana
- (3) mês
- (4) ano

387. **Tu costumavas tomar leite... (Ler opções)?**

- (1) **Integral**
- (2) **Semidesnatado**
- (3) **Desnatado**
- (0) Não tomo leite

388. **Tu tens o hábito de comer a gordura da carne ou a pele da galinha?**

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA

389. **Depois que o teu prato já está servido, tu costumavas colocar mais sal na comida?**

- (0) Não
- (1) Sim

390. Desde <dia> da semana passada, em quantos dias comeste alimentos congelados industrializados como pizza, lasanha, batata frita, nuggets ou hambúrguer?

- 0. Nenhum
- 1. Um
- 2. Dois
- 3. Três
- 4. Quatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Sete
- 9. IGN

391. Desde <dia> da semana passada, em quantos dias comeste em restaurantes de *fast food* como Mac Donalds, Habib's ou Subway?

- 0. Nenhum
- 1. Um
- 2. Dois
- 3. Três
- 4. Quatro
- 5. Cinco
- 6. Seis
- 7. Sete
- 9. IGN

392. Eu vou te ler algumas refeições que se costuma fazer e tu me digas quais tu fazes por dia (*Ler opções*)

- | | | |
|--------------------------------|---------|---------|
| 392a. Café da manhã? | (0) Não | (1) Sim |
| 392b. Lanche da manhã? | (0) Não | (1) Sim |
| 392c. Almoço? | (0) Não | (1) Sim |
| 392d. Lanche ou café da tarde? | (0) Não | (1) Sim |
| 392e. Jantar ou café da noite? | (0) Não | (1) Sim |
| 392f. Lanche antes de dormir? | (0) Não | (1) Sim |

393. Desde <MÊS> do ano passado, fizeste alguma coisa para perder ou ganhar peso (*Ler opções*)?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 395

(1) Sim, perder

(2) Sim, ganhar

SE SIM: 394. O que fizeste para <perder ou ganhar> peso? (*marcar o que for relatado*)

- | | | |
|---------------------------------|---------|-----------------------------------|
| 394a. Tomou remédio | (0) Não | (1) Sim |
| 394b. Fez dieta ou regime | (0) Não | (1) Sim |
| 394c. Fez exercícios ou esporte | (0) Não | (1) Sim |
| 394d. Tomou algum tipo de chá | (0) Não | (1) Sim |
| 394e. Outro | (0) Não | (1) Sim → VÁ PARA A PERGUNTA 394f |

SE OUTRO: 394f. Qual? _____ [99=IGN]

BLOCO I – Qualidade de vida

AS QUESTÕES A SEGUIR SÃO SOBRE COMO TU TE SENTES A RESPEITO DA TUA QUALIDADE DE VIDA. POR FAVOR, ESCOLHE A RESPOSTA QUE PARECE MAIS ADEQUADA PARA TI. SE TU NÃO TENS CERTEZA DE QUAL RESPOSTA ESCOLHER, GERALMENTE, A PRIMEIRA QUE TU PENSASTE É A MELHOR. POR FAVOR, PENSE SOBRE TEUS VALORES, PREOCUPAÇÕES, PRAZERES E DESEJOS. LEMBRA QUE AS TUAS RESPOSTAS DEVEM SER BASEADAS NO ÚLTIMO MÊS.

395. Como é tua qualidade de vida (*Ler opções*)?

- (1) **Muito ruim**
- (2) **Ruim**
- (3) **Regular**
- (4) **Boa**
- (5) **Muito boa**

396. Tu estás satisfeito(a) com tua saúde (*Ler opções*)?

- (1) **Muito insatisfeito(a)**
- (2) **Insatisfeito(a)**
- (3) **Regular**
- (4) **Satisfeito(a)**
- (5) **Muito satisfeito(a)**

AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO SOBRE O QUANTO TU TENS SENTIDO ALGUMAS COISAS NO ÚLTIMO MÊS. EU VOU TE LER AS PRÓXIMAS PERGUNTAS E TU VAIS ME RESPONDER OLHANDO PARA ESTAS OPÇÕES (*mostrar FIGURA 6*)

397. Tu tiveste alguma dor que te impediu de fazer o que tu precisavas?

- (5) **Não**
- (4) **Muito pouco**
- (3) **Mais ou menos**
- (2) **Bastante**
- (1) **Completamente**

398. Tu precisas de algum tratamento médico para fazer tuas atividades do dia-a-dia?

- (5) **Não**
- (4) **Muito pouco**
- (3) **Mais ou menos**
- (2) **Bastante**
- (1) **Completamente**

399. Tu aproveitas a vida?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

400. Tu achas que a tua vida tem sentido?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

401. Tu consegues te concentrar?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

402. Tu te sentes seguro no teu dia-a-dia?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

403. Tu achas que o meio em que tu vives é saudável?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE O *QUANTO* TU FOSTE CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NO ÚLTIMO MÊS. ALGUMAS DELAS PODEM PARECER REPETIDAS, NÃO TE PREOCUPA É ASSIM MESMO.

404. Tu tens energia suficiente para o teu dia-a-dia?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

405. Tu aceitas a tua aparência física?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

406. Tu tens dinheiro suficiente para realizar tuas necessidades?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

407. Tu consegues as informações que tu precisas?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

408. Tu realizas atividades de lazer?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

409. Tu és capaz de te movimentar (*ler opções*)?

- (1) **Muito mal**
- (2) **Mal**
- (3) **Regular**
- (4) **Bem**
- (5) **Muito bem**

AGORA TU ACOMPANHAS AS OPÇÕES DE RESPOSTA NA SEGUNDA METADE DESTA FOLHA (FIGURA 6)

410. Tu estás satisfeito(a) com o teu sono?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

411. Tu estás satisfeito(a) com tua capacidade para fazer tuas tarefas do dia-a-dia?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

412. Tu estás satisfeito(a) com tua capacidade para trabalhar?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

413. Tu estás satisfeito(a) contigo mesmo(a)?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

414. Tu estás satisfeito(a) com tuas relações pessoais?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

415. Tu estás satisfeito(a) com tua vida sexual?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

416. Tu estás satisfeito(a) com o apoio que recibes dos teus amigos?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

417. Tu estás satisfeito(a) com o local onde tu moras?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

418. Tu estás satisfeito(a) com a facilidade para conseguir atendimento no serviço de saúde?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

419. Tu estás satisfeito(a) com o meio de transporte que tu usas?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

A PRÓXIMA QUESTÃO É SOBRE A FREQUÊNCIA *COM QUE* TU SENTISTE OU VIVESTE CERTAS COISAS NO ÚLTIMO MÊS.

420. Tu tens sentimentos negativos, tais como mau humor, tristeza, ansiedade, depressão (*Ler opções*)?

- (5) **Nunca**
- (4) **Raramente**
- (3) **Frequentemente**
- (2) **Muito frequentemente**
- (1) **Sempre**

BLOCO J – Saúde bucal e SRQ
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SAÚDE BUCAL

421. Quantas vezes por dia tu costumavas escovar os dentes?

0. Nenhuma → *VÁ PARA A PERGUNTA 423*
1. Um
2. Dois
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Seis
7. Sete
9. IGN

422. **Quando tu escovas os dentes, tu usas alguma pasta de dente?**

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA (*p/quem não tem dentes*)

423. **Nos últimos seis meses, tu tiveste dor de dente?**

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA (*p/quem não tem dentes há pelo menos 6 meses*)

424. **Alguma vez na vida tu usaste aparelho nos dentes (*Ler opções*)?**

- (0) **Não**
- (1) **Sim**
- (2) **Sim, ainda estou usando**

425. **Tu já fizeste clareamento nos dentes com dentista?**

- (0) Não
- (1) Sim

426. **Como tu achas que está a saúde dos teus dentes hoje (*Ler opções*)?**

- (1) **Muito Boa**
- (2) **Boa**
- (3) **Regular**
- (4) **Ruim**
- (5) **Muito ruim**

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE A QUANTIDADE DE DENTES QUE TU TENS NA TUA BOCA NA PARTE DE CIMA E NA PARTE DE BAIXO.
(MOSTRAR FIGURA 7 COM O NÚMERO DE DENTES AO ADOLESCENTE)

427. **No máximo, temos 16 dentes naturais na parte de cima da boca, contando o dente do siso. Quantos dentes naturais tu tens na boca na parte de cima?**

16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

SE MENOS DE 16 DENTES:

428. **Algum deles foi extraído por causa de cárie?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 430*
- (1) Sim

SE SIM: 429. **Quantos dentes na parte de cima da boca foram extraídos por causa de cárie?**

__ __ dentes [00=IGN]

430. **Tu tens algum dente natural cariado ou com buraco e não tratado na parte de cima?**

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 432*
- (1) Sim

SE SIM: 431. **Quantos dentes naturais cariados ou com buracos e não tratados tu tens na parte de cima?** __ __ dentes [00=IGN]

432. **Tu tens algum dente natural com restauração ou obturação na parte de cima?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 434*

(1) Sim

SE SIM: 433. **Quantos dentes tu tens restaurados ou obturados na parte de cima?** __ __ dentes [00=IGN]

434. **Tu tens pontes ou próteses parciais na parte de cima?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 436*

(1) Sim

SE SIM: 435. **Quantos dentes naturais foram substituídos pela ponte ou prótese parcial tu tens na parte de cima?** __ __ dentes [00=IGN]

436. **Tu tens alguma ponte fixa na parte de cima?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 438*

(1) Sim

SE SIM: 437. **Quantos dentes naturais foram substituídos pela ponte fixa na parte de cima?** __ __ dentes. [00=IGN]

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A PARTE DE BAIXO DA BOCA

438. **No máximo nós temos 16 dentes naturais na parte de baixo da boca, contando o dente do siso. Quantos dentes naturais tu tens na tua boca na parte de baixo?**

16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

SE MENOS DE 16 DENTES:

439. **Algum deles foi extraído por causa de cárie?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 441*

(1) Sim

SE SIM: 440. **Quantos dentes na parte de baixo foram extraídos por causa de cárie?** __ __ dentes [00=IGN]

441. **Tu tens algum dente natural cariado ou com buraco e não tratado na parte de baixo?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 443*

(1) Sim

SE SIM: 442. **Quantos dentes naturais cariados ou com buracos e não tratados tu tens na parte de baixo?** __ __ dentes [00=IGN]

443. **Tu tens algum dente natural com restauração ou obturação na parte de baixo?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 445*

(1) Sim

SE SIM: 444. **Quantos dentes tu tens restaurados ou obturados na parte de baixo?** __ __
dentes [00=IGN]

445. **Tu tens pontes ou próteses parciais na parte de baixo?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 447*

(1) Sim

SE SIM: 446. **Quantos dentes naturais foram substituídos pela ponte ou prótese parcial na parte de baixo?** __ __ dentes [00=IGN]

447. **Tu tens alguma ponte fixa na parte de baixo?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 449*

(1) Sim

SE SIM: 448. **Quantos dentes naturais foram substituídos pela ponte fixa na parte de baixo?**
__ __ dentes. [00=IGN]

SE JOVEM NÃO TEM DENTES NA PARTE DE CIMA: 449. **Tu tens dentadura ou chapa na parte de cima?**

(0) Não

(1) Sim

SE JOVEM NÃO TEM DENTES NA PARTE DE BAIXO: 450. **Tu tens dentadura ou chapa na parte de baixo?**

(0) Não

(1) Sim

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO TE SENTISTE NO ÚLTIMO MÊS.
RESPONDA SIM OU NÃO ÀS PERGUNTAS. ALGUMAS DELAS PODEM PARACER
REPETIDAS, MAS SÃO PRÓPRIAS DO QUESTIONÁRIO.**

451. **No último mês:**

451 a. **Tu tiveste dores de cabeça frequentes?** (0) não (1) sim

451 b. **Tu tiveste falta de apetite?** (0) não (1) sim

451 c. **Tu dormiste mal?** (0) não (1) sim

451 d. **Tu te assustaste com facilidade?** (0) não (1) sim

451 e. **Tu tiveste tremores nas mãos?** (0) não (1) sim

451 f. **Tu te sentiste nervosa/o, tensa/o ou preocupada/o?** (0) não (1) sim

451 g. **Tu tiveste má digestão?** (0) não (1) sim

451 h. **Tu sentiste que as tuas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?** (0) não (1) sim

451 i. **Tu tens te sentido triste ultimamente?** (0) não (1) sim

451 j. Tu tens chorado mais do que de costume?	(0) não	(1) sim
451 k. Tu conseguiste sentir algum prazer nas tuas atividades diárias?	(0) não	(1) sim
451 l. Tu tiveste dificuldade de tomar decisões?	(0) não	(1) sim
451 m. Tu achaste que teu trabalho diário é penoso e te causa sofrimento?	(0) não	(1) sim
451 n. Tu achaste que tens um papel útil na vida?	(0) não	(1) sim
451 o. Tu perdeste o interesse pelas coisas?	(0) não	(1) sim
451 p. Tu te sentiste uma pessoa sem valor?	(0) não	(1) sim
451 q. Alguma vez tu pensaste em acabar com a tua vida?	(0) não	(1) sim
451 r. Tu te sentiste cansado/a o tempo todo?	(0) não	(1) sim
451 s. Tu sentiste alguma coisa desagradável no estômago?	(0) não	(1) sim
451 t. Tu te cansaste com facilidade?	(0) não	(1) sim

BLOCO K – Mini

**AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE COMO TU TE SENTES.
RESPONDE DA MELHOR MANEIRA QUE PUDES, MESMO QUE ALGUMAS
PERGUNTAS NÃO TENHAM NADA A VER CONTIGO**

452. Nos últimos 15 dias, tu te sentiste triste, desanimado (a), deprimido (a) ou irritado (a), mal-humorado (a)?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 453

(1) Sim

452 a. *SE SIM*: Te sentiste assim quase todo tempo ou de vez em quando?

(0) De vez em quando

(1) Quase todo o tempo

453. Nos últimos 15 dias, sentiste que não tinhas mais gosto por nada, perdido o interesse e prazer pelas coisas?

(0) Não → VÁ PARA PERGUNTA DE ENCERRAMENTO DO MÓDULO

(1) Sim

453 a. *SE SIM*: Te sentiste assim quase todo tempo ou de vez em quando?

(0) De vez em quando

(1) Quase todo o tempo

452 “SIM” E 452a “QUASE TODO O TEMPO”?

OU

453 ‘SIM’ E 453a “QUASE TODO O TEMPO”? (0) NÃO (1) SIM
→ 464 ↓ 454

PENSANDO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, EU QUERIA ENTENDER MELHOR COMO TU FICAVAS QUANDO TE SENTISTE TRISTE/IRRITADO (A)/SEM INTERESSE PELAS COISAS. EU ESTOU INTERESSADO (A) EM COMPORTAMENTOS E SENTIMENTOS QUE ACONTECERAM QUASE TODOS OS DIAS NESTE PERÍODO, NÃO APENAS ALGUMAS VEZES

454. Tua vontade de comer ou teu peso mudou muito, para mais ou menos?

- (0) Não
- (1) Sim

455. Tiveste problemas de sono como: pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo ou dormir demais?

- (0) Não
- (1) Sim

456. Falaste ou te movimentaste mais devagar do que de costume ou ficaste mais agitado (a)?

- (0) Não
- (1) Sim

457. Te sentiste cansado (a), sem energia?

- (0) Não
- (1) Sim

458. Te sentiste sem valor ou culpado(a)?

- (0) Não
- (1) Sim

459. Tiveste dificuldade para te concentrar ou para tomar decisões?

- (0) Não
- (1) Sim

AGORA VOU TE FAZER MAIS UMA PERGUNTA SOBRE COMO TE SENTES

460. Tiveste, por várias vezes, pensamentos ruins, como pensar que seria melhor morrer ou fazer mal a ti mesmo (a)?

- (0) Não
- (1) Sim

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM DE 454-460? (0) NÃO (1)SIM
→ 464 ↓ 461

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUNS SENTIMENTOS DURANTE A TUA VIDA, NÃO CONSIDERANDO ESTES 15 DIAS

461. Tiveste estes mesmos problemas em outros momentos por 15 dias ou mais? Lembra que tu falaste de problemas como (LISTAR PROBLEMAS RELATADOS EM 454-460)

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 463

(1) Sim

462. Entre esses períodos em que te sentiste mais triste, alguma vez ficaste pelo menos dois meses sem tristeza/irritação/perda de interesse?

(0) Não

(1) Sim

463. Pensando na tua vida, na escola, trabalho, casa, família e amigos, esses problemas te prejudicaram: nada, pouco, mais ou menos ou muito?

(0) Nada

(1) Pouco

(2) Mais ou menos

(3) Muito

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OUTRAS COISAS QUE ALGUMAS PESSOAS OU TU PENSAS E FAZES. NO ÚLTIMO MÊS:

464. Tu achaste que seria melhor estar morto (a) ou desejaste morrer?

(0) Não

(1) Sim

465. Tu quiseste fazer mal a ti mesmo (a)?

(0) Não

(1) Sim

466. Tu pensaste em te matar?

(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 468

(1) Sim

467. Tu pensaste num jeito de te matar?

(0) Não

(1) Sim

468. E alguma vez na vida. Tu já tentaste te matar?

(0) Não

(1) Sim

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA SIM EM 464-468: (0) NÃO (1) SIM

→ 470 ↓ 469

469. Pensando na tua vida, na escola, trabalho, casa, família e amigos, esses problemas te prejudicaram: nada, pouco, mais ou menos ou muito?

- (0) Nada
- (1) Pouco
- (2) Mais ou menos
- (3) Muito

AGORA EU QUERO SABER SE ALGUMA VEZ NA VIDA TE SENTISTE:

470. Tão cheio(a) de energia, “para cima”, alegre demais que isso te causou problemas ou fez com que as pessoas próximas pensassem que não estavas no teu estado normal?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 472*
- (1) Sim

SE SIM: 470 a. **Te sentiste assim quase todo o tempo ou de vez em quando?**

- (0) De vez em quando
- (1) Quase todo o tempo

471. Atualmente te sentes alegre demais ou cheio (a) de energia?

- (0) Não
- (1) Sim

472. Alguma vez na vida, ficaste por vários dias, muito irritado (a) sem ter um motivo a ponto de muitas vezes xingar ou até brigar com quem não era da tua família?

- (0) Não → *VÁ PARA PERGUNTA DE ENCERRAMENTO DO MÓDULO*
- (1) Sim

SE SIM: 472 a. **Te sentiste assim quase todo o tempo ou de vez em quando?**

- (0) De vez em quando
- (1) Quase todo o tempo

473. Atualmente te sentes sempre irritado (a)?

- (0) Não
- (1) Sim

470 “SIM” E 470a “QUASE TODO O TEMPO”?

OU

472 ‘SIM’ E 472a “QUASE TODO O TEMPO”? (0) NÃO (1)SIM
→ 484 ↓ 474

QUANDO TE SENTISTE ALEGRE/IRRITADO(A) DEMAIS, TU...:

474. Tiveste a sensação de que eras alguém muito importante ou que podias fazer coisas que os outros não conseguiriam?

- (0) Não
- (1) Sim

475. Tiveste menos necessidade de dormir do que normalmente, porque te sentias descansado (a) com poucas horas de sono?

- (0) Não
- (1) Sim

476. Falaste sem parar ou tão rápido que as pessoas não conseguiam te entender?

- (0) Não
- (1) Sim

477. Os teus pensamentos corriam tão rápido na tua cabeça que não conseguias acompanhá-los?

- (0) Não
- (1) Sim

478. Ficaste tão distraído (a) que qualquer interrupção fazia tu te perder do que estavas fazendo ou pensando?

- (0) Não
- (1) Sim

479. Estavas tão agitado (a) que as outras pessoas se preocupavam contigo?

- (0) Não
- (1) Sim

480. Querias tanto fazer coisas que te pareciam boas e tentadoras que não pensaste nos riscos ou problemas que poderiam te causar?

- (0) Não
- (1) Sim

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM DE 474-480? (0) NÃO (1)SIM
→ 484 ↓ 481

481. Esses comportamentos e sentimentos que falaste já duraram uma semana ou mais?

- (0) Não
- (1) Sim

482. Alguma vez já foste hospitalizado (a) por estes problemas?

- (0) Não
- (1) Sim

483. Pensando na tua vida, na escola, trabalho, casa, família e amigos, esses problemas te prejudicaram: nada, pouco, mais ou menos ou muito?

- (0) Nada
- (1) Pouco
- (2) Mais ou menos
- (3) Muito

AGORA QUERO SABER SE TE SENTES MUITO ANSIOSO (A), NERVOSO (A) OU DESCONFORTÁVEL:

484. Em lugares de onde é difícil sair ou tens vergonha de escapar ou onde é difícil receber ajuda, como:

484 a. Estar no meio de uma multidão ou numa fila?

- (0) Não
- (1) Sim

484 b. Estar longe ou sozinho (a) em casa?

- (0) Não
- (1) Sim

484 c. Ficar dentro de um ônibus, carro ou avião?

- (0) Não
- (1) Sim

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTAS "SIM" EM 484 a-c? (0) NÃO (1) SIM
→ 487 ↓ 485

485. Tens muito medo dessas situações e as evita ou sentes forte mal-estar por ter que enfrentá-las ou, ainda, procuras estar acompanhado (a)?

- (0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 487*
- (1) Sim

486. Pensando na tua vida, na escola, trabalho, casa, família e amigos, essa ansiedade ou nervosismo te prejudicam: nada, pouco, mais ou menos ou muito?

- (0) Nada
- (1) Pouco
- (2) Mais ou menos
- (3) Muito

AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE MEDOS EM SITUAÇÕES SOCIAIS

487. No último mês, tu tiveste medo ou te sentiste incomodado (a) por estar no centro das atenções ou tiveste medo de passar vergonha em situações como:

487 a. Medo de falar em público?

- (0) Não
- (1) Sim

487 b. **Medo de comer com outras pessoas ou em lugares públicos?**

(0) Não

(1) Sim

487 c. **Medo de escrever quando outras pessoas estavam te olhando?**

(0) Não

(1) Sim

487 d. **Medo de conhecer pessoas novas?**

(0) Não

(1) Sim

*HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTAS “SIM” EM 487 a-d? (0) NÃO
→ 491*

*(1)SIM
□ 488*

488. **Achas que esse medo é exagerado ou sem motivo?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 491*

(1) Sim

489. **Tu tens tanto medo dessas situações que evitas estar nelas ou sentes um forte mal-estar quando tens que passar por elas?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 491*

(1) Sim

490. **Esse medo te causa muito sofrimento ou atrapalha bastante teu trabalho, escola ou relacionamentos?**

(0) Não

(1) Sim

AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE PREOCUPAÇÕES. DURANTE OS ÚLTIMOS 6 MESES, DESDE < MÊS>:

491. **Tu te sentiste preocupado (a), agitado (a), ansioso (a) demais com relação a vários problemas do dia-a-dia?**

(0) Não

(1) Sim

492. **Alguém te disse que te preocupavas demais com tudo?**

(0) Não

(1) Sim

*491 OU 492 SÃO SIM? (0) NÃO
→ 502*

*(1)SIM
□ 493*

493. **Tu tiveste esse tipo de preocupação quase todos os dias?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 502*

(1) Sim

494. **Tu tiveste dificuldades para controlar essas preocupações ou para te concentrar por causa delas?**

(0) Não → *VÁ PARA A PERGUNTA 502*

(1) Sim

DURANTE OS ÚLTIMOS 6 MESES, DESDE <MÊS>, QUANDO TE SENTIAS QUASE SEMPRE MUITO PREOCUPADO (A), INQUIETO (A), ANSIOSO (A):

495. **Tu te sentias agitado (a), tenso (a), com os nervos à flor da pele?**

(0) Não

(1) Sim

496. **Tu ficavas com os músculos tensos, contraídos?**

(0) Não

(1) Sim

497. **Tu te sentias cansado (a), fraco (a) ou facilmente esgotado (a)?**

(0) Não

(1) Sim

498. **Tu tinhas dificuldade de te concentrar ou tinhas esquecimentos, os “brancos”?**

(0) Não

(1) Sim

499. **Tu te sentias muito irritado (a)?**

(0) Não

(1) Sim

500. **Tu tinhas problemas de sono, como dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo ou dormir demais?**

(0) Não

(1) Sim

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM DE 495-500? (0) NÃO (1) SIM

→ 502

↓ 501

501. **Pensando na tua vida, na escola, trabalho, casa, família e amigos, esses problemas te prejudicaram: nada, pouco, mais ou menos ou muito?**

(0) Nada

(1) Pouco

(2) Mais ou menos

(3) Muito

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATENÇÃO E ATIVIDADE. EU QUERO SABER SOBRE COMPORTAMENTOS FREQUENTES, QUE OCORREM NA MAIOR PARTE DO TEMPO. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, DESDE <MÊS>:

502. Tens dificuldade para terminar atividades da escola, tarefas de casa ou do trabalho?

- (0) Não
- (1) Sim

503. Tens dificuldade para te organizar nas tarefas e atividades?

- (0) Não
- (1) Sim

504. Esqueces de fazer atividades, tarefas e obrigações do dia a dia?

- (0) Não
- (1) Sim

505. Evitas ou deixas para fazer depois tarefas em que é preciso pensar muito e fazer um esforço mental continuado?

- (0) Não
- (1) Sim

506. Ficas te mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisas ficar sentado (a) por muito tempo?

- (0) Não
- (1) Sim

507. Ficas “a mil por hora” ou ages como se fosses “movido (a) por um motor, a todo vapor”?

- (0) Não
- (1) Sim

HÁ 2 OU MAIS RESPOSTAS SIM DE 502-507? (0) NÃO (1) SIM

ENCERRE ↓ 508

O QUESTIONÁRIO

LEMBRA QUE ESTAMOS FALANDO DE COMPORTAMENTOS FREQUENTES E QUE SÃO O TEU JEITO DE SER NESSES 6 ÚLTIMOS MESES, DESDE <MÊS>:

508. Tu erras tarefas escolares ou do teu trabalho por não prestares atenção a detalhes ou por descuido?

- (0) Não
- (1) Sim

509. Tens dificuldade em manter a atenção em tarefas como aulas, leituras ou conversas demoradas?

(0) Não

(1) Sim

510. Tens dificuldade de te concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente contigo?

(0) Não

(1) Sim

511. Tu perdes objetos necessários para realizar tarefas, trabalhos ou atividades?

(0) Não

(1) Sim

512. Ficas facilmente distraído (a) com barulhos, com teus pensamentos ou outras coisas quando estás concentrado (a) ou tentando te concentrar em algo?

(0) Não

(1) Sim

513. Tu tens dificuldade para ficar sentado (a) em aula, no trabalho ou em reuniões?

(0) Não

(1) Sim

514. Tu te sentes muito inquieto (a) ou ficas te mexendo demais em situações onde deverias estar quieto (a)?

(0) Não

(1) Sim

515. Tu falas demais, “que nem uma matraca”?

(0) Não

(1) Sim

516. Quando conversas com as pessoas, tu respondes antes de terminarem as perguntas ou terminas as frases das pessoas antes delas?

(0) Não

(1) Sim

517. Tens dificuldade para esperar a tua vez ou de esperar em filas?

(0) Não

(1) Sim

518. Interrompes os outros ou te metes nas atividades dos outros?

(0) Não

(1) Sim

519. Tu és barulhento (a) ou falas alto demais?

- (0) Não
- (1) Sim

520. Ages ou tomas decisões sem pensar?

- (0) Não
- (1) Sim

521. Tu ficas sem paciência com as coisas?

- (0) Não
- (1) Sim

522. Tu te sentes mal ou ficas desconfortável quando tens que fazer alguma coisa demorada ou com muito cuidado?

- (0) Não
- (1) Sim

523. Sentes dificuldade para resistir ofertas ou oportunidades tentadoras, mas que são arriscadas demais?

- (0) Não
- (1) Sim

HÁ 2 OU MAIS RESPOSTAS SIM DE 508-523? (0) NÃO (1) SIM

ENCERRE

↓ 524

O QUESTIONÁRIO

524. Esses comportamentos acontecem em mais de um local: em casa, na escola ou trabalho, com amigos?

- (0) Não
- (1) Sim

525. Alguns desses comportamentos de agitação ou de falta de atenção começaram antes dos 12 anos de idade: nenhum, poucos, vários ou muitos?

- (0) Nenhum
- (1) Poucos
- (2) Vários
- (3) Muitos

526. O quanto eles atrapalham tua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com teus amigos ou família: nada, pouco, mais ou menos ou muito?

- (0) Nada
- (1) Pouco
- (2) Mais ou menos
- (3) Muito

b. Produção científica realizada no período do mestrado
relacionada ao tema da dissertação

UPDATE ARTICLE

Mood disorders in childhood and adolescence

Thiago Botter Maio Rocha,¹ Cristian Patrick Zeni,¹ Sheila Cavalcante Caetano,² Christian Kieling¹

¹Department of Psychiatry, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil. ²Child and Adolescent Psychiatry Unit, Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil.

The identification and treatment of mood disorders in children and adolescents has grown over the last decades. Major depression is one of the most common and debilitating disorders worldwide, imposing a massive burden to the youth population. Bipolar disorder is being increasingly recognized as having its roots early in life, and its presentation during childhood and adolescence has been submitted to extensive research. This review aims to highlight clinical aspects of the current knowledge on mood disorders in the pediatric population, presenting updated information on epidemiology, diagnostic procedures, and management strategies. Limitations of available evidence and future directions of research in the field are also discussed.

Keywords: Child; adolescent; bipolar; depression; mood

Introduction

Children and adolescents are frequently referred to psychiatric consultation due to mood complaints. Over the last decades, there has been an increase in the recognition of mood disorders among young individuals, a reflection of the adoption of a developmental perspective to psychopathology. Longitudinal studies clearly indicate mood disorders begin early in life, with the majority of first episodes occurring before adulthood.¹ Diagnostic criteria originally created for the adult population are also progressively being adapted to capture the specificities of depressive and manic episodes in childhood and adolescence.

This review will focus on the clinical aspects of the two major diagnostic categories of mood disorders: unipolar depression and bipolar disorder (BD). Together, they represent a large burden to young people worldwide, accounting for more than one-tenth of the global burden of disease among 10 to 24 year-olds.² Unipolar depression is the single most important source of disability (among all causes) for this age group, corresponding to 8.2% of the disability-adjusted life-years (DALYs); and BD is ranked fourth, with 3.8% of the DALYs. The impact of mood disorders on mortality is also marked. Suicide, one of the leading causes of death among young people, is associated with depression in at least half of the cases in adolescence.³ This effect is even more common in the pediatric bipolar population, with twice the number of suicide attempts in comparison with individuals with unipolar depression.⁴

Depression

Epidemiology

Data on the prevalence of depression in the first years of life are limited due to the scarcity of appropriate diagnostic criteria from a developmental point of view. Studies to date suggest a relatively low occurrence of depressive episodes in preschool children, affecting approximately 1 to 2.5% of this population, with no significant gender differences. Conversely, the estimates of unipolar depression prevalence up to the end of adolescence resemble those found in the adult population, with 4 to 9% of subjects presenting with a depressive episode in a 12-month period.^{5,6}

During adolescence, the cumulative risk for the occurrence of a depressive episode rises from 5 to 20%.^{3,7} Many factors may explain this increase in the incidence of depression after puberty. Adolescence is a crucial developmental period, with the confluence of biological, psychological, and social changes that can predispose to the occurrence of mental disorders.⁸ With the onset of puberty, there is a rapid physical maturation process and cognitive growth (with increased capacity for abstract thinking and generalizations) as well as social and interpersonal transitions, with changes in the relationship with school, family, and peers.⁹

One of the most consistent findings in the literature is the increase in the female/male ratio of individuals presenting with depression symptoms after puberty. This discrepancy has been shown not only in referred samples, but also in population-based studies, and thus is not likely to occur due to referral bias. Although the reasons for such difference are not completely understood, it is suggested that hormonal changes have a role in this phenomenon, acting more in order to increase the sensitivity to environmental stressors than actually causing depression *per se*.

Correspondence: Christian Kieling, Department of Psychiatry, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2350/400N, CEP 90350-009, Porto Alegre, RS, Brazil.
E-mail: ckieling@ufrgs.br

A major risk factor for the development of depressive disorders is the high familial loading of depression.¹⁰ Different types of investigation, such as adoption, twins or high-risk studies, corroborate the pivotal role of the familial component in the etiology of major depression, probably through gene-environment interactions.¹¹ As for the adult population, it is believed that the incidence and recurrence of depressive episodes can be mediated or moderated by stress factors such as losses, neglect or abuse, conflicts, and frustrations. However, the effects of such stressors seem to be mainly conditioned by the way the child interprets and deals with such adversities.

The median duration of a major depressive episode in children and adolescents referred to treatment is approximately 8 months. Although the majority of patients recover from a first episode, data from clinical and community studies suggest probabilities of recurrence from 20 to 60% in the first 2 years after remission, reaching 70% after 5 years.¹²

Diagnosis

Even though depressive symptoms can be understood as a continuum, a diagnostic decision is usually necessary to define the need for treatment. The American Association of Child and Adolescent Psychiatry recommends key screening questions for depression (sad or irritable mood and anhedonia) in every psychiatric evaluation.¹³

As with any assessment of children and adolescents, it is essential to establish a connection and a confidential relationship with the child or young person, and information gathering from the largest number of informants (child/adolescent, parents, school) is the best strategy to capture the underlying psychopathology. When there is need to prioritize one source of information, the literature seems to suggest that internalizing symptoms in general - and depressive symptoms particularly - tend to be more frequently reported by patients in comparison with caregivers or teachers.

Several lines of evidence point to the importance of including the family in the understanding, prevention, and treatment of depressive disorders. Unfortunately, the currently available diagnostic criteria neglect the importance of this issue.⁵ It is recommended that family assessment takes into account various sociocultural factors that may influence the presentation, description, and interpretation of symptoms, focusing not only on problems, but also including positive aspects, which could be essential in planning therapeutic approaches.¹³

Despite the advances achieved with the adoption of operational classification systems (DSM and ICD), the difficulties in diagnosing depression in children and adolescents are higher than those found in older individuals. This is because the current diagnostic criteria were developed for the adult population, neglecting many of the developmental differences between children/adolescents and adults.

With regard to age differences, the only adaptations of the DSM-IV-TR for the diagnosis of a major depressive episode in children are inclusions of irritable mood as one

possible cardinal symptom and of failure to make expected weight gain as a marker of appetite or weight change. Furthermore, the DSM-IV-TR also reduces from 2 to 1 year the minimum duration of symptoms required for characterizing a dysthymic disorder. ICD-10 has no adjustments related to developmental aspects. Figure 1 shows a suggestion of diagnostic algorithm for depressive episodes.

Even though the current criteria are reasonably applicable to older adolescents, symptoms such as excessive guilt, indecisiveness or suicidal ideation have little applicability among young children. Moreover, even in adolescents, depression is often less recognized than in adults, possibly due to factors such as fluctuation of symptoms, mood reactivity, and strong irritability.³

The presentation of depressive symptoms may vary according to age groups. Regarding mood changes, younger children show more temporal variability, making harder to characterize a mood episode. Adolescents often conceal their mood changes, frequently presenting as social isolation. Anhedonia may be manifested as difficulty in having fun in younger children, but in adolescents it may be manifested as boredom. The melancholic aspects of depression (reduction of energy, sleep changes, and appetite/weight disturbances) are more often seen in adolescents than in younger individuals. Conversely, somatic complaints are more common in children, but can also be found in adolescents.⁵

Children may have difficulty verbalizing their feelings or may even deny that they are depressed. Thus, special attention should be given to observable manifestations such as changes in sleep patterns, irritability, poor academic performance, and social withdrawal.¹³ For the longitudinal assessment of mood symptoms, it may be useful to adopt a mood diary or timelines, and use special dates like birthdays, holidays or school holidays as anchors. Mood is recorded ranging from very happy to very sad/angry; in addition, stressful events and possible treatments should also be registered. The use of timelines can be extremely valuable in identifying triggers, in assessing treatment response, and in the identification of possible manic or hypomanic episodes (especially in the differentiation of these in relation to return to euthymia).¹³

The diagnostic assessment of depressive disorders can make use of formal procedures such as structured/semi-structured interviews or rating scales. In addition to general interviews to assess mental disorders in childhood and adolescence (e.g., the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children [K-SADS] and the Development and Well-Being Assessment [DAWBA]), specific instruments have been developed for the assessment of depressive symptoms in children and adolescents. Among the specific scales more frequently used worldwide and available in Brazilian versions are the Children's Depression Rating Scale (CDRS), the Children's Depression Inventory (CDI), and the Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS).

Several other problems in childhood and adolescence may present as depressive symptoms and should always be considered in the differential diagnosis: bereavement

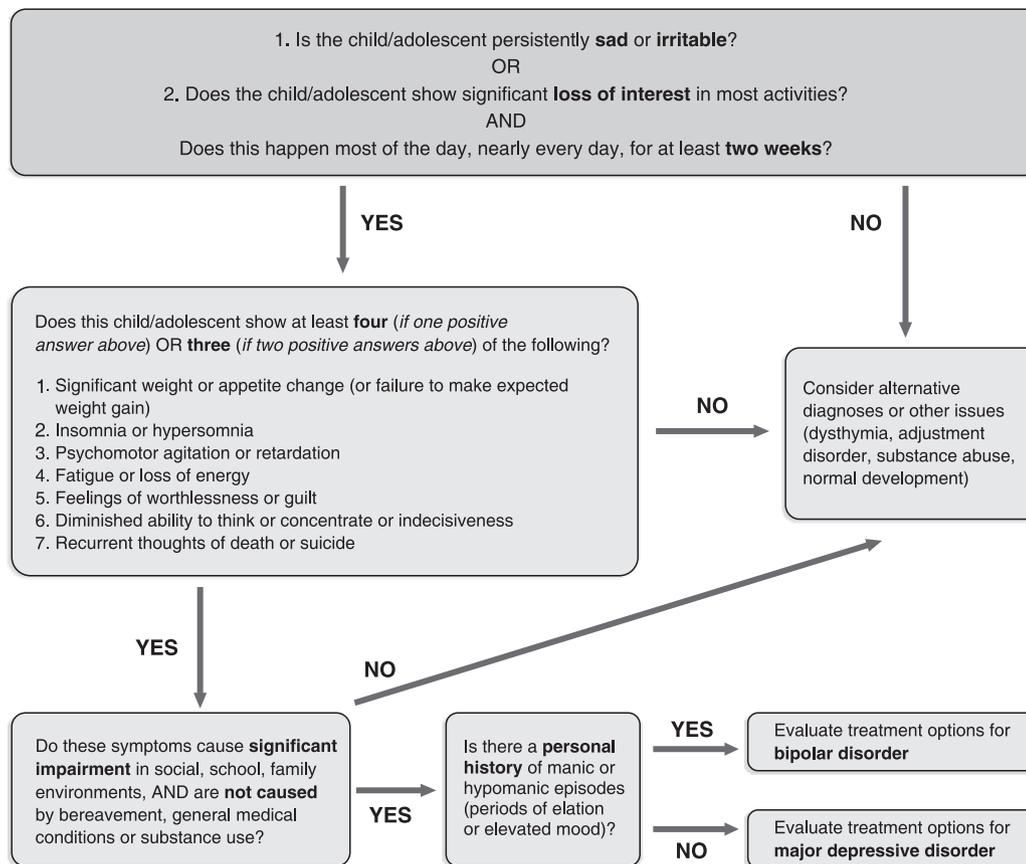


Figure 1 Diagnostic algorithm for depressive episodes in children and adolescents

or adjustment disorders, oppositional defiant disorder, substance use disorders, hypothyroidism, anemia, infections, cancer, and autoimmune diseases. Conversely, one should remember that depression may end up not being diagnosed in cases where the chief complaint or reason for the consultation is physical symptoms, anxiety, school refusal, decline in academic performance, substance use or externalizing problems.³

Depending on the clinical context, 40 to 90% of children and adolescents with depressive disorders have at least one psychiatric comorbidity, and 50% of young people have two or more concurrent diagnoses. Among the most prevalent comorbid diagnoses are anxiety disorders, followed by disruptive disorders, attention deficit disorder/hyperactivity (ADHD), and in adolescents, substance use disorders.¹³

One of the areas of greatest uncertainty in the evaluation of a first depressive episode in a child or adolescent is whether the episode is part of a unipolar or a BD. Some risk factors for BD may be useful in the diagnostic decision, although none of them has sufficient predictive power to differentiate both disorders: among them are a strong family history of BD or psychosis and a history of pharmacologically induced mania or hypomania.¹³ Schizophrenia is another rare diagnosis in adolescence, but also a differential diagnosis to be considered, given that depressive symptoms may precede or accompany psychotic features.³ Another problematic area is the

assessment of depressive symptoms in patients with intellectual disabilities or mental retardation. Because these individuals often present with symptoms on multiple domains, greater efforts are needed for the identification of mood symptoms in this high-risk population.¹⁴

Similarly to what happens to adults, risk assessment is essential in children and adolescents with depression. Among young individuals, it is also important to differentiate suicidal from other self-injury behavior, in which the goal is to alleviate negative feelings. This type of behavior usually involves repetitive cuts, seeking more relief from anger, sadness or loneliness than the end of life.

Regarding suicide assessment, recent findings show that a 4-question screening instrument, the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ), can identify the risk for suicide in patients presenting to pediatric emergency departments, with high sensitivity and negative predictive value. This new screening tool comprises questions assessing current thoughts of being better off dead, current wish to die, current suicidal ideation, and past suicide attempt, with a sensitivity of 96.9% (95% confidence interval [95%CI] 91.3-99.4) and a specificity of 87.6% (95%CI 84.0-90.5).¹⁵

Treatment

Every treatment plan for depression in children and adolescents should take into consideration developmental

aspects, including psychoeducation, family support, assessment of comorbid conditions, and risk behaviors. Moreover, given the nature of chronic and recurrent depressive disorders, clear objectives should be established together with patients and their families not only for the acute treatment of the current episode, but also for phases of consolidation and maintenance, monitoring and preventing new episodes.

Similarly to the management of depression in adults, mild episodes can be addressed satisfactorily with psychoeducation and support measures targeting environmental stressors. A recent meta-analysis suggests the benefit of physical activity on depressive symptomatology among children and adolescents, with a small but significant effect size for the intervention.¹⁶ However, for cases in which the symptoms are more intense, more specific strategies are often necessary.

In the pediatric population, evidence suggests the efficacy of pharmacological agents, cognitive behavioral therapy (CBT) or interpersonal therapy (IPT) - all these interventions, however, present only intermediate effect sizes in randomized controlled trials. Given that studies with children and adolescents usually focus on the treatment of depressive episodes, the management of dysthymic or unspecified depressive disorders is frequently extrapolated from the available literature on major depression.¹⁷

The psychotherapeutic techniques with the largest evidence base in terms of efficacy for the treatment of depressive episodes in children and adolescents are CBT and IPT. Psychodynamic approaches have also been widely employed, despite the absence of clinical trials evaluating this type of intervention.

Meta-analyses that investigated the efficacy of psychotherapy in the pediatric population (including 35 trials with children and adolescents¹⁸ and 11 trials only with adolescents¹⁹) suggested the efficacy of CBT, but with effect sizes around 0.3. The largest clinical trial for adolescents with depression performed to date (Treatment of Adolescent Depression Study, TADS) randomized 439 individuals to one of four options: CBT, fluoxetine, CBT + fluoxetine combination, or placebo.²⁰ In this study, however, no significant differences in the

response between CBT and placebo were detected (43 and 35%, respectively). Another large clinical trial (Treatment of Resistant Depression in Adolescents, TORDIA, n=334) evaluated strategies for resistant depression and suggested that adding CBT to antidepressants may be beneficial.²¹ A role played by CBT may be preventing new episodes, as demonstrated in a clinical trial that suggested an eight times reduction in the risk of relapse in the first 6 months.²²

A smaller body of evidence also points to the efficacy of IPT in the treatment of depressive episodes in adolescents. Clinical trials to date have compared IPT to conventional treatment, with no high quality controlled studies assessing IPT vs. antidepressants or placebo.¹⁷ There is a general idea that IPT is especially beneficial for adolescents with high levels of interpersonal conflict with parents, high levels of depressive symptoms, and comorbid anxiety.²³ Family-focused interventions also have the advantage of approaching critical issues of the child's context, emerging as a promising strategy in recent years, especially in young children.^{5,24}

On the path to define the best treatment option for depression, the Improving the Mood with Psychoanalytic and Cognitive Therapies (IMPACT) trial is an ongoing study that is planned to recruit 540 individuals to compare effectiveness and define superiority in reducing relapse among three approaches, combined with the use of fluoxetine as needed: CBT, short term psychoanalytic therapy, and specialist clinical care.²⁵

Children and adolescents appear to show a response pattern different from that observed in adults with respect to antidepressants - both in terms of efficacy and adverse effects (Table 1). Nonetheless, except for the use of lower initial doses to avoid side effects, the use of antidepressants in children and adolescents generally follows the same doses used in adults.

A meta-analysis that evaluated the use of various selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), venlafaxine, mirtazapine, and nefazodone in 13 randomized trials including 2,910 participants showed that antidepressants were effective in treating major depression among children and adolescents. There was a significant response of 61% in patients treated with active drug compared with 50%

Table 1 Most used antidepressants to treat unipolar depression in children and adolescents

Medication	Dose	Side effects
Fluoxetine*	20 to 60 mg/day	Fluctuations in appetite, weight changes, nausea, diarrhea, constipation, dry mouth, insomnia, but also sedation, agitation, tremors, headache, dizziness, sweating, sexual side effects, vivid dreams, akathisia, disinhibition, bruising and rare bleeding, rare hyponatremia, rare hypotension.
Escitalopram*	10 to 30 mg/day	
Citalopram	20 to 60 mg/day	
Fluvoxamine	50 to 300 mg/day	
Sertraline	50 to 200 mg/day	
Venlafaxine	37.5 to 225 mg/day	Headache, nervousness, insomnia, sedation, nausea, diarrhea, decreased appetite, asthenia, sweating, SIADH, hyponatremia, dose-dependent increase in blood pressure.
Duloxetine	20 to 40 mg/day	Nausea, diarrhea, decreased appetite, dry mouth, constipation, insomnia, sedation, dizziness, sweating, increase in blood pressure (up to 2 mmHg), urinary retention.
Bupropion	3 to 6 mg/kg/day	Dry mouth, constipation, nausea, weight loss, anorexia, myalgia, insomnia, dizziness, headache, agitation, anxiety, tremor, abdominal pain, tinnitus, sweating, rash, hypertension, rare seizures.

SIADH = syndrome of inappropriate antidiuretic hormone.

* FDA-approved for depression treatment in children and adolescents.

among those who received placebo (number needed to treat [NNT] = 10). Specific data for fluoxetine suggest a NNT = 5, which is possibly associated with a greater half-life of the drug (smaller effect in cases of poor adherence) and a better design of the studies evaluating this drug.²³ An analysis of the 10 studies cited in the meta-analysis for which results grouped according to age were available found that the response to antidepressant treatment was significant for adolescents (62 vs. 49%), but did not reach statistical significance among children (65 vs. 58%) - possibly due to the high placebo response in this age group. In this meta-analysis, the only antidepressant that demonstrated efficacy in both children and adolescents was fluoxetine.²⁶

Currently, the only drugs approved by the FDA for the treatment of depression in youth are fluoxetine (from age 8) and escitalopram (after 12 years). Other SSRIs used in clinical practice are sertraline and fluvoxamine, especially in cases of comorbidity with anxiety disorders, for which they are approved by the FDA. Paroxetine has limited use in the younger population, as it demonstrated little evidence of superiority compared to placebo.¹⁷

Other antidepressants studied in the pediatric population include venlafaxine, duloxetine, and bupropion - and the efficacy of the latter two was only suggested in open studies. In the TORDIA study, venlafaxine showed to be as effective as other SSRIs in the treatment of refractory depression, although resulting in more adverse effects, including suicidality among those with high levels of suicidal ideation at baseline. Tricyclic antidepressants have no evidence of effectiveness in treating depression in children and adolescents, as they were not more effective than placebo in meta-analyses (Box 1).

Despite the limited number of clinical trials assessing the efficacy of combined strategies, the use of more than one treatment intervention is also an option, especially in cases of moderate to severe depression. The two major clinical trials in the United States suggest that this strategy may actually be beneficial. In the TADS, a combination of CBT + fluoxetine showed a better response in comparison with other interventions, especially in terms of reducing suicidal ideation, functional recovery, and proportion of remissions at week 12. Similarly, in the TORDIA study, the addition of CBT to the new medication was associated with a better clinical response. In the British study Antidepressant and Psychotherapy Treatment (ADAPT),²⁸ the combination of CBT + pharmacotherapy was not superior to SSRI monotherapy at week 28, but the inclusion of patients with greater severity may have influenced the results (a more severe subgroup analysis of the TADS also showed the same result). In the long term, the follow-up of individuals randomized for monotherapy or combination therapy suggests that they converge both in the TADS (36 weeks) and in the TORDIA study (72 weeks). Factors such as uncontrolled naturalistic follow-up and spontaneous remission over time, however, make these results difficult to interpret.

Giving the variability and uncertainty about the best treatment available for depressive disorders, the

Box 1 Use of antidepressants and suicidality in young individuals

In 2004, the FDA made the decision to include a black box warning about the risk of suicidality associated with antidepressant use among individuals under 25 years of age. This initiative was taken after a meta-analysis involving more than 4,400 children and adolescents suggest an increased risk of adverse events of suicidal ideation or behavior during the first few months of treatment with antidepressants. The risk of these events was 4% with SSRIs compared with 2% in the placebo group. More recently, another meta-analysis including seven studies not evaluated in the initial review found an increased risk of suicidal behavior/thoughts with antidepressants (2.5% in contrast with 1.7% with placebo).²⁶

Based on the fact that for the treatment of depressive disorders the number needed to treat (NNT) in this age group is at least 10 and the number needed to harm (number needed to harm, NNH) is 112, it was concluded that the benefits associated with the use of antidepressants outweigh the potential risks. Moreover, the year after the inclusion of the warning from the FDA, the number of prescriptions of SSRIs in the United States fell and suicide rates increased for the first time after 10 years of decline or stability.²⁷

In summary, the use of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in children and adolescents should be cautious, observing the emergence of suicidal thoughts or behavior, and unexpected changes in behavior, such as insomnia, agitation, and social withdrawal. Knowledge about the characteristics of such events and an active attitude seeking to mitigate predisposing factors should be part of any therapeutic strategy. Suicide-related events usually happen more early in treatment (3-5 weeks) and among those who do not respond to drugs, having as high predictors suicidal ideation at baseline, greater severity of symptoms, family conflict, and alcohol and/or drugs use.

Cochrane Collaboration has recently released three meta-analyses investigating the effectiveness and safety of different depression treatment alternatives. Regarding the effectiveness of pharmacological, psychological, and combined treatment, there was limited evidence to conclude about the superiority of any treatment over another.²⁹ In respect to the effectiveness and safety of pharmacological treatment options for child and adolescent depression, the systematic review of the literature highlighted the high heterogeneity among available studies, but suggested that fluoxetine should be the treatment of choice if pharmacological treatment is considered.³⁰

The same authors also reviewed the available evidence on interventions for preventing relapse and recurrence of depression in children and adolescents,

concluding that there is little evidence to establish which type of treatment approach is most effective, suggesting that psychological therapies showed encouraging results, but need replication in larger studies. The pharmacologic intervention studies showed considerable diversity, but some studies showed benefit.³¹

Adopting a developmental perspective for understanding the origins and persistence of mental disorders has led to the search for preventive strategies to avoid the incidence of depressive episodes. Studies suggest that the treatment of mothers with depression is associated with a lower incidence of psychiatric diagnoses and better responses to treatment with CBT in children,³² which reinforces the need for a comprehensive family assessment and interventions directed at caregivers when needed.

Meta-analyses of preventive strategies suggest that programs focusing on at-risk individuals (based on factors such as family history or presence of subsyndromal symptoms) are more effective than universal strategies.³ Such interventions, generally employing psychoeducational and cognitive-behavioral techniques, have yet to be rigorously tested in future studies, which should also include cost-effectiveness analysis. A recent classroom-based CBT approach to prevent depressive symptoms in high-risk adolescents, however, failed to show benefit with the intervention.³³

Bipolar disorder

Epidemiology

The first clues to the investigation of BD in children and adolescents derived from studies of adults with BD. Around 0.3 to 0.5% of the adults recall their disorder onset in childhood (before age 10), and over 60% before age 18.^{34,35} An epidemiological study in prepubertal children conducted in the United States found a prevalence estimate of 0.1% of hypomania (BD type II), and no cases of mania (BD type I) in children aged 9 to 13 years.³⁶ A community-based investigation of mental disorders in Brazil assessed 1,251 subjects from 7 to 14 years in Taubaté and did not detect any cases of BD using the DAWBA.³⁷

A different situation is observed among adolescents. In a recent large community research, 10,123 adolescents were evaluated using a modified version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The authors found that 2.5% of youth met criteria for lifetime BD type I or II and 1.7%, for mania only.³⁸ No large epidemiological study assessed adolescents in Brazil to date. Clinical samples have revealed prevalence estimates ranging from 1.7 to 4.2%.³⁹ In Brazil, a study found 36 subjects with pediatric BD (PBD; < 15 years old) in a sample of 500 patients from a child and adolescent psychopharmacology outpatient program.⁴⁰ These data combined suggest the prevalence of BD type I and II in children and adolescents to be between 0.1 to 2.5%.^{34,38,41}

Hereditary factors play an important role in BD etiology, and BD heritability has been suggested to be 0.56. The risk of BD in offspring of parents with BD is highly variable

across studies, ranging from 2.8% (Netherlands) to 14-50% (United States). When family members of children and adolescents with BD are evaluated, the risk in first-degree relatives varies between 12 and 35%. In adults, the rates are around 5 to 10%, suggesting a larger genetic component in the early-onset form of BD.⁴²⁻⁴⁴

In naturalistic studies of BD among children and adolescents, the recovery rates are high (70 to 100%), but the recurrence rate in 2 to 5 years is up to 80%.⁴⁵⁻⁴⁷ Moreover, most of the time these patients experienced subsyndromal and syndromal mood symptomatology and frequent mood fluctuations, as reported in the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY, n=263) 2-year follow-up study.⁴⁸ This may explain the fact that 80% of children and adolescents suffering from BD do not reach functional remission.⁴⁹

The functional impairment of patients with PBD is remarkable. The disorder interferes with emotional, cognitive, and social development across the lifecycle. Indeed, these patients have a high risk for substance abuse, legal problems and suicide attempts.⁵⁰⁻⁵³

The main factors associated with poor BD prognosis are the following: earlier age of onset, duration of symptoms, rapid cycling, mixed episodes, psychotic symptoms, comorbidities such as ADHD and anxiety disorders, low socioeconomic status, negative life events, presence of psychiatric disorders in the family, absence of psychotherapy, low adherence to pharmacological treatment, use of antidepressants and alcohol.^{45-48,54-56}

Diagnosis

It is important to mention that there are no tests to diagnose BD. Currently, no neuroimaging technique or neuropsychological test is specific to BD, and they have only been used for research purposes. The diagnosis is based on a careful symptom review, and sometimes only longitudinal follow-up may reveal the symptoms. As with other diagnoses in child and adolescent psychiatry, several sources of information are preferred.

BD is present when significant, persistent, and impairing changes in mood are observed (mania or hypomania, and depression).⁵⁷ Different research groups have been trying to establish what symptoms are important and their duration, in an attempt to correctly classify mood changes in children and adolescents. Youth with BD present more instability than adults with BD, more mixed and psychotic symptoms, and worse outcomes. Major focuses of controversies in PBD are irritability, which may be present in other psychopathologic entities, and the duration of symptoms.⁵⁸ Table 2 presents the criteria proposed by different research groups. From a clinical perspective, nonetheless, it is recommended that DSM-IV-TR and ICD-10 operational criteria remain the gold standard until new data becomes available.

Diagnostic challenges are amplified by the high proportion of comorbidity with disruptive disorders, especially ADHD. The presence of comorbidities may confer worse functional outcome and response to treatment.⁶⁰

Table 2 Criteria adopted to diagnose BD in children and adolescents by main research groups

Research center	Criteria adopted
Washington University School of Medicine ⁵⁹	<ul style="list-style-type: none"> - DSM-IV-TR + requirement of at least one cardinal manic symptom (elation and/or grandiosity); irritability is not considered alone due to its low specificity. - Episode: whole duration of illness; cycles: mood changes lasting a minimum of 4 hours.
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School ⁴⁹	<ul style="list-style-type: none"> - DSM-IV-TR. - When severe irritability is present, there is no need for change in the usual mood pattern.
University of Pittsburgh Medical Center ⁴⁶	<ul style="list-style-type: none"> - BD-NOS definition: DSM-IV-TR modified in relation to the number of symptoms; if elation is present it is required more two symptoms of the DSM-IV-TR item B; and if irritability is present, three symptoms. - Duration of symptoms: at least 4 hours/day for 4 days (not necessarily consecutive days).
National Institute of Mental Health (NIMH) ⁵⁸	<ul style="list-style-type: none"> - Four different groups to cover the different presentations: <ul style="list-style-type: none"> - restricted phenotype (DSM-IV-TR), including cardinal symptoms and duration; - two intermediate phenotypes: one with hypomania or mania but without fulfilling the duration criteria (1 to 3 days), and the other without hypomania or mania, but irritability instead; - broad phenotype named severe mood dysregulation, chronic irritability, marked reactivity to negative stimuli; and hyperarousal, at least three times a week, for more than 1 year.

BD-NOS = bipolar disorder not otherwise specified.

Semi-structured interviews, checklists, and symptom scales may help in the differential diagnosis. The most commonly used instruments are the K-SADS,⁶¹ the Child Behavior Checklist (CBCL),⁶² and the Young Mania Rating Scale (YMRS).⁶³ All of them have been validated in Brazil, and, as mentioned before, do not provide a definitive diagnosis, but may suggest comorbidities, and allow symptom follow-up.⁶⁴⁻⁶⁶

Treatment

Pharmacological treatment in children and adolescents with BD is mandatory not only in the acute phase that may involve crisis stabilization for psychosis, suicidal behavior or agitation, but also to prevent relapses and recurrences. The mainstay for the management of BD is the use of medication along with enhancement of social skills and family support. The major goal is to achieve mood stabilization so that the patients can achieve their

optimal emotional, cognitive, and social development.⁶⁷ For a review, see Peruzzolo et al.⁶⁸

Even though short-term clinical trials have been increasing in number, current algorithms lack evidence-based data for many facets of PBD, such as bipolar depression, or absence of response to other agents. Moreover, the full impact of long-term use of the medications used to treat these children and adolescents has not been determined. Table 3 displays the most used mood stabilizers and atypical antipsychotics to treat BD in children and adolescents in clinical practice and their most common side effects.

One of the most important clinical trials in PBD is the Treatment of Early Age Mania (TEAM) study that evaluated 279 children and adolescents with DSM-IV BD type I. Patients were randomly assigned to receive lithium, divalproex sodium or risperidone for 8 weeks. Risperidone presented higher response rates in comparison with lithium (68.5 vs. 35.6%) and divalproex sodium

Table 3 Most used mood stabilizers and atypical antipsychotics to treat BD in children and adolescents

Medication	Dose	Side effects
Mood stabilizers		
Lithium	10 to 30 mg/kg/day	Polyuria, polydipsia, diarrhea, nausea, weight gain, acne, hair loss, tremor, ataxia, thyroid and renal abnormalities (diabetes insipidus), cognitive deficits.
Divalproex sodium	15 to 60 mg/kg/day	Sedation, nausea, vomiting, weight gain, tremor, hair loss, thrombocytopenia, liver toxicity, pancreatitis, polycystic ovary syndrome, increase testosterone.
Carbamazepine	10 to 20 mg/kg/day	Sedation, nausea, vomiting, ataxia, dizziness, liver toxicity, Stevens-Johnson syndrome, spinal cord suppression, hyponatremia.
Oxcarbazepine	8 to 10 mg/kg/day	Drowsiness, nausea, vomiting, headache, dizziness, sedation, bone marrow suppression.
Lamotrigine	25 to 300 mg/day	Dizziness, tremor, drowsiness, nausea, headache, skin rash, Stevens-Johnson syndrome.
Topiramate	25 to 300 mg/day	Dizziness, sedation, psychomotor retardation, cognitive change.
Atypical antipsychotics		
Risperidone	0.5 to 6 mg/day	Weight gain, sedation, increased salivation, gynecomastia, abdominal pain, nausea, hyperprolactinemia, dyslipidemia and diabetes mellitus.
Olanzapine	5 to 20 mg/day	Weight gain, dizziness, sedation, constipation, dry mouth, tachycardia, dyslipidemia and diabetes mellitus.
Quetiapine	25 to 600 mg/day	Drowsiness, sedation, dizziness, weight gain, dry mouth, constipation, tachycardia, dyslipidemia and diabetes mellitus.
Aripiprazole	2.5 to 45 mg/day	Drowsiness, nausea, vomiting, constipation, headache, dizziness.
Ziprasidone	40 to 160 mg/day	Activation symptoms, dizziness, sedation, nausea, dry mouth.

(68.5 vs. 24.0%), but had potentially serious metabolic effects (increased weight gain, body mass index, and prolactin level). There were no significant differences between lithium and divalproex sodium.⁶⁹

In 2011, a systematic review of randomized controlled trials published from 1989 to 2010 on the pharmacotherapy of pediatric mania was published.⁷⁰ The authors found 29 open-label and 17 randomized clinical trials of antimanic agents conducted with 2,666 children and adolescents with BD. The main conclusions were that the best results were found in the double-blind studies of aripiprazole, olanzapine, quetiapine, and risperidone. Other mood stabilizers (lithium carbonate, divalproex sodium, and carbamazepine) had modest effects when used as monotherapy in the treatment of PBD. Negative findings were reported in controlled clinical trials of topiramate and oxcarbazepine. In an open-label study, adjunctive lamotrigine had antidepressant and antimanic effects in PBD. Additional clinical trials are required to assess the treatment efficacy for depressive episodes and for the comorbidity with ADHD, as well as to evaluate the safety and efficacy of psychotropic drugs in children younger than 10 years.

Currently, the only drugs approved by the FDA to treat BD in childhood and adolescence for manic episodes are risperidone and aripiprazole for children aged 10 years or older, and lithium for children over 12 years. For acute mania in BD type I, quetiapine for children older than 10 years and olanzapine for adolescents from 13 years have been also approved. No medication has been approved to treat all phases of PBD.⁷¹

The medication should be chosen according to scientific evidence, mood state, presence of psychotic or suicidal symptoms, aggressiveness, potential side effects, previous history of patient or parent drug response and the patients and their families' preference.⁶⁷ For instance, in a depressive episode, lithium could be chosen based on studies in adults, and lamotrigine as an alternative. The adjunctive treatment with SSRIs or bupropion may be required, but should be indicated with caution due to the risk of inducing manic switch. Maintenance time recommended for antidepressants is 8 weeks after depressive symptoms remission.⁷² Although evidence-based data on the maintenance treatment for PBD is scarce, it has been recommended to maintain medication for 12 to 24 consecutive months after remission. The medication should be discontinued slowly, at a time of stability in the patient's life and carefully monitor for possible signs of instability or relapse.⁷²

The main objectives of psychotherapy in the treatment of children and adolescents with BD are understanding the disease; increasing family engagement; teaching strategies for solving problems and dealing with symptoms; reducing prejudice led by the disease; and preventing further recurrences.⁷³

The psychosocial interventions that have evidence-based efficacy are psychoeducation for parents and children,⁷⁴ family-focused therapy,^{75,76} and CBT.⁷⁷ Psychoeducation aims to teach patients and families

about the disorder and its treatment, especially the recognition of early signs of relapse. All the other modalities have a psychoeducational component. Family-focused therapy has the goals of improving family coping strategies, problem-solving skills and communication among family members. CBT focuses on problem-solving and teaching strategies to deal with harmful or negative thought patterns and behaviors. Recently, a brief motivational intervention for preventing weight gain among youth with BD initiating mood-stabilizing pharmacological treatment has been proposed.⁷⁸

Final considerations

Despite the high burden and global impact of mood disorders, until recently those conditions were neither identified nor treated in child and adolescent population. In the last two decades, an impressive growth in research on the field has been accomplished. The early accurate identification and treatment of mood disorders can have direct and indirect impact on subsequent ages, reducing disability, costs and even mortality across the lifecycle. Preventive strategies for high-risk individuals, as well as cost-effectiveness analyses for better definition of public policies should be considered priorities in future research.

Disclosure

This research was supported in part by Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brazil (CNPq), and L'Oreal, ABC, and Unesco - Para Mulheres na Ciência, L'Oreal, ABC and Unesco. Thiago Botter Maio Rocha reports no potential conflicts of interest. Cristian Patrick Zeni receives a PDJ grant from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and has received travel assistance (air tickets and hotel) to take part in two Child Psychiatric Meetings from ISBD and Novartis in 2011. Sheila Cavalcante Caetano had received scholarships from Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) and CNPq. Christian Kieling receives research grants from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). He has also received royalties from Artmed and Manole, and research support from Deva and Novartis.

References

- 1 Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:709-17.
- 2 Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377:2093-102.
- 3 Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379:1056-67.
- 4 Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenol-

- ogy, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:454-63.
- 5 Goldman S. Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21:217-35.
 - 6 Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:972-86.
 - 7 Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 1998;107:128-40.
 - 8 Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci*. 2008;9:947-57.
 - 9 Weir JM, Zakama A, Rao U. Developmental risk I: depression and the developing brain. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21:237-59.
 - 10 Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:29-36.
 - 11 Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301:386-9.
 - 12 Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky PM, Weissman MM, et al. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2002;52:529-42.
 - 13 Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1503-26.
 - 14 D'Angelo EJ, Augenstein TM. Developmentally informed evaluation of depression: evidence-based instruments. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21:279-98.
 - 15 Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166:1170-6.
 - 16 Brown HE, Pearson N, Braithwaite RE, Brown WJ, Biddle SJ. Physical activity interventions and depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*. 2013;43:195-206.
 - 17 Maalouf FT, Brent DA. Child and adolescent depression intervention overview: what works, for whom and how well? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21:299-312.
 - 18 Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2006;132:132-49.
 - 19 Klein JB, Jacobs RH, Reinecke MA. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1403-13.
 - 20 March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292:807-20.
 - 21 Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299:901-13.
 - 22 Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, Nightingale-Teresi J, Nakonezny PA, Hughes JL, et al. Cognitive-behavioral therapy to prevent relapse in pediatric responders to pharmacotherapy for major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:1395-404.
 - 23 Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:577-84.
 - 24 Tompson MC, Boger KD, Asarnow JR. Enhancing the developmental appropriateness of treatment for depression in youth: integrating the family in treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21:345-84.
 - 25 Goodyer IM, Tsancheva S, Byford S, Dubicka B, Hill J, Kelvin R, et al. Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (IMPACT): a pragmatic effectiveness superiority trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2011;12:175.
 - 26 Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007;297:1683-96.
 - 27 Pfeffer CR. The FDA pediatric advisories and changes in diagnosis and treatment of pediatric depression. *Am J Psychiatry*. 2007;164:843-6.
 - 28 Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335:142.
 - 29 Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD008324.
 - 30 Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD004851.
 - 31 Cox GR, Fisher CA, De Silva S, Phelan M, Akinwale OP, Simmons MB, et al. Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD007504.
 - 32 Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA*. 2006;295:1389-98.
 - 33 Stallard P, Sayal K, Phillips R, Taylor JA, Spears M, Anderson R, et al. Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2012;345:e6058.
 - 34 Perlis RH, Smoller JW, Fava M, Rosenbaum JF, Nierenberg AA, Sachs GS. The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2004;79:291-5.
 - 35 Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994;31:281-94.
 - 36 Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Erkanli A, Stangl DK, Tweed DL. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:1137-43.
 - 37 Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:727-34.
 - 38 Merikangas KR, Cui L, Kattan G, Carlson GA, Youngstrom EA, Angst J. Mania with and without depression in a community sample of US adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:943-51.
 - 39 Soutullo CA, Chang KD, Díez-Suárez A, Figueroa-Quintana A, Escamilla-Canales I, Rapado-Castro M, et al. Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord*. 2005;7:497-506.
 - 40 Tramontina S, Schmitz M, Polanczyk G, Rohde LA. Juvenile bipolar disorder in Brazil: clinical and treatment findings. *Biol Psychiatry*. 2003;53:1043-9.
 - 41 Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1168-76.
 - 42 Chang K, Steiner H, Ketter T. Studies of offspring of parents with bipolar disorder. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2003;123C:26-35.
 - 43 Birmaher B, Axelson D, Monk K, Kalas C, Goldstein B, Hickey MB, et al. Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring study. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:287-96.

- 44 Petresco S, Gutt EK, Krelling R, Lotufo Neto F, Rohde LA, Moreno RA. The prevalence of psychopathology in offspring of bipolar women from a Brazilian tertiary center. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:240-6.
- 45 Geller B, Tillman R, Bolhofner K, Zimmerman B. Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:1125-33.
- 46 Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:175-83.
- 47 DelBello MP, Hansman D, Adler CM, Fleck DE, Strakowski SM. Twelve-month outcome of adolescents with bipolar disorder following first hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry.* 2007;164:582-90.
- 48 Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J, et al. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *Am J Psychiatry.* 2009;166:795-804.
- 49 Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T, Wilens TE, Wozniak J. Current concepts in the validity, diagnosis and treatment of paediatric bipolar disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2003;6:293-300.
- 50 Sala R, Axelson D, Birmaher B. Phenomenology, longitudinal course, and outcome of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18:273-89.
- 51 Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44:846-71.
- 52 Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:1139-48.
- 53 Birmaher B, Axelson D, Pavuluri M. Bipolar disorder. In: Martin A, Volkmar FR, editors. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 513-28.
- 54 Birmaher B. Longitudinal course of pediatric bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164:537-9.
- 55 Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disord.* 2000;281-93.
- 56 Goldstein BI, Strober MA, Birmaher B, Axelson DA, Esposito-Smythers C, Goldstein TR, et al. Substance use disorders among adolescents with bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord.* 2008;10:469-78.
- 57 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV-TR*. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 1994.
- 58 Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry.* 2003;160:430-7.
- 59 Geller B, Bolhofner K, Craney JL, Williams M, DelBello MP, Gundersen K. Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:1543-8.
- 60 Zeni CP, Tramontina S, Ketzner CR, Pheula GF, Rohde LA. Methylphenidate combined with aripiprazole in children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized crossover trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2009;19:553-61.
- 61 Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:980-8.
- 62 Achenbach TM, Dumenci L. Advances in empirically based assessment: revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, and Fischer (2001). *J Consult Clin Psychol.* 2001;69:699-702.
- 63 Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;133:429-35.
- 64 Brasil HH, Bordin IA. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry.* 2003;10:83.
- 65 Vilela JA, Crippa JA, Del-Ben CM, Loureiro SR. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38:1429-39.
- 66 Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. [Validation of the Brazilian version of the Child Behavior Checklist (CBCL)]. *Rev ABPAPAL.* 1995;17:55-66.
- 67 McClellan J, Kowatch R, Findling RL, Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:107-25.
- 68 Peruzzolo TL, Tramontina S, Rohde LA, Zeni CP. Pharmacotherapy for bipolar disorder in children and adolescents: an update. *Rev Bras Psiquiatr.* In press.
- 69 Vitiello B, Riddle MA, Yenokyan G, Axelson DA, Wagner KD, Joshi P, et al. Treatment moderators and predictors of outcome in the Treatment of Early Age Mania (TEAM) study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51:867-78.
- 70 Liu HY, Potter MP, Woodworth KY, Yorks DM, Petty CR, Wozniak JR, et al. Pharmacologic treatments for pediatric bipolar disorder: a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50:749-62.
- 71 Nandagopal JJ, DelBello MP, Kowatch R. Pharmacologic treatment of pediatric bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18:455-69.
- 72 Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL, Hellander M, et al. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44:213-35.
- 73 Miklowitz DJ. Family treatment for bipolar disorder and substance abuse in late adolescence. *J Clin Psychol.* 2012;68:502-13.
- 74 Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry.* 2000;48:582-92.
- 75 Pavuluri MN, Graczyk PA, Henry DB, Carbray JA, Heidenreich J, Miklowitz DJ. Child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43:528-37.
- 76 Miklowitz DJ, George EL, Axelson DA, Kim EY, Birmaher B, Schneek C, et al. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2004;82:S113-28.
- 77 Feeny NC, Danielson CK, Schwartz L, Youngstrom EA, Findling RL. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders in adolescents: a pilot study. *Bipolar Disord.* 2006;8:508-15.
- 78 Goldstein TR, Goldstein BI, Mantz MB, Bailey B, Douaihy A. A brief motivational intervention for preventing medication-associated weight gain among youth with bipolar disorder: treatment development and case report. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2012;21:275-80.