

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

ANA PAULA ARAÚJO FARIA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A ADVERSIDADES NA
INFÂNCIA E TABAGISMO NA VIDA ADULTA**

VITÓRIA

2015

ANA PAULA ARAÚJO FARIA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A ADVERSIDADES NA
INFÂNCIA E TABAGISMO NA VIDA ADULTA**

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

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

VITÓRIA

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

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

F224a Faria, Ana Paula Araújo, 1977 -
Associação entre exposição a adversidades na
infância e tabagismo na vida adulta/ Ana Paula Araújo
Faria – 2015.
152 f. : il.

Orientador: Maria Carmen Viana.

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

1. Maus-Tratos Infantis. 2. Transtorno por Uso de
Tabaco. 3. Hábito de Fumar. 4. Transtorno por Uso de
Tabaco. I. Viana, Maria Carmen. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. III. Título.

CDU: 614

ANA PAULA ARAÚJO FARIA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A ADVERSIDADES NA
INFÂNCIA E TABAGISMO NA VIDA ADULTA**

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

Aprovado em 20 de março de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA

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

Prof.^o Dr.^o Evandro Coutinho
Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Membro Permanente Externo

Prof.^a Dr.^a Maria Del Carmen Molina
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Permanente Interno

Prof.^o Dr.^o Crispim Cerutti Junior
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Suplente Interno

Prof.^a Dr.^a Nágela Valadão
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Suplente Interno

AGRADECIMENTOS

A meu Deus pela vida, pelo amor que trago no meu coração, por ser meu refúgio e fortaleza, minha eterna fonte de esperança.

À minha família pela paciência, apoio e dedicação.

À minha orientadora Maria Carmen Viana, com sua perspicácia e inteligência, mostrando-me caminhos e possibilidades para tornar possível esse sonho.

A todos os companheiros dessa jornada, Flavia Garcia, Mariane França, Cristina Alochio, que tanto me ensinaram com suas próprias experiências e me apoiaram em diversos momentos, com palavras e presenças.

Aos amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram, acreditaram em mim e me incentivaram em diversos momentos.

À UERJ, por ter me incentivado e apoiado em todos os sentidos para realização do mestrado.

Aos membros da banca professor Evandro Coutinho com sua simplicidade e sabedoria incríveis, corrigindo com perfeição o trabalho e a professora Del Carmen da mesma forma, desde o início me apoiando e direcionando, com grande estilo e sabedoria.

A todos que acreditam e incentivam a ciência.

Sigo em frente lutando por um mundo melhor, mais justo e menos sofrido.

Ana Paula Araújo Faria.

“Há homens que lutam um dia e são bons, há outros que lutam um ano e são melhores, há os que lutam muitos anos e são muito bons, mas há os que lutam toda a vida e estes são imprescindíveis. “

Bertold Brecht

RESUMO

A associação entre experiências adversas na infância e o tabagismo tem sido documentados na literatura científica. Entretanto, há poucos estudos avaliando de forma sistemática papel da exposição a essas experiências na infância na ocorrência desse desfecho na vida adulta. O objetivo deste trabalho é avaliar a influência da exposição a uma ampla variedade de experiências adversas ocorridas na infância na ocorrência do tabagismo e do tabagismo precoce através de dois estudos: uma revisão sistemática e análise de dados do estudo epidemiológico dos transtornos mentais São Paulo Megacity.

A revisão sistemática consistiu na busca de artigos através dos seguintes termos de busca: *adverse childhood experience, childhood maltreatment, childhood abuse, child abuse and nicotine dependence, smoke, tobacco addiction, tobacco smoking* que levaram a identificação de 2632 artigos selecionados dos quais 30 atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Os resultados obtidos foram: dos 30 artigos avaliados na revisão sistemática apenas três não verificaram associação entre as variáveis.

O segundo estudo foi realizado com uma amostra probabilística da população geral (18 anos ou mais) da região metropolitana de São Paulo em que foram realizadas análises de associação (razões de chances - OR). As análises foram feitas através do programa estatístico *Data Analysis and Statistical Software* versão 12.0 (STATA 12.0), como resultado foi demonstrado que houve associação estatisticamente significativa entre exposição a adversidades na infância e tabagismo para a maioria das adversidades, exceto abuso sexual, perda parental e adversidade econômica. Todas as adversidades, exceto o abuso sexual e adversidade econômica, foram associadas a uma maior probabilidade de se tornar dependentes da nicotina mais cedo, mesmo após o ajuste para sexo, coorte de nascimento e maior nível educacional dos pais.

Palavras-chave: experiência adversa na infância, maus-tratos na infância, abuso na infância, abuso infantil e dependência de nicotina, tabagismo e dependência de tabaco.

ABSTRACT

The association between adverse childhood experiences and smoking has been documented in scientific literature. However, few studies evaluating systematically role of exposure to these childhood experiences in the occurrence of this outcome in adult life. The aim of this study is evaluate the influence of exposure to a wide variety of adverse experiences occurring in childhood in the occurrence of smoking and early smoking through two studies: a systematic review and analysis of epidemiological study of mental disorders São Paulo Megacity.

The systematic review was a search for articles using the following search terms: adverse childhood experience, childhood maltreatment, childhood abuse, child abuse and nicotine dependence, smoke, tobacco addiction, tobacco smoking that lead to identification of selected articles in 2632 of which 30 met the criteria for inclusion in the study. The results were: the 30 articles evaluated in the systematic review only three did not find association between the variables.

The second study was conducted with a random sample of the general population (18 years or older) in the metropolitan São Paulo in which they were performed association analyzes (odds ratio - OR). The analyzes were performed using the statistical program Data Analysis and Statistical Software Release 12.0 (STATA 12.0) as a result it was demonstrated that there was a statistically significant association between exposure to adversities in childhood and smoking for most adversity, except sexual abuse, parental loss and economic adversity. All adversities, except sexual abuse and economic adversity, were associated with a higher chance of becoming nicotine dependent earlier, even after adjusting for gender, birth-cohort and highest parents' education.

Keywords: adverse childhood experience, childhood maltreatment, childhood abuse, child abuse and nicotine dependence, tobacco addiction e tobacco smoking.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1	Características dos artigos incluídos (N=30).....	49
----------	---	----

ARTIGO 2

Table 1	Frequency of exposure to childhood adversities among respondents with lifetime DSM-IV nicotine dependence, and crude and adjusted odds ratios (OR) for the associations between each adversity and lifetime nicotine dependence.....	82
---------	--	----

Table 2	Crude (OR) and adjusted odds ratios (Adj OR) for the association between childhood adversities and nicotine dependence, by the current state of tobacco smoking.....	83
---------	--	----

Table 3	Crude and adjusted hazard ratios (HR) and respective 95% confidence intervals (95%CI) for nicotine dependence following childhood adversity in the general population living in Metropolitan São Paulo (N=2,092).....	84
---------	---	----

LISTA DE SIGLAS

ACE(s) - Adversidade(s) na Infância

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BRFSS - Sistema de Vigilância De Comportamento de Fator de Risco

CDC - Centro de Controle de Doenças e Prevenção

IC- Intervalo de Confiança

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIDI - Entrevista Internacional de Composição Diagnóstica

CTE - Evento Traumático na infância

CSA - Abuso Sexual na Infância

DP - Desvio Padrão

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DSM-IV - Quarta edição Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

EA - Europeu-americanos

ECA - Experiências de Adversidades na Infância

EUA - Estados Unidos da América

FTND - Teste de Fargestrom

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial de Saúde

OR - Razão de Chance

OR^a - Odds Ratio Ajustado

ND - Dependência de Nicotina

SMI - Doença Mental Severa

SUDs - Desordens do Uso de Substâncias

SP - São Paulo

SPMHS - Pesquisa de saúde mental do São Paulo Megacity

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

WMH - Saúde Mental Mundial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. TABAGISMO	14
1.2. EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO.....	15
1.3. INICIAÇÃO DO TABAGISMO.....	16
1.4. EXPOSIÇÃO A EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA.....	18
1.5. ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E EXPOSIÇÃO A ADVERSIDADES NA INFÂNCIA.....	19
2. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA.....	22
2.1. OBJETIVO GERAL.....	22
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
3.1. ARTIGO 1	24
3.2. ARTIGO 2.....	26
3.2.1 Tipo de estudo	26
3.2.2. População e amostragem	26
3.2.3. Coleta de dados	28
3.2.4. Medidas e desfechos	29
3.2.4.1. Dependência de Nicotina.....	29
3.2.4.2. Adversidades na Infância	30
3.2.4.2.1. Violência pessoal	31
3.2.4.2.2. Perdas parentais	32
3.2.4.2.3. Ambiente Familiar Disfuncional.....	33
3.2.4.2.4. Outras adversidades	35
3.2.5. Análise estatística	37
3.2.6. Considerações éticas	38
4. RESULTADOS	40
4.1. ARTIGO 1 - REVISÃO SISTEMÁTICA	40
4.2. ARTIGO 2.....	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
5.1. CONCLUSÕES.....	86
5.2. DIRECIONAMENTOS PARA NOVAS PESQUISAS.....	86

6. REFERÊNCIAS.....	87
ANEXO 1.....	98
ANEXO 2.....	113
ANEXO 3.....	150
ANEXO 4.....	152

1. INTRODUÇÃO

A dependência de nicotina decorrente do uso do tabaco (tabagismo) é considerada um transtorno mental decorrente da utilização de substâncias psicoativas de acordo com a décima classificação internacional de doenças (CID-10). O tabagismo é uma pandemia, o que o torna alvo de diversos estudos da saúde coletiva, já que é fator de risco para a ocorrência de diversas doenças, inclusive, para o aumento da mortalidade (WHO, 2002). Embora, no Brasil, sua prevalência entre adultos tenha diminuído nos últimos anos, entre os adolescentes isso não tem ocorrido (INCA, 2011); logo, se faz necessário compreender as causas que levam o indivíduo a fumar.

A motivação para a realização deste estudo surgiu a partir da observação de indivíduos em grupos de ajuda para parar de fumar, em que surgiram questionamentos quanto à da iniciação do uso de tabaco como, por exemplo, o que levaria esses indivíduos a fumar e o que fazer para prevenir este acontecimento. Diante disso, foi iniciada uma investigação de artigos que pudessem responder a essas indagações, sendo visto que, o fato de o indivíduo ter sido exposto a adversidades na infância (definidas basicamente como abuso, negligência, família disfuncional) é um importante fator de risco para sua iniciação do uso do tabaco.

Esta dissertação é composta de dois artigos que serão apresentados na seção de resultados e suas metodologias específicas apresentadas na seção materiais e métodos. O primeiro estudo é uma revisão sistemática, em que foi realizada uma seleção de artigos através das palavras-chaves: adverse childhood experience, childhood maltreatment, childhood abuse, child abuse and nicotine dependence, smoke, tobacco addiction e tobacco smoking; critérios de inclusão e exclusão, sendo incluídos no estudo trinta artigos que atenderam aos critérios de inclusão. O segundo estudo, é decorrente do estudo epidemiológico dos transtornos mentais “São Paulo Megacity”, que foi realizado com uma amostra probabilística da população geral (18 anos ou mais), da Região Metropolitana de São Paulo. Ambos objetivaram investigar a associação entre exposição a adversidades na infância e tabagismo futuro, cada qual da sua forma.

1.1. TABAGISMO

O tabaco é uma planta, cujo nome científico é *Nicotina Tabacum*, da qual é extraída uma substância chamada nicotina. Essa planta foi descoberta há aproximadamente 18.000 anos, época em que populações asiáticas migraram para a América (probabilidade histórica). Era usada como planta medicinal, analgésica e anti-séptica e, dentre suas diversas utilizações, a mais duradoura foi usá-la como fumo. O tabaco era enrolado em charutos ou um tipo de tubo que servia tanto para funções sociais como para rituais. Os primeiros europeus a fumar tabaco eram membros da tripulação de Colombo quando chegaram a Cuba em 1492. Os colonizadores decidiram levar sementes da planta para a Europa. Em Portugal e na Espanha o tabaco era cultivado nos jardins dos palácios reais e a nobreza usava-o para combater o câncer. Rapidamente o tabaco tornou-se muito valioso na Europa e piratas ingleses saqueavam-no de navios espanhóis que regressavam da América, até que o governo britânico decidiu cultivar a planta em várias de suas colônias (MUSK; DE KLERK, 2003).

Cigarros manufacturados foram comercializados pela primeira vez na Inglaterra, em 1850. Seu consumo popularizou-se durante a Primeira Guerra mundial e seu auge ocorreu nas décadas de 1950 e 60, declinando em alguns países a partir de 1970(MUSK; DE KLERK, 2003).

A partir de 1920 foi observado o aumento da incidência do câncer de pulmão nos indivíduos fumantes, por médicos e patologistas. Em julho de 1957, o serviço de saúde pública dos EUA emitiu sua primeira declaração que o tabagismo causa câncer de pulmão. Em 1971, foi publicado nos Estados Unidos (EUA) um relatório afirmando que o fumo afeta negativamente a saúde humana e contribui para o desenvolvimento de graves doenças (MUSK; DE KLERK, 2003).

As doenças tabaco-relacionadas são: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doenças Isquêmicas do coração (não IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Pneumonia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Câncer de Pulmão, Boca e Faringe, Estômago, Pâncreas, Rins, Laringe, Bexiga, Colo de Útero e Leucemia Mieloide,

sendo o maior número de casos de DPOC, IAM, Pneumonia, doenças isquêmicas não IAM e AVC para ambos os sexos segundo o relatório final da carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil (BRASIL, 2009).

Os malefícios também se estendem a pessoas não fumantes expostas à fumaça de produtos de tabaco e isso é uma questão relevante para saúde pública. De acordo com o estudo “Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população brasileira”, realizado por pesquisadores do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pelo menos 2.655 nãofumantes morrem, a cada ano no Brasil, por doenças atribuíveis ao tabagismo passivo.

1.2. EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO

O tabagismo está entre os cinco principais fatores de risco para a mortalidade prematura no mundo juntamente com a hipertensão arterial, glicose elevada no sangue, sedentarismo e excesso de peso e obesidade. Eles são responsáveis pelo risco aumentado de doenças crônicas, como doenças cardíacas e câncer, que afetam os países em todos os grupos de renda (alta, média e baixa). Só o tabagismo causa 71% de mortes por câncer de pulmão em todo o mundo. O tabaco foi responsável por 18% de mortes em países de alta renda (WHO, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, por dia, cerca de cem mil crianças viram fumantes regulares em todo o mundo (BRASIL, 2001). O tabagismo é a maior causa mundial de morte evitável, pois mata cerca de seis milhões de pessoas por ano e causa danos na economia em centenas de bilhões de dólares. Estima-se que, em 2.030, causará mais de oito milhões de mortes no mundo (BRASIL, 2001).

As prevalências de tabagismo no Brasil encontradas no Inquérito Domiciliar sobre comportamento de risco e mortalidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis, de 2002-2003, em 16 capitais, em homens, variaram de 16,9% a 28,2% e, em mulheres, de 10% a 22,9%. Essas prevalências estão maiores nas

capitais de regiões mais industrializadas para ambos os sexos, sendo que, para homens, ainda maiores do que para as mulheres e em grupos populacionais com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo). Um fator promissor em nosso país é o elevado índice de cessação de uso de tabaco, em torno de 50% nas capitais pesquisadas (INCA, 2004).

Aproximadamente, 20% dos fumantes morrem precocemente no mundo perdendo cerca de vinte anos de vida devido a doenças relacionadas ao tabagismo que provocam 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% por doença pulmonar obstrutiva crônica, 20% por doenças vasculares e 35% cardiovasculares (SILVA et al., 2008).

A maioria dos tabagistas inicia o hábito na adolescência e continua na vida adulta, sendo a idade de experimentação entre 11 e 14 anos (MACHADO et al., 2010). Embora as evidências científicas mostrem que o tabagismo geralmente causa morte e doença, entre jovens ele continua a acontecer, pois a indústria promove seus produtos com estratégias específicas para atingir adolescentes, ou seja, as novas gerações de potenciais fumantes (WHO, 2001).

1.3. INICIAÇÃO DO TABAGISMO

A iniciação ao fumo do cigarro é fortemente influenciada por fatores de proximais a distais: pessoais, sociais e culturais, de acordo com o *Surgeons General's Report* (U.S, 2001).

Os fatores pessoais são: características biológicas individuais como personalidade, estados afetivos e habilidades comportamentais; os genético-hereditários que poderiam estar relacionados à modulação do humor pela nicotina e fatores inerentes ao indivíduo, ainda pouco conhecidos; os sociais incluem as características, crenças, atitudes e comportamento das pessoas que compõem o sistema de apoio mais íntimo de adolescentes como família e amigos; os culturais incluem as práticas e normas do contexto social do ambiente do adolescente como a comunidade, bairro

e escola, por exemplo, e à acessibilidade dos produtos de tabaco, à facilidade em adquirir cigarros pelo adolescente com comerciante realizando-lhe a venda; preços de produtos de tabaco, quanto mais caro for o produto menos acessibilidade existe; publicidade, mídia indireta (filmes e espetáculos) e promoção de produtos de tabaco conhecidos (MARQUES et al., 2001).

A história do tabagismo dentro de um indivíduo pode ser caracterizada em fases distintas, incluindo, por exemplo, uma primeira experimentação, progressão para o uso regular, o desenvolvimento de dependência e, potencialmente, cessação que, por sua vez, é frequentemente seguida de recaída. Apesar desse padrão geral, há considerável variação dentro destas fases, em particular, muitas pessoas não progridem para o uso regular e continuar como fumantes irregulares não dependentes (HERON et al., 2011).

Nem todos os adolescentes que experimentam cigarros se tornam fumantes, mas a experimentação é o primeiro passo para uma futura adesão ao consumo regular dos produtos do tabaco. Segundo dados do inquérito do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil entre 2002 e 2009 (INCA, 2011), o percentual de adolescentes entre 13 e 15 anos que experimentou cigarros variou, entre os meninos, de 15,4%, em Palomentos (2007) a 48,1%, em Fortaleza e, entre meninas, de 15,2%, em Palomentos, a 52,6% em Porto Alegre (2002). Entre os fumantes diários dessa pesquisa ou ex-fumantes com idades entre 20 e 34 anos, a faixa etária de 17 a 19 anos foi a predominante para iniciação ao consumo regular dos produtos de tabaco fumado no Brasil (cigarro industrializado, de palha ou enrolado à mão, cigarro de Bali/cravo, bidi (cigarro indiano), charuto, cigarrilha, cachimbo e narguilé). Um fator que impactou a idade de iniciação foi o nível de instrução, sendo elevada a proporção dos indivíduos sem instrução, ou com menos de um ano de estudo, que começou a fumar com menos de 15 anos entre fumantes diários ou ex-fumantes diários. O inverso foi observado nas faixas de escolaridade mais elevadas (a partir dos oito anos de estudo). As pessoas com renda abaixo de renda baixa (situação de miséria), no entanto, começaram a fumar tardiamente, por dificuldade de acesso ao produto, apesar de seu baixo custo.

Mais de 50% dos jovens entrevistados no Inquérito Domiciliar sobre comportamento de risco e mortalidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, de 2002-2003, no Brasil, experimentaram cigarros ainda muito jovens. Em Porto Alegre, Vitória, Goiânia e Boa vista, aproximadamente 70% dos jovens experimentaram fumar com 13 anos ou menos e, em Curitiba, a experimentação precoce chega a 80% (INCA, 2004).

Breslau, Fenn e Peterson(1993) examinaram a associação da idade de início do tabagismo com dependência da nicotina e início do tabagismo diário em Detroit (USA) e verificaram que os que fumaram o primeiro cigarro entre 14 e 16 anos foram 1,6 vezes mais chances de se tornarem dependentes do que aqueles que iniciaram a fumar numa idade mais avançada ($p=0,03$). A iniciação precoce no consumo dos produtos do tabaco é importante fator prognóstico para o adoecimento. A diferença em alguns anos no início do consumo dos produtos do tabaco pode aumentar, em quase o dobro, os riscos de danos à saúde.

1.4. EXPOSIÇÃO A EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA

Estudos sugerem que a exposição a experiências adversas na infância (ACEs), na vida adulta tem impacto forte e cumulativo na vida adulta. (Felitti et al., 1998). Anda et al., (1990) realizaram um estudo pioneiro sobre o tema avaliando uma coorte retrospectiva de clientes de uma seguradora de saúde em São Diego na Califórnia, foram avaliados 9.508 questionários sobre comportamento de saúde. As categorias de ACEs foram definidas como o indivíduo ter sofrido durante a infância (do nascimento até 18 anos) uma ou mais adversidades a seguir: abuso - abuso físico, emocional que são situações de agressão física (empurrões, estapeamento) ou psicológica (insultos, humilhações, ameaças) respectivamente ou sexual (molestamento, tentativa ou consumação de ato sexual, perpetrados por adultos conhecidos ou estranhos ou cuidadores); disfunção familiar - ter a mãe agredida, separação ou divórcio dos pais, membro da família com doença mental e membro da família encarcerado. A relação entre cada categoria de ACEs e fumo corrente foi

comparada. Cada categoria de ACE foi significativamente associada a ter fumado ou consumo mais intenso de tabaco.

Algumas categorias ACE foram definidas usando itens adaptados de outros questionários: *Conflict Tactics Escala* "(abuso físico, testemunhando violência interparental e abuso emocional)", o questionário de trauma da criança (negligência emocional e física)" e perguntas de Wyatt (abuso sexual).

1.5. ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E EXPOSIÇÃO A ADVERSIDADES NA INFÂNCIA

Grande parte dos estudos sobre o tema demonstra haver associação entre o ACEs e tabagismo. Os estudos se apresentam de maneira bastante diversificada e analisaram esta associação sob focos diferentes. Alguns avaliam um determinado número de adversidades, outros, apenas abusos físicos, sexuais e emocionais; outros se focam em apenas um abuso, sendo que, o mais estudado é o abuso sexual.

Dentre estudos que avaliam efeito dose-resposta, ou seja, quanto maior o número de adversidades às quais o indivíduo é exposto, maior o risco de se tornar tabagista futuramente, o de Edwards et al. (2007) verificaram forte relação entre a persistência do hábito de fumar e exposição a adversidades na infância. Foi realizado um inquérito em sujeitos de um grande estudo metropolitano sobre experiências de adversidades na infância e selecionados pacientes que apresentavam pelo menos um entre dez sintomas relacionados ao tabagismo, e que eram tabagistas, e responderam o questionário completamente. A razão de chances ajustada de ser fumante persistente atual aumentou de 1,08 para 1,69 em indivíduos expostos a uma adversidade e a mais de quatro, respectivamente.

Topitzes, Mersky e Reynolds (2010) verificaram num estudo prospectivo que houve associação significativa entre maus tratos na infância e tabagismo ($p=0,006$), mas, não houve diferença significativa por gênero. Essa relação foi totalmente mediada por indicadores, na adolescência, de estabilidade e suporte familiar e desempenho escolar e por indicadores, no adulto jovem, de educação, de satisfação de vida, de abuso de substância e de criminalidade. O modelo do estudo revelou que estas vias inter-relacionadas podem comprometer a saúde no início da idade adulta. Na estratégia exploratória de mediação que foi utilizada nesse estudo, as medidas de competências sócio-emocionais de adolescentes estão diretamente ligadas ao tabagismo diário adulto. Este achado sugere que o tabagismo potencialmente cumpre um papel compensatório ou regulamentar em gestão da emoção, ecoando a conclusão de que a desregulação da emoção prediz o fumo posterior.

Dentre os estudos que avaliam abuso físico e sexual, Diaz, Simantov e Rickert (2002) descobriram que aqueles que relataram os dois tipos de abuso na infância, em comparação com aqueles que não relataram qualquer um, tinham significativamente mais chance de ser tabagista regular (Odds Ratio Ajustado- OR^a 5,9). Nichols e Harlow(2004) fizeram um estudo de coorte retrospectiva para determinar a associação entre abuso na infância e se tornar fumante numa coorte de mulheres adultas em torno da cidade de Boston e também encontraram um risco 3,5 maior de fumar entre mulheres que sofreram abuso na infância em relação às que não sofreram.

Al Mamun et al. (2006) numa coorte prospectiva analisaram a relação entre abuso sexual e dependência de nicotina. Para todos os tipos de abuso sexual incluindo sem penetração, penetração e estupro auto-relatados, sofridos antes dos 16 anos, adultos jovens tinham chances significativamente mais elevadas (OR 1,56, IC 95%, 1,07- 2,26) de ser dependente de nicotina do que jovens que não sofreram abuso sexual na Infância (CSA). Esta relação foi independente e apareceu depois de ter sido ajustada para fatores confundidores e mediadores.

Xie et al., 2012 realizaram um estudo (caso-controle) para avaliar diferenças entre os gêneros, na exposição a ACEs e genótipos rs16969968 no diagnóstico da Dependência de Nicotina (ND) sendo esta diagnosticada de duas formas: pela

quarta edição Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM IV e pela pontuação dicotômica do Teste de Fargestrom (FTND). Após o ajuste para idade, e para genótipo, presenciar um crime violento ou ser vítima de agressão física foi significativamente associado com aumento de chance de um diagnóstico de ND em homens (ND: OR 1.94, IC 95%, 1.50–2.52; FTND: OR 1.71, IC 95%, 1.29–2.29), e, entre as mulheres (ND: OR 3.56, IC 95%, 2.64–4.79; FTND: OR 3.76, IC 95%, 2.75–5.15), e, em mulheres, além disso, abuso sexual também foi significativamente associado com o diagnóstico de ND. Exposição a adversidades na infância foi significativamente associada com o risco para ND.

Uma revisão sistemática da literatura acerca da associação entre exposição a adversidades na infância e tabagismo encontra-se no Capítulo 4 deste trabalho.

2. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

2.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo do presente estudo é investigar a associação entre a exposição a adversidades na infância e o desenvolvimento subsequente de tabagismo / dependência de nicotina, através da elaboração de dois estudos em forma de artigos aqui apresentados.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Objetivo do artigo 1: Realizar uma revisão sistemática de artigos científicos que investigaram a associação entre a exposição a eventos adversos na infância e a ocorrência de tabagismo / dependência de nicotina, na vida adulta, publicados entre janeiro de 2008 e setembro de 2013 em revistas da área de concentração de ciências da saúde indexadas no Medline e Lilacs.

2) Objetivos do artigo 2: Verificar a associação entre a exposição a adversidades na infância e dependência de nicotina na vida adulta bem como persistência do tabagismo e tabagismo precoce na vida adulta na população geral adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo, analisando dados do estudo epidemiológico de base populacional São Paulo Megacity.

2.3. JUSTIFICATIVA

Contribuir para ampliar conhecimentos científicos sobre o papel da exposição a adversidades na infância no desenvolvimento subsequente de tabagismo e assim embasar o desenvolvimento de políticas públicas para prevenção de exposição a experiências adversas preveníveis, como a exposição a maus tratos, violência e

negligência, das gerações presentes e futuras, e prevenção dos danos individuais, sanitários, sociais, ambientais e econômicos gerados pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e da exposição à fumaça do tabaco.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. ARTIGO 1

Trata-se de um artigo de revisão sistemática com ampla busca de artigos nas principais bases catalográficas que incluíssem em seu resumo associação entre ACEs e tabagismo. O levantamento de dados foi realizado no ano de 2013 utilizando os seguintes descritores: adverse childhood experience, childhood maltreatment, childhood abuse, child abuse and nicotine dependence, smoke, tobacco addiction e tobacco smoking, nas bases de dados Lilacs e Medline.

Um limite de tempo foi definido, últimos cinco anos, sendo incluídos artigos publicados no período de janeiro de 2008 a setembro de 2013, para que o foco da pesquisa se concentrasse nos artigos mais atuais. Uma revisão sistemática e metanálise recente (Norman, 2012) havia englobado estudos anteriores a 2008 relativos a abuso e negligência. Outros limites foram: estudos realizados em humanos e todos que tivessem resumo disponível.

A busca dos artigos ocorreu nas seguintes bases de dados: Lilacs, Medline.

Os artigos encontrados foram divididos entre dois pesquisadores e classificados em incluídos, excluídos ou em dúvida utilizando os critérios de seleção. Para isso foi utilizado o programa EPPI 4 Reviewer (EPPI 4 Reviewer, 2013).

Os artigos incluídos foram os que relacionaram as ACEs ao desfecho de dependência de nicotina. A definição das adversidades incluídas foi baseada nos principais estudos sobre o tema, que caracterizam e definem as ACEs, em ter sofrido, durante a infância (do nascimento até 18 anos de idade), uma ou mais das seguintes experiências adversas: abuso físico, abuso psicológico ou abuso sexual pelos pais ou adulto na família ou casa; negligência física ou emocional, ter a mãe agredida; família disfuncional: algum membro da família agredido fisicamente; crescer com membro da família fazendo abuso de substâncias psicoativas; ter membro da família com doença mental; ter membros da família encarcerado na prisão ou outra instituição semelhante; perdas parental: divórcio dos pais, ausência

da convivência com os pais; morte dos pais; outras adversidades (foram incluídas somente quando em conjunto com as demais já citadas): econômica, doença na família.

Os critérios de exclusão foram:

- Artigos que relacionaram ACEs a outros desfechos diferentes de uso de tabaco, como doenças relacionadas a seu uso e transtornos mentais, como depressão, ansiedade e fobia.
- Artigos que mostraram associação entre uso de nicotina e comportamento da criança, sem se referir às ACEs conforme definidas no critério de inclusão.
- Artigos que não definiram a adversidade de acordo com os critérios deste estudo.
- Estudos qualitativo sobre o tema.
- Revisões sistemáticas e metanálises sobre o tema.

3.2. ARTIGO 2

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

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

3.2.1 Tipo de estudo

Este estudo analisa um conjunto de dados do Estudo Epidemiológico dos transtornos Mentais São Paulo Megacity. Trata-se de um estudo de corte transversal de base populacional que avaliou a morbidade psiquiátrica em uma amostra probabilística da população geral com 18 anos ou mais, residente na região metropolitana de São Paulo composta pela cidade de São Paulo e 38 municípios subjacentes (VIANA & ANDRADE, 2012 E ANDRADE et al., 2012).

3.2.2. População e amostragem

De acordo com Viana et al. (2009), a amostra desse estudo foi composta por residentes com dezoito anos ou mais na capital de São Paulo (SP) - 40% e 38 municípios ao redor - 60% cobrindo a RMSP uma área de 8,051 Km², que falassem português e não tivessem nenhuma deficiência que os impedissem de participar do estudo. Os dados foram colhidos de maio de 2005 a abril de 2007. Foram empregadas seis etapas de amostragem para atingir 5.000 domicílios da RMSP estimando-se uma taxa de não resposta de 35% (7.700 domicílios). Cada um dos 38

municípios contribuiu com 60% do total da amostra, enquanto que, a cidade de São Paulo compôs 40% da amostra.

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

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

A terceira etapa foi realizada a partir do agrupamento dos setores censitários com as unidades primárias de amostragem de acordo com a proximidade geográfica. Um total de 1.540 aglomerados foi necessário para selecionar 7.700 domicílios. Um setor censitário foi selecionado aleatoriamente dentro de cada agrupamento compondo assim a quarta etapa.

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

Uma carta explicando a pesquisa e avisando que o domicílio receberia a visita de um entrevistador foi enviada a cada um dos domicílios selecionados.

Na última etapa, foi realizado um primeiro contato do entrevistador para obter uma listagem de todos os moradores de cada domicílio com informações sobre sexo, idade e capacidade de falar português. Feito isto, dentre os participantes elegíveis, ou seja, aqueles com mais de 18 anos, falando português e sem qualquer incapacidade ou deficiência que pudesse impedir a realização da entrevista foi selecionado, um indivíduo por domicílio e sem substituição através de uma tabela de seleção aleatória de Kish. Foram entrevistados 5.037 indivíduos com um índice de resposta de 81,3% (VIANA et al., 2009).

3.2.3. Coleta de dados

Segundo Viana et al. (2009), a coleta de dados foi realizada nos domicílios entre maio de 2005 e abril de 2007 por 149 profissionais, após treinamento específico durante cinco dias sob orientação e supervisão da equipe responsável pela pesquisa. Os respondentes foram avaliados usando a versão desenvolvida para WHM (WMH-CIDI), que foi traduzido e adaptado para o português vigente no Brasil (VIANA et al., 2004).

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

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

Foram utilizados pesos para ajustar a probabilidade de seleção em cada etapa de amostragem e para participar da entrevista longa. O processo de determinação dos pesos encontra-se descrito em detalhes em Viana e colaboradores (2009).

3.2.4. Medidas e desfechos

3.2.4.1. Dependência de Nicotina

O tabagismo foi avaliado de acordo com critérios diagnósticos da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV). O questionário de Tolerância de Fagerstrom para Dependência à Nicotina, o *Tobacco Dependence Screener* e o *The Heaviness of Smoking* avaliam sua gravidade e são mais utilizados em serviços especializados com maior complexidade de recursos (MARQUES et al., 2001).

Os critérios de dependências de substâncias são, a apresentação de três ou mais dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer ocasião no mesmo período de 12 meses:

1) Tolerância, definida por qualquer dos seguintes:

- (a) necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
- (b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

2) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:

(a) síndrome de abstinência característica da substância (recorrer aos critérios A e B para abstinência de substâncias específicas);

(b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

5) É despendida grande quantidade de tempo em atividades necessária a obtenção (por exemplo visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos.

6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido a utilização da substância.

7) Utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

3.2.4.2. Adversidades na Infância

O módulo de Infância do questionário WMH-CIDI foi composto a partir de 39 itens da escala “Family History Research Diagnostic Criteria (RDC) interview” (Andreasen et al., 1997). Essa escala envolve a investigação da presença de um transtorno por uso de álcool no ambiente familiar. Além desses, outros quatro itens da escala “Parental Bonding Instrument” de autoria de Parker, Tupling e Brown (1979) foram incluídos no

módulo. Essa escala é um instrumento de vínculo parental concebido para obter dados retrospectivos dos adultos sobre as principais dimensões de interação entre pais e filhos na infância. Neste estudo, os tipos de adversidades na infância apresentados e descritos abaixo foram construídos de forma padronizada para o estudo WMH. Adota-se como infância o período até os 18 anos.

3.2.4.2.1. Violência pessoal

Composta por abuso físico e o abuso sexual.

Abuso físico

Caracterizado através de expressões que denotam atitudes de extrema violência provocada pelos pais ou cuidadores, durante a infância. Três perguntas foram levadas em consideração, duas do módulo de Infância e uma no módulo de Transtorno do Estresse Pós-traumático. No entanto, definiu-se como abuso físico a resposta positiva na primeira e segunda ou resposta positiva na terceira das perguntas descritas abaixo. **1ª** – “Durante o seu crescimento, com que frequência alguém de sua família lhe fez alguma das coisas listadas abaixo?” Empurrou, agarrou à força ou sacudi violentamente/ Atirou algo ou alguma coisa violentamente/ esbofeteou, bateu ou socou violentamente. **2ª** – Quem fazia isso? Pai biológico/ Pai adotivo/ Padrasto/ Mãe Biológica/ Mãe adotiva/ Madrasta. **3ª** – “Durante seu crescimento, o(a) senhor(a) alguma vez apanhou muito de seus pais ou pessoas que o criaram? Quantos anos tinha na primeira vez que isso aconteceu? Quantas vezes aconteceu na sua vida?”.

Abuso sexual

As perguntas sobre abuso sexual foram separadas em abuso sem penetração (molestado) ou com penetração (estupro), para fins de investigação. No entanto a variável sobre abuso sexual foi criada em conjunto, ou seja, levando-se em consideração os dois tipos de abuso (molestado(a) ou estupro(a)). Nesse caso,

todas as perguntas são do módulo de Transtorno do Estresse Pós-traumático e foram organizadas da seguinte forma:

Resposta positiva em: **1ª** – “Durante sua infância alguém teve relações sexuais com o(a) Senhor(a) ou penetrou seu corpo com um dedo ou objeto quando o senhor(a) não queria, seja através de força ou ameaça (estupro)?” E resposta positiva para idade inferior a 18 anos. Associado à ocorrência de três episódios de estupro. Ou, resposta positiva em: **2ª** – “Sem ser estupro, o senhor(a) já foi sexualmente agredido ou molestado?” E resposta positiva para idade inferior a 18 anos.

3.2.4.2.2. Perdas parentais

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

Morte dos pais

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

Divórcio parental

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

Outras perdas parentais

Foi definido como outras perdas parentais se houvesse resposta negativa em: **1ª** - “Até a idade dos dezesseis anos o senhor(a) morou com seus pais biológicos?”

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

3.2.4.2.3. Ambiente Familiar Disfuncional

Investigou-se a presença de transtornos mentais (depressão, transtorno do pânico, ansiedade) e o uso de álcool e drogas nos pais ou cuidadores, responsáveis pela criação do respondente durante a sua infância. Foram também investigados o envolvimento parental em atividades criminais ou encarceramento e a ocorrência de violência doméstica com agressão física entre os pais. Todas as variáveis foram avaliadas a partir do módulo de Infância.

Depressão

Os respondentes foram questionados sobre sintomas depressivos do pai e da mãe durante a infância. Para configurar a depressão, materna ou paterna, foi necessária a resposta positiva em: **1ª** - “Durante o seu crescimento, a mulher/pai que o(a) criou teve algum período de duas semanas ou mais em que ficava triste ou deprimida(o) a maior parte do tempo?” e assinaladas as respostas “a maior parte do tempo ou todo o tempo” para a pergunta: **2ª** - “Isso ocorreu durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?”. Além dessas duas perguntas, também foi necessária a resposta positiva em: **3ª** - “Durante o tempo em que a depressão dela/dele esteve pior, ela/ele também tinha outros sintomas como

baixa energia, mudanças no sono ou apetite, e dificuldade de concentração?” e positiva em: **4^a** - “Alguma vez ela/ele recebeu tratamento profissional para depressão?” ou positiva em: **5^a** - “A depressão interferia muito na vida dela/dele ou em suas atividades?”.

Transtorno de ansiedade

Foi avaliada a presença de ansiedade, materna e paterna, através das questões presentes no módulo de Infância. Para fins desta pesquisa, considerou-se a ocorrência de ansiedade a resposta positiva em: **1^a** – “Durante o seu crescimento, a mulher/homem que o criou teve períodos em que ficava constantemente nervosa(o), irritada(o) ou ansiosa(o)?” e respostas assinaladas em “todo o tempo ou a maior parte do tempo” para a pergunta: **2^a** – “Isto ocorreu durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco da sua infância?”. Além disso, era necessária a resposta positiva em: **3^a** – “Durante o tempo em que o nervosismo dela/dele esteve pior, ela/ele tinha outros sintomas como inquietação, irritação, cansaço e dificuldade para dormir?” e positiva em uma das questões seguintes: **4^a** – “Alguma vez ela recebeu tratamento profissional para nervosismo?” ou **5^a** – “O nervosismo interferia muito na vida dela/dele ou em suas atividades?”.

Transtorno do Pânico

A ocorrência de transtorno do pânico, da mãe ou pai, foi avaliado através de uma questão do módulo de Infância. Resposta positiva em: **1^a** – “Durante o seu crescimento a mulher/ o homem que o criou alguma vez queixou de ataques de ansiedade quando de repente sentia-se amedrontada(o), ansiosa(o) ou em pânico?”.

Uso de substâncias pelos pais

Avaliado através das questões do módulo de Infância. Caracterizado pela resposta positiva em: **1^a** – “A mulher/ o homem que o criou já teve problemas com álcool ou drogas?” e respostas “toda a infância ou a maior parte da infância” para: **2^a** – “Ela/ele teve esse problema durante toda a sua infância, a maior parte, a metade, ou somente um pouco de sua infância?” e resposta positiva para: **3^a** – “Alguma vez

ela/ele recebeu tratamento profissional para uso de álcool ou drogas?”, além de ter assinalado o termo “muito” ou “moderadamente” para a questão: **4ª** – “Até que ponto o uso de álcool ou drogas interferia na vida dela ou em suas atividades – muito, moderadamente, um pouco ou nada?”.

Envolvimento em atividades criminais ou encarceramento

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

Violência familiar

Caracterizado através da ocorrência de agressão física entre os pais durante a infância do respondente. Foram levadas em consideração questões do módulo de infância e do módulo de Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Necessário apenas uma resposta: “Frequentemente” na 1ª ou “Sim” na 2ª. **1ª** – “Com que frequência (seus pais/ as pessoas que o(a) criaram fizeram alguma dessas coisas listadas abaixo, um ao outro durante o seu crescimento (frequentemente, às vezes, raramente ou nunca)?” Empurrou, agarrou à força ou sacudiu violentamente. Atirou algo/ alguma coisa violentamente. Esbofeteou, bateu ou socou violentamente. **2ª** – “Alguém muito próximo do(a) Senhor(a) já teve uma experiência extremamente traumática, como ser sequestrado (a), torturado(a) ou estuprado(a)?”

3.2.4.2.4. Outras adversidades

Foi avaliada a exposição a outras adversidades, incluindo: negligência, doença física, e adversidade econômica familiar.

Negligência

A negligência foi avaliada de forma geral, sem divisões em negligência emocional ou física. Para configurar a negligência algumas questões do módulo de Infância foram avaliadas. Foi necessária a resposta assinalada como frequentemente, em pelo menos uma questão e a resposta “frequentemente ou às vezes” em pelo menos duas das questões descritas abaixo. **1ª** – “Com que frequência o Senhor (a) teve uma das seguintes experiências durante sua infância – frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?” (a) “Com que frequência o(a) senhor(a) tinha que fazer tarefas que eram muito difíceis ou perigosas para alguém de sua idade?” b) “Com que frequência era o senhor (a) deixado (a) só ou sem supervisão quando era novo(a) demais para ficar sozinho?” c) “Com que frequência ficou sem coisas de que precisava, como roupas, sapatos ou materiais, porque seus pais ou cuidadores gastavam o dinheiro com eles mesmos?” d) “Com que frequência seus pais ou cuidadores o deixavam com fome ou não preparavam as refeições diárias?” e) “Com que frequência seus pais ou cuidadores ignoravam ou não lhe davam tratamento médico quando o senhor(a) estava doente ou machucado(a)?”.

Doença Física Grave

Definida como a ocorrência de alguma doença física com risco de vida durante a infância do respondente, através de uma pergunta do módulo de Transtorno do Estresse Pós-Traumático. **1ª** – “O(a) senhor(a) já teve alguma doença com risco de vida? Qual? Com quantos anos?”.

Adversidade econômica familiar

Para configurar a adversidade econômica familiar seis perguntas do módulo de infância foram consideradas, sendo necessária uma das seguintes combinações: A) Ter como resposta para a primeira pergunta “não há nenhum homem na família”. **1ª** – “Quem foi o chefe masculino de sua família durante a maior parte do tempo antes do senhor (a) fazer dezesseis anos?” e ter como resposta na segunda questão os termos “a metade do tempo, pouco tempo ou nada”. **2ª** – “Por quanto tempo durante

sua infância sua mãe/mulher que o criou teve um trabalho remunerado – o tempo todo, a maior parte do tempo, a metade do tempo, pouco tempo ou nada?”. Ou, B) Ter como resposta para a terceira pergunta “não há nenhuma mulher na família”. 3ª – “Quem foi a chefe feminina de sua família durante a maior parte de sua infância?” e ter como resposta na quarta questão os termos “a metade do tempo, pouco tempo ou nada”. 4ª – “Por quanto tempo durante sua infância seu pai/homem que o criou teve um trabalho remunerado – o tempo todo, a maior parte do tempo, a metade do tempo, pouco tempo ou nada?”. Ou, C) Ter como respostas para 5ª e 6ª questões “não houve nenhum homem na família” e “não houve nenhuma mulher na família”. 5ª – “Quem foi o chefe masculino durante a maior parte de sua infância?”. 6ª – “Quem foi a chefe feminina durante a maior parte de sua infância?”.

3.2.5. Análise estatística

As estatísticas descritivas e medidas de associações foram calculadas considerando o efeito do desenho do estudo, usando pesos ajustados para probabilidades de amostragem e para a idade e sexo da população-alvo. Diferenças nas distribuições foram avaliados por meio de testes qui-quadrado. Para avaliar as associações de adversidades na infância e dependência de nicotina na vida e persistência de fumar, odds ratio bruto e ajustado (OR) foram calculados por meio de regressão logística e modelos de regressão logística multinomial (politômica), respectivamente.

O papel das adversidades na infância na predição da dependência de nicotina foi investigada através de uma abordagem de análise de sobrevivência (Kleinbaum & Klein, 2012). Este tipo de análise é adequado para situações em que a variável de resultado é o tempo até o evento de interesse ocorra. No presente estudo, o evento foi o início da dependência de nicotina, diagnosticada de acordo com os critérios do DSM-IV. Já que a coleta de dados foi transversal, definimos nascimento dos entrevistados como o início do período de acompanhamento. Para calcular o tempo de observação para cada entrevistado, tempo de "ocorrência do evento" foi definido como a idade de início da dependência de nicotina, para aqueles que se tornaram dependentes e idade no momento da entrevista, indicou a quantidade de tempo decorrido sem a ocorrência de dependência ("censura"), para aqueles que nunca

fumaram. As curvas de sobrevida de Kaplan-Meier para o início da dependência de nicotina de acordo com os diferentes tipos de trauma de infância foram construídas e testadas para diferenças significativas entre expostos e não expostos, através do teste de log-rank (Kleinbaum et Klein, 2012). Taxas de incidências brutas (HR) foram obtidas pelo modelo de riscos proporcionais de Cox para cada tipo de adversidade na infância, e reajustado por três fatores de confusão em potencial (gênero, coorte de nascimento e educação mais elevados dos pais). A função de riscos fornece o potencial instantâneo a qualquer momento específico para o caso de ocorrer (Kleinbaum & Klein, 2012). Seguindo essa visão, em nossa análise, uma HR maior que 1 significa que a exposição a um evento traumático durante a infância fará com que o indivíduo se tornar dependente da nicotina mais cedo do que alguém que não tenha experimentado o mesmo trauma. O HR pode ser interpretada de forma semelhante ao OR (Spruance, et al, 2004) e será equivalente a as chances de que uma pessoa com o risco mais elevado atinge o ponto final (dependência de nicotina) mais cedo. Usamos parcelas log-log para testar se o pressuposto da proporcionalidade, necessário para utilizar modelo proporcional de Cox, foi realizada (Cleves et al, 2010), e aplicamos o teste de resíduos de Schoenfeld (Kleinbaum & Klein, 2012). Como o pressuposto PH foi violada para a variável sexo na maioria dos modelos de adversidade na infância, foi aplicado modelo Cox estratificada por sexo, e esta estratégia satisfaz o pressuposto de PH.

Todas as análises foram realizadas em STATA 12, utilizando as rotinas de desenho amostral complexo, e todos os testes foram bicaudais, com significância estatística de 0,05 ($p < 0,05$). P-valores entre 0,06 e 0,10 foram interpretados como tendo significância estatística limítrofe.

3.2.6. Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os respondentes somente foram entrevistados após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, com total confidencialidade assegurada (ANEXO 3). A pesquisa foi aprovada pela comissão de ética para análise de projetos de pesquisa da diretoria clínica do

Hospital das Clínica e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
(ANEXO 4).

4. RESULTADOS

4.1. ARTIGO 1 - REVISÃO SISTEMÁTICA

EXPOSIÇÃO A ADVERSIDADES NA INFÂNCIA E TABAGISMO: UMA REVISÃO DA LITERATURA.

Ana Paula Araújo Faria^{a*}, Carlos Augusto Bergami Lima, Maria Del Carmen Molina^a, Flavia Garcia Pereira^a, Evandro Silva Freire Coutinho^c, Maria Carmen Viana^{ab}

^aPrograma de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo - Av. Marechal Campos 1468, Vitória/ES, Brasil.

^bDepartamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espírito Santo - Av. Marechal Campos 1468, Vitória/ES, Brasil.

^cDepartamento de Epidemiologia, Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz e Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

*Corresponding author. Phone: +55 27 99945-8799

E-mail address: aparaujofaria@hotmail.com

Resumo

Introdução: A dependência de nicotina é um importante problema de saúde pública, já que está implicada no desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença coronariana e acidente vascular cerebral, e contribui de forma significativa para a carga global de doenças, por produzir incapacitação e mortalidade prematura. Assim, faz-se premente o combate ao tabagismo, tanto com medidas públicas, como dificultar o acesso ao cigarro e aumentar a sua taxaço, quanto com pesquisas que busquem compreender os mecanismos que levam o indivíduo a iniciar o uso de tabaco, a tornar-se dependente de nicotina e a manter-se dependente ao longo da vida. Diversos

estudos sugerem que a iniciação do tabagismo e da dependência de nicotina pode ter associação com a exposição pregressa a experiências adversas na infância (ACEs), como abuso físico e sexual, negligência, perdas pessoais e ambiente familiar disfuncional. **Objetivo:** Realizar uma revisão da literatura para verificar a associação entre ter sido exposto a adversidades na infância (ACEs) e ser dependente de nicotina posteriormente na adolescência e vida adulta, avaliando artigos publicados entre 2008 e 2013. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Medline e Lilacs. Foram encontrados 2631 artigos que relacionaram a exposição a ACEs ao desfecho de dependência de nicotina. Após a avaliação dos critérios de inclusão e exclusão, 30 artigos foram incluídos no estudo. **Resultados:** A maior parte dos estudos (27) identificou associação positiva entre as variáveis estudadas. A exposição a adversidades foi investigada de diversas formas, avaliando principalmente abuso físico e sexual na infância. Diversos estudos procuraram estabelecer efeito dose-resposta, demonstrando que a cada aumento de exposição a ACEs há aumento do risco de ser dependente de nicotina. Apenas três estudos não evidenciaram associação, por limitações relatadas pelos autores, como tamanho amostral e critérios diagnósticos. **Conclusão:** Parece haver evidência de que a exposição a experiências adversas na infância aumenta o risco de engajamento no hábito de fumar cigarros e no subsequente desenvolvimento de dependência de nicotina. Estudos como este podem contribuir para sustentar iniciativas de promoção da saúde e prevenção de riscos, assim como enfatiza a necessidade de proteção ao bem-estar e segurança da criança.

Palavras-chave: experiências adversas na infância; maus-tratos à criança; abuso infantil e dependência da nicotina; tabagismo; uso e dependência de tabaco.

Abstract

Introduction: Nicotine dependence is a major public health problem, as it is causally related to the development of chronic diseases, including cancer, chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease and stroke, and significantly contributes to the global burden of diseases, due to disability and premature mortality. Therefore, it is pressing to combat smoking, both with public policies, such as inhibiting access to cigarettes and increasing taxation, as well as with research that attempts to understand the mechanisms that cause the individual to initiate tobacco use, become nicotine dependent and keep nicotine dependence throughout life. Several studies suggest that initiation of tobacco smoking and nicotine dependence may be associated with earlier exposure to adverse childhood experiences (ACEs), such as physical and sexual abuse, neglect, personal loss and dysfunctional family environment. **Objective:** To conduct a literature review to assess the association between having been exposed to adversities in childhood (ACEs) and becoming nicotine dependent later in life, evaluating articles published between 2008 and 2013. **Methods:** A systematic literature review in the Medline and Lilacs databases was conducted. A total of 2,631 articles relating exposure to ACEs to subsequent nicotine dependence were found. After assessment of inclusion and exclusion criteria, 30 articles were included in the study. **Results:** Most studies (27) found a positive association between variables of interest. The exposure to adversities was investigated in various ways, mainly assessing physical and sexual abuse during childhood. Several studies have sought to establish a dose-response effect, demonstrating that each increase in exposure to ACEs there is an increased risk of becoming nicotine dependent. Only three studies showed no association, due to limitations such as sample size and diagnostic criteria reported by the authors. **Conclusion:** There seems to be evidence that exposure to childhood adverse experiences may increase the risk of engagement in tobacco smoking and subsequent development of nicotine dependence. Studies of this sort may contribute to support initiatives of health promotion and risk prevention, as well as highlight the need of child welfare protection and security.

Keywords: adverse childhood experiences; childhood maltreatment; childhood abuse; child abuse and nicotine dependence; smoking; tobacco addiction and tobacco smoking.

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo representa o principal fator de risco global para a morbimortalidade, sendo responsável por cerca de seis milhões de óbitos por ano¹. Um estudo que acompanhou mais de 200 mil indivíduos de ambos os sexos encontrou um risco três vezes mais elevado de morrer entre os fumantes, independente do sexo e coorte de nascimento, e um risco médio de morrer 10 anos mais cedo do que entre os não-fumantes².

No Brasil morrem cerca de 200 mil pessoas anualmente devido ao tabagismo, sendo a mortalidade por câncer de pulmão um dos mais importantes indicadores do seu impacto sobre a saúde. No Brasil, o câncer de pulmão é a neoplasia que mais mata homens e a segunda que mais mata mulheres³.

Embora a prevalência estimada de tabagismo no Brasil, entre adultos, esteja em declínio nos últimos anos (15,7% em 2006 e 11,3% em 2013), o mesmo não ocorre entre adolescentes⁴. Em muitos países, o tabagismo está aumentando entre jovens e a idade de iniciação está diminuindo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, por dia, cerca de cem mil crianças se tornam fumantes regulares em todo o mundo⁵.

Diante desses dados, faz-se necessário investigar os fatores que podem contribuir para a iniciação do uso de tabaco e posterior dependência de nicotina. A exposição a experiências adversas na infância (ACEs na terminologia em inglês “Adverse Childhood Experiences”) tem sido apontada como um provável fator de risco em diversos estudos. As ACEs mais estudadas são a exposição a situações de abuso físico e sexual, negligência, perdas pessoais importantes e/ou disfunção familiar que ocorrem antes dos 18 anos de idade.

O objetivo do presente estudo é realizar uma revisão da literatura para investigar a associação entre exposição a adversidades na infância e a dependência de nicotina.

2. MÉTODOS

Desenho do estudo

Uma revisão da literatura foi realizada a partir de uma ampla busca de artigos que investigaram a associação entre exposição a adversidades na Infância (ACEs) e tabagismo.

Busca bibliográfica

A busca cobriu o período entre janeiro de 2008 e setembro de 2013, utilizando os seguintes descritores: adverse childhood experience, childhood maltreatment, childhood abuse, child abuse and nicotine dependence, smoking, tobacco addiction e tobacco smoking.

A escolha desse período de tempo para a busca bibliográfica teve como justificativa a existência de uma revisão prévia sobre esse tema que selecionou estudos anteriores ao ano de 2008. Outros limites para a inclusão foram: estudos realizados com seres humanos e que tivessem resumo disponível. As bases de dados investigadas foram Lilacs e Medline.

Dois pesquisadores (APAF e CABL) selecionaram todos os artigos que atenderam aos critérios de inclusão, inicialmente com base nos resumos disponíveis, utilizando o programa EPPI 4 Reviewer⁶ para gerenciar as referências bibliográficas identificadas.

Critérios de inclusão

Os artigos incluídos investigaram a associação entre exposição a ACEs e tabagismo. A definição das ACEs foi baseada nos principais estudos sobre o tema, nos quais uma ou mais das seguintes experiências ocorreram durante a infância (do nascimento até 18 anos de idade): abuso físico, abuso psicológico ou abuso sexual pelos pais ou outro adulto na família/domicílio; negligência física ou emocional; mãe vítima agressão física no ambiente doméstico; família disfuncional (algum membro

da família/domicílio agredido fisicamente; membro da família/domicílio fazendo abuso de substâncias psicoativas; membro da família/domicílio com doença mental; algum membro da família/domicílio encarcerado na prisão ou instituição semelhante); perdas parentais (divórcio dos pais, ausência da convivência com os pais; morte dos pais), ou outras adversidades (foram incluídas somente quando em conjunto com as demais já citadas: adversidade econômica, doença grave em algum membro da família/domicílio).

3. RESULTADOS

A busca realizada nas bases de dados resultou em 2.631 artigos ao todo. Retirando os duplicados e os que tinham critérios de exclusão e após a avaliação do título e resumo foram selecionados 51 artigos, desses, 30 atenderam aos critérios de inclusão. A figura 1 mostra o fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática.

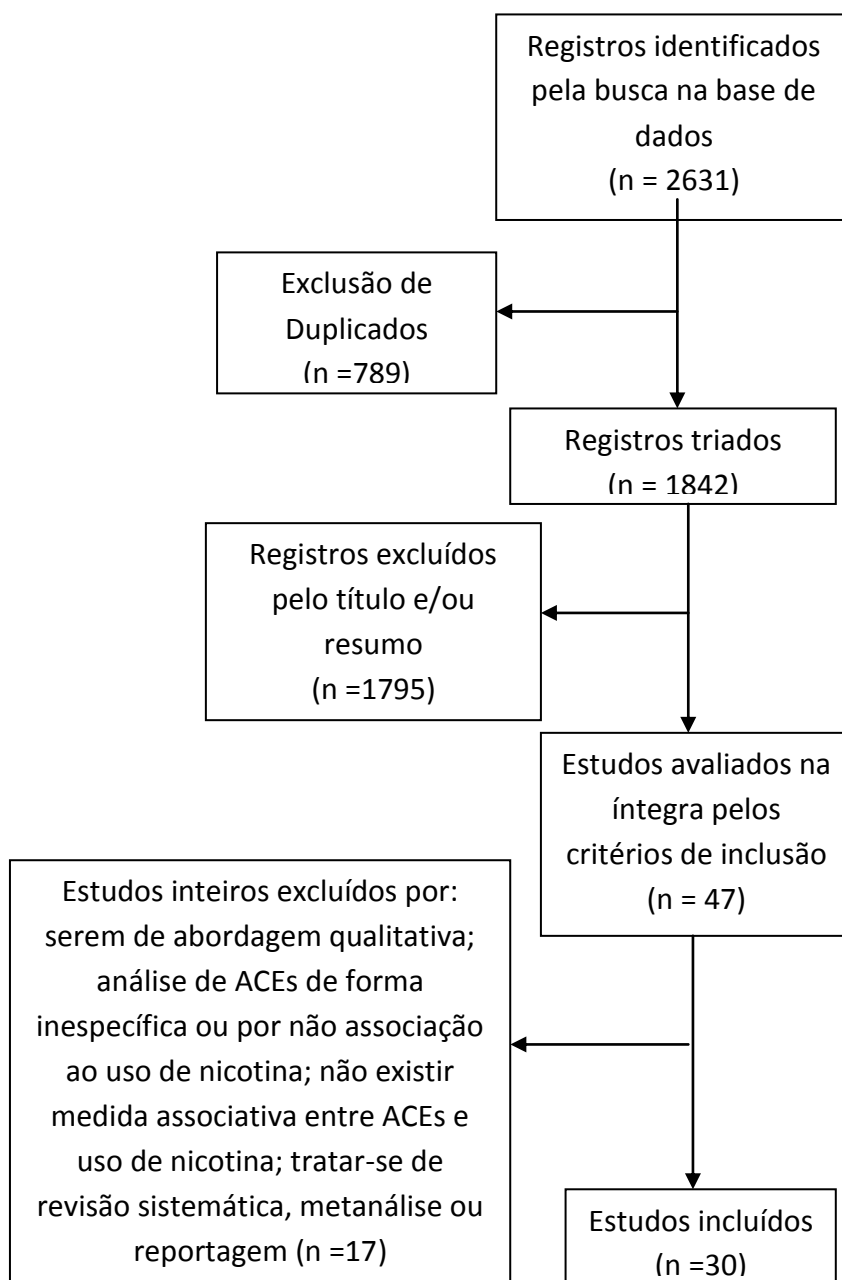


Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos

A exclusão final (N=17) descrita no último *box* à esquerda, deu-se após avaliação dos artigos completos. As causas da exclusão foram: abordagem qualitativa⁷(N=1), análise do comportamento da criança sem avaliação de ACEs^{8,9} (N=2), análise de adversidades de forma inespecífica¹⁰ (N=1), análise da criança em sofrimento devido a outras causas que não ACEs (conforme definido neste estudo)^{11,12,13,14,15} (N=5), não associação ao uso de nicotina^{16,17,18} (N=3), não apresentação de medida associativa entre exposição a ACEs e uso de nicotina^{19,20} (N=2), tratar-se de reportagem e não artigo científico²¹(N=1), tratar-se de revisão sistemática ou metanálise^{22,23} (N=2).

Dos estudos selecionados, 21 eram transversais e 9 longitudinais. A Tabela 1 apresenta informações sobre as principais características desses estudos. O tamanho das amostras variou de 57 a 81.910, sendo que metade tinha mais de 1.000 participantes. A maioria dos estudos realizada nos Estados Unidos da América (25 em 30 estudos). Houve uma grande variedade de ACEs avaliadas nos estudos incluídos nesta revisão. O abuso físico e sexual foram eventos traumáticos mais comumente investigados, ainda que divórcio dos pais, negligência, abuso psicológico, entre outros, tenham também sido avaliados. De modo geral, os estudos relataram uma chance ou risco maior de tabagismo entre os expostos a ACEs. Alguns estudos avaliaram se o consumo de substâncias psicoativas pelos pais teria impacto na associação com o tabagismo. Por exemplo, Fuller-Thompson et al. (2013)²⁴ verificaram um aumento de três vezes e meio na chance de fumar entre aqueles que tiveram pais etilistas. Outros estudos avaliaram mais de uma categoria de ACEs observaram efeito dose-resposta. Por exemplo, Mersky et al. (2013)³¹ encontraram uma variação de risco de 2,3 para duas ACEs a 4,7 para quatro ACEs, enquanto Vander et al.(2011)⁴⁰ avaliaram 11 categorias de ACEs, tendo os OR variando de 1,6 para uma adversidade até 4,0 para cinco ou mais adversidades.

Ainda que com menor frequência, ACEs como encarceramento de familiar, viver em orfanato ou na rua também foram investigados.

Tabela 1 - Características dos artigos incluídos (N=30).

AUTORES (ANO DE PUBLICAÇÃO)	DESENHO DO ESTUDO / AMOSTRA	PAÍS DE ESTUDO	ADVERSIDADE ESTUDADA	RESULTADOS
Fuller-Thomson et al. (2013) ²⁴ .	Transversal. N=19.356, com idade ≥18 anos (7.850 homens e 11.506mulheres), participantes do Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS).	Estados Unidos da América.	Abuso físico, sexual e emocional, ter pais divorciados, ou que fizessem abuso de droga.	Entre os homens, a chance de fumar foi 1,4 vezes maior para os que referiram abuso de drogas na família e 1,5 vezes maior para os que referiram separação ou divórcio dos pais em comparação aos que não sofreram. Para as mulheres, esses achados foram 1,6 e 1,4 respectivamente.
Smith Philip et al. (2013) ²⁵ .	Longitudinal (duas ondas). N=751 indivíduos adultos. Pesquisa nacional com amostra aleatória.	Estados Unidos da América.	Abuso físico, emocional e sexual.	Abuso sexual e maus-tratos físicos foram diretamente associados à dependência de nicotina.
Goldstein et al. (2013) ²⁶ .	Transversal. N=93 adultos (18 a 25 anos) recrutados de um grande centro de serviço social.	Canadá.	Três tipos de abuso: físico, sexual, emocional e dois tipos de negligência: física e emocional.	Maus-tratos na infância não foram significativamente associados a um maior uso de álcool ou ao uso de tabaco nessa amostra.
Kristman-Valente et al. (2013) ²⁷ .	Longitudinal. N=457 crianças reavaliadas na vida adulta.	Estados Unidos da América.	Abuso físico e sexual.	Não houve associação estatisticamente significativa entre abuso físico e sexual e risco de ser tabagista.
Sartor et al. (2013) ²⁸ .	Transversal. N=3.761 mulheres gêmeas do Missouri Adolescent FemaleTwinStudy (MOAFTS).	Estados Unidos da América.	Abuso sexual.	Abuso sexual foi associado a um risco aumentado de fumar precocemente, entre 10-14 anos (OR 1,94, IC95%, 1,65-2,28) e entre 15-19 anos (OR 1.40, IC95%, 1,16–1,68).
Gjelsvik et al. (2013) ²⁹ .	Transversal.	Estados Unidos da América.	Ter membro da família, no domicílio, encarcerado, na prisão,	Houve associação entre encarceramento de familiar e tabagismo (OR - 1,50; IC

	N=81.910 participantes do Behavior Risk Factor Surveillance System 2009-2010.		cadeia ou instituição correlacionada.	95%; 1,27-1,77).Após o ajuste para covariáveis, adultos hispânicos apresentaram OR = 1,71, IC 95%, 1,07-2,76 e entre adultos brancos não hispânicos OR ^a - 1,48, IC 95%, 1,20-1,83.
Yeoman et al. (2013) ³⁰ .	Transversal. N=10.293 participantes do Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). Nebraska.	Estados Unidos da América.	8 categorias de ACEs diretos: abuso físico, verbal, sexual. ACEs ambientais: doença mental num membro da família, uso de substância por algum membro da família, ter testemunhado abuso, divórcio e prisão de algum membro da família.	Após ajuste, ACEs diretos ou ambientais isolados ou combinados foram associados com tabagismo, com OR 1,5, 1,8 e 2,7 para ACEs diretos, ambientais e todas as categorias, respectivamente.
Mersky et al. (2013) ³¹ .	Longitudinal de Chicago (CLS). 1.142 menores (93% Afroamericanos e 7% de hispânicos) que nasceram em famílias urbanas carentes, em 1979 ou 1980.	Estados Unidos da América.	Abuso, negligência, vítima pessoal ou testemunha de crime violento, abuso de substâncias pelos pais, ausência prolongada do pai, divórcio dos pais, morte de um amigo próximo ou parente, conflitos familiares freqüentes, e problemas financeiros da família.	Os grupos expostos a várias ACEs apresentavam maior chance de usar tabaco (OR 2,31 (1,47 a 3,63) a 4,70 (2,69 a 8,21)).
Min et al. (2013) ³² .	Transversal. N=279 mulheres (idade de 31 a 54), recrutadas no momento do parto de um grande centro urbano.	Estados Unidos da América.	Abuso físico, emocional e sexual e negligência física e emocional.	Controlando para idade, escolaridade, e raça, os maus tratos na infância das foram relacionados o aumento da probabilidade de história de dependência de substâncias, incluindo o tabaco (OR 1,19, IC 95%, 1,01-1,39), Não foi verificada associação com tabagismo atual.
Matthews et al. (2013) ³³ .	Transversal. N=368 mulheres homossexuais de base comunitária	Estados Unidos da América.	Abuso físico na infância	Abuso físico foi associado com idade mais precoce de início do tabagismo e idade precoce de início do tabagismo foi associado com status de fumante atual.
Afifi et al. (2012) ³⁴ .	Transversal.	Estados Unidos da	Abuso físico, emocional e sexual.	Os cinco tipos de maus-tratos na infância estão associados com o aumento das

	N=34.653 adultos (maior que 20 anos).	América.	Negligência física e emocional.	chances de utilização de nicotina. Após ajuste, a associação permaneceu estatisticamente significativa. Para abuso físico: OR=1,7 em homens e 2,0 em mulheres. Para abuso sexual: OR=1,8 em homens e 2,0 em mulheres.
McLaughlin et al. (2012) ³⁵ .	Longitudinal. 13.962 indivíduos com idade entre 18 e 27 anos. Heterossexuais (n=13.490), homossexuais (n = 227), bissexuais (n = 245).	Estados Unidos da América.	Abuso físico e sexual na infância	Maior exposição a adversidades explica o excesso de risco entre 10 e 20 % no uso de tabaco e sintomas de abuso de drogas entre jovens Lésbicas, Gays e Bissexuais (LGB) em relação aos heterossexuais.
Mingione et al. (2012) ³⁶ .	Transversal. N=256 adultos dependentes de álcool homens e mulheres.	Estados Unidos da América.	Abuso físico, sexual, testemunhar violência doméstica.	Um aumento no número de eventos adversos na infância estava associado com elevado risco do uso do cigarro e da dependência da nicotina. O OR obtido para esta variável sugere que, para cada ACE adicional, a chance de ser dependentes da nicotina aumenta em 40%.
Strine et al. (2012) ³⁷ .	Longitudinal – Onda 2. N=7.210 indivíduos membros do plano de saúde Kaiser de São Diego Califórnia.	Estados Unidos da América.	Abuso emocional, físico, sexual, negligência emocional e física, testemunhar a violência doméstica contra a mãe ou madrasta, membros da família abusando de álcool ou drogas, membros da família com doença mental, os pais separados ou divorciados, e membros da família presos.	A chance de fumar na vida adulta foi pelo menos 40% maior entre mulheres que foram abusadas emocionalmente ou fisicamente, que foram fisicamente negligenciadas, que experimentaram separação ou divórcio dos pais ou tiveram membro da família, no domicílio, encarcerado durante a infância (OR= 2.3, IC 95% 1,6-3.2). Entre os homens a prevalência e as probabilidades não ajustadas de tabagismo adulto atual foram estatisticamente significativas para a exposição ao abuso físico, negligência emocional, separação ou divórcio dos pais, ter convivido com um membro da família

				que abusou de substâncias, e ter tido um membro da família encarcerado.
Ford et al. (2011) ³⁸ .	Transversal. N=25.809 participantes com 18 anos ou mais.	Estados Unidos da América.	Abuso físico, verbal, ou sexual, presenciar violência doméstica, uso de substância na família, membro da família com doença mental, separação ou divórcio dos pais, membro da família domiciliar encarcerado.	Os participantes com cinco ou mais ACEs tiveram uma chance 2,2 maior (IC 95%: 1,92-2,57) de ser tabagista no momento da entrevista, quando comparados com aqueles sem ACEs.
Lewis et al. (2011) ³⁹ .	Longitudinal. N=522 indivíduos.	Estados Unidos da América.	Abuso físico, sexual, emocional ou negligência.	A associação entre tabagismo aos 16 anos de idade e maus-tratos: OR 3.1 p<0,01, comparado com o grupo que não sofreu maus-tratos.
Vander et al. (2011) ⁴⁰ .	Transversal. N=11.999 adultos não institucionalizados. Amostragem de base populacional.	Estados Unidos da América.	11 categorias.	A exposição a cada ACE individual foi associada a um risco significativamente aumentado para tabagismo atual. A magnitude do efeito variou de 30% a 60%, com maior chance de fumar associada a estupro por membros da família, e de 2,3 a 3,7 vezes com maior risco de fumar para aqueles que sofreram abuso sexual. A chance de fumar entre indivíduos expostos a 5 ou mais ACEs, quando comparados com aqueles não expostos, foi de 3,06 (IC 95%: 2,32-4,02) já ter sido tabagista e 2,80 (IC 95%: 2,07-3,77) para ser tabagista atual.

Hodge e Nandy. (2011) ⁴¹ .	Transversal. N=457 índios norte-americanos com 18 anos ou mais.	Estados Unidos da América.	Negligência, abuso físico e sexual.	Maior proporção de ex-fumantes relataram história de negligência na infância (23%, n=25) e adolescência (26%, n=25), em comparação com tabagistas atuais ou nunca fumantes. Fumantes correntes tinham maior probabilidade de ter experimentado abuso físico em sua vida do que ex-fumantes ou nunca (22%, n=33 e 18 %, n=26; valor-p < 0,01).
Thompson e Hasin. (2011) ⁴² .	Transversal. N=424 jovens sem-teto adultos (18-21 anos).	Estados Unidos da América.	Abuso psicológico, físico e sexual.	Depois de ajustar para os fatores de risco e demográficos adultos jovens sem-teto com histórias de ter vivido em orfanatos tinham três vezes mais chance de ser dependentes de tabaco (OR = 3,09).
Wu et al. (2010) ⁴³ .	Transversal. N=402 indivíduos que participaram de programas de tratamento de abuso de drogas.	Estados Unidos da América.	Nove tipos de eventos traumáticos. Abuso ou negligência emocional, negligência física, abuso sexual e disfunção familiar (violência familiar, separação ou divórcio dos pais, membro da família na prisão, morar fora de casa, morte de alguém próximo).	Cada unidade de aumento na exposição a ACEs (1 a 6), elevou o risco do uso do tabaco em 18%.
Ramiro et al. (2010) ⁴⁴ .	Transversal N=1.068 (535 homens e 533 mulheres, com 35 anos de idade ou mais) residente na amostra urbana em Quezon City. Amostra sistemática aleatória.	Estados Unidos da América.	Abuso físico, psicológico e sexual, negligência física e psicológica, história de disfunção familiar: algum membro da família usuário de droga ilícita, bebida, preso, tendo doença mental, mãe agredida, pais separados ou divorciados.	Indivíduos com história de negligência física na infância tinham duas vezes mais chance de usar álcool e drogas ilícitas durante a adolescência ou na idade adulta, e início precoce de tabagismo, com efeito dose-resposta (OR=1,8, IC95%, 0.9–3.3 para uma adversidade e OR=3.7, IC95%, 1,9-6,9 para quatro ou mais adversidades).

Caballero et al. (2010) ⁴⁵ .	Transversal. N=936 alunos em duas escolas secundárias 54,3% do sexo masculino e 45,7% do sexo feminino, variando entre 12 e 16 anos de idade.	Estados Unidos Mexicanos.	Violência física, psicológica e sexual.	Risco de uso de tabaco é maior em meninos que sofreram violência psicológica pelo pai (OR=1,7, IC 95%, 1,02-2,83) ou mãe (OR=1,8, IC 95%, 1,10-2,83). Meninas com historia de violência psicológica em por parte de suas mães (OR=2,38, IC 95%, 1,37-4,13) e violência física por seus pais (OR=2,37, IC95%, 1,41-3,99) apresentaram risco duas vezes maior ter usado tabaco. Ter sofrido quatro tipos distintos de violência mostrou-se associado ao maior risco de uso de tabaco, tanto em meninos (OR=1,9, IC 95%, 1,14-3,24) quanto nas meninas (OR=2.06, IC 95%, 0.89-4.79).
De Von Figueroa-Moseley et al. (2010) ⁴⁶ .	Transversal. N= 296 mulheres em uma pesquisa anônima sobre abuso sexual na infância.	Estados Unidos da América.	Abuso sexual.	Associação entre tabagismo e histórico de abuso sexual (OR=3,93, IC 95%, 1,6-9,9).
Klanceky et al. (2009) ⁴⁷ .	Transversal. N=237 adultos jovens (164 do sexo feminino), com uma com idade média de 19,79 de uma grande universidade do meio oeste de composição étnica variada.	Estados Unidos da América.	Abuso Sexual.	Especificamente, a idade do primeiro cigarro (média 16 anos) predisse a frequência do uso de drogas ilícitas no total de 12 meses, entre os indivíduos que referiram pelo menos um evento de abuso sexual na infância (coagido/forçado) (p = 0,03).
Spratt et al. (2009) ⁴⁸ .	Transversal. N = 57 representam o grupo controle de um estudo maior de dependência de substância.	Estados Unidos da América	Abuso físico, psicológico e social.	As probabilidades de fumar foram quatro vezes maiores em participantes com história de abuso na infância do que sem (OR = 4,0, p = 0,04).

Gau et al. (2009) ⁴⁹ .	Transversal. N = 2.918 estudantes universitários do primeiro ano recrutados em uma universidade.	República da China-Taiwan	Divorcio dos pais.	Os pais dos fumantes tinham mais probabilidade de serem separados ou divorciados do que os pais de não fumantes.
Macleod et al. (2008) ⁵⁰ .	Longitudinal Todas as mulheres grávidas do município de Avon, sudoeste da Inglaterra. A amostra alcançada foi de 14.893 (80% dos elegíveis) e 13.971 crianças vivas em 12 meses de idade do estudo longitudinal de pais e filhos de AVON (ALSPAC) até os 10 anos de idade.	Inglaterra.	Adversidade familiar (escore de adversidade familiar), uso de droga pelos pais.	Adversidade familiar (OR=6,2, IC 95%,2,3-16,7), classe social dos pais (OR=2,6, IC 95%, 1,1- 6,0) e tabagismo parental (OR=2,4 , IC 95%,1- 5,3,) são as exposições do início da vida mais fortemente associadas com o uso de tabaco em crianças com 10 anos de idade.
Roberts et al. (2008) ⁵¹ .	Longitudinal N=20.747 indivíduos.	Estados Unidos da América.	Abuso sexual e físico.	Exposição à agressão física resultou em uma chance duas vezes maior de ser um fumante regular nos últimos 12 meses.
Hayatbakhsh et al. (2008) ⁵² .	Longitudinal. N=7.223 mulheres que deram a luz a bebês vivos únicos. Acompanhamento de 3 a 5 dias, 6 meses, e 5, 14 e 21 anos após o nascimento. Na fase de 21 anos do estudo foram 3.647 jovens.	Austrália.	Saúde mental da mãe	Mudanças no estado civil materno durante os primeiros 5 anos de vida da criança e a qualidade da relação conjugal quando a criança tinha 5 anos, ansiedade/depressão da mãe, predisseram subsequente tabagismo nos filhos e seu início precoce .
Pederson et al. (2008) ⁵³ .	Transversal. N=811 mulheres (18 a 59 anos) que responderam a um	Estados Unidos da América	Abuso físico, psicológico e sexual.	Foi verificada associação significativa entre as ACEs e o número de tipos de ACE com o uso de nicotina.

	anúncio de jornal para se submeter a um inquérito.			
--	--	--	--	--

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; p: p-valor

4. DISCUSSÃO

Duas revisões sistemáticas^{22, 23}, realizadas previamente ao presente estudo, analisaram a associação entre ACEs e diversos desfechos, dentre estes, o tabagismo. Uma delas investigou apenas abuso sexual²² enquanto a outra três adversidades (abuso físico, emocional e negligência)²³. Ambos os estudos identificaram uma associação estatisticamente significativa entre ACEs e tabagismo, enfatizando-se a necessidade de mais revisões para confirmar essa associação. O presente artigo colaborou para esta elucidação, já que analisou de forma exclusiva o desfecho tabagismo em relação a uma maior variedade de adversidades, visando encontrar resultados mais abrangentes e consistentes.

De modo geral, a exposição a diversas ACEs mostrou-se associada com o tabagismo, independente de sexo dos participantes ou do tipo de população estudada, ainda que a maioria dos estudos tenha sido realizada em populações residentes nos Estados Unidos da América. Parece, ainda, haver um aumento da magnitude dessa associação conforme aumenta o número de ACEs às quais os sujeitos foram expostos, configurando uma associação do tipo dose-resposta. Ainda que a maioria dos estudos apresente um desenho transversal, acreditamos que tal fato não represente uma limitação muito importante para os achados que buscam estabelecer uma relação de determinação causal entre a exposição às ACEs e o tabagismo, uma vez que a exposição na infância ocorre, via de regra, antes do início do uso de tabaco. No caso desta revisão, os eventos investigados estão restritos à infância, o que reduz o risco de causalidade reversa nos achados de associação. Mesmo assim é necessário que as investigações futuras priorizem desenhos longitudinais, para que se possa afastar esse tipo de limitação.

Essa associação é especialmente importante, considerando que o tabagismo representa um grave problema de saúde pública. Por outro lado a violência contra a criança é um fenômeno mundial, complexo e multifacetado, e configura importante violação de direitos humanos, além de dificultar o adequado desenvolvimento emocional da criança e aumentar o risco de diversos agravos à saúde física e mental na vida adulta. Essas experiências traumáticas são usualmente vivenciadas no ambiente familiar, que deveria justamente prover cuidado e proteção para a criança, direitos assegurados pela Constituição Brasileira de 1988. De acordo com

esta, é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão⁵⁴.

A combinação desses dois problemas, graves em si, – a exposição à adversidade na infância (como abuso físico, sexual, negligência, entre outros) e o tabagismo, só faz aumentar a relevância de investigações e ações que visem minimizar seus efeitos. A criança ainda não tem o sistema nervoso central e o funcionamento mental completamente desenvolvido. A vivência de experiências traumáticas tem sido associada com danos da estrutura cerebral⁵⁵. Por outro lado, uma das teorias da utilização de nicotina é que esta atua na "desregulação neuronal", estimulando os neurotransmissores, das vias dopaminérgicas de recompensa cerebral, associadas à sensação de prazer e recompensa, redução de ansiedade e tensão, levando a uma sensação momentânea de melhora do humor e do funcionamento global. Dentre as hipóteses que podem explicar a associação entre a exposição às ACEs e o tabagismo está a de que as propriedades psicoativas da nicotina ajudam na regulação do humor, tendo uma função adaptativa para lidar com as consequências de vivências traumáticas durante a infância⁵⁶. Deve-se, ainda, considerar o incentivo ambiental para a iniciação tabágica, como a influência de amigos, a propaganda nas mídias de comunicação de massas e ao pouco controle familiar³⁸.

Este estudo tem a finalidade de contribuir para a elaboração de políticas públicas que visem à redução do tabagismo e da consequente dependência de nicotina, bem como promovam a proteção de crianças e adolescentes e reduzam os riscos de exposição a experiências adversas na infância.

6. REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Report on global Tobacco epidemic 2013. Geneva. WHO: 2013. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/>. Acesso em 08/09/2014.
2. Banks, Emily et al. "Tobacco Smoking and All-Cause Mortality in a Large Australian Cohort Study: Findings from a Mature Epidemic with Current Low Smoking Prevalence." *BMC Medicine* 2015; 13:38
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA): Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/mortalidade> acessado em 28/08/2015.
4. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *A situação do tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009*. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) (2001). *Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA.
6. EPPI REVIEWER 4. Disponível em <http://epi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?alias=epi.ioe.ac.uk/cms/er4>.
7. Martsof Donna S; Draucker Claire Burke; Thompson Ronald G; Hasin Deborah S. The legacy of childhood sexual abuse and family adversity. *Journal of Nursing Scholarship* 2008; 40(4): 333.
8. Wu J, Witkiewitz K, McMahon RJ, Dodge KA. A parallel process growth mixture model of conduct problems and substance use with risky sexual behavior. *Drug Alcohol Depend* 2010; 111(3): 207-14.
9. Timmermans M, van Lier PA, Koot HM. Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use?. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(4): 386-94.
10. Gutman LM, Eccles JS, Peck S, Malanchuk O. The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *J Adolesc*. 2011; 34(1):119-28.

11. Klosky JL, Howell CR, Li Z, Foster RH, Mertens AC, Robison LL, Ness KK. Risky health behavior among adolescents in the childhood cancer survivor study cohort. *J Pediatr Psychol* 2012; 37(6): 634-46.
12. Fischer Jane A A; Najman Jakob M M; Williams Gail M M; Clavarino Alexandra M M. Childhood and adolescent psychopathology and subsequent tobacco smoking in young adults: findings from an Australian birth cohort. *Addiction (Abingdon, England)* 2012; 107(9): 1669-76.
13. Brown David W; Riley Leanne, Butchart Alexander, Kann Laura, Grantham Dennis. Bullying among youth from eight African countries and associations with adverse health behaviors.(Survey). *Pediatric Health* 2008; 2(3): 289.
14. Muenster Eva, Zier Ulrike, Letzel Stephan, Ochsmann Elke, Weirich Horst H H; Toschke Andre M M. Low social support and further risk factors for nicotine abuse in childhood and adolescence in Germany. *Social work in health care* 2011; 50(3): 230-41.
15. Nargiso JE; Becker SJ; Wolff JC; Uhl KM; Simon V; Spirito A; Prinstein MJ. Psychological, peer, and family influences on smoking among an adolescent psychiatric sample. *J Subst Abuse Treat* 2012; 42(3): 310-8.
16. Shin Sunny Hyucksun; Hong Hyokyoung Grace; Hazen Andrea L; KoenenKarestan C; Devivo Immaculata, Rich Edwards, Janet , Smoller Jordan W; Wright Rosalind J; Purcell Shaun M. Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010; 109(1): 226-235.
17. Tinggen Martha S S; Andrews Jeannette O O; Stevenson Ashley W W. Primary and secondary tobacco prevention in youth. *Annual review of nursing research* 2009; 27: 171-93.
18. Arteaga I, Chen CC, Reynoldes AJ. Childhood predictors of substance use. *Children and Youth Services Review* 2010; 32:1108-1120.
19. Jackson Caroline, Geddes Rosemary, Haw Sally, Frank John. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)* 2012; 107(4): 733-47.
20. Baler RD, Volkow ND. Addiction as a systems failure: focus on adolescence and smoking. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50(4): 329-39.
21. Grantham Dennis, Belle Deborah, Doucet Joanne, Harris Jacob, Miller Joy, Tan Esthere. Capitol Hill hears case for behavioral health prevention: ACMHA forum

highlights long-term impacts of childhood trauma, promise of community-based prevention.(PREVENTION)(Report). *Behavioral Healthcare* 2013; 33(1): 31.

22. Draucker Claire Burke; Mazurczyk Jill, Goldstein Risë B; Dawson Deborah A; Stinson Frederick S; Ruan W June; Chou S Patricia; Pickering Roger P; Grant Bridget F. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook* 2013.

23. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9(11).

24. Fuller-Thomson E, Filippelli J, Lue-Crisostomo C A; Macdonald Patricia. Gender-specific association between childhood adversities and smoking in adulthood: findings from a population-based study. *Public Health* 2013; 127(5): 449-460.

25. Smith Philip H H; Homish Gregory G G; Saddleson Megan L L; Kozlowski Lynn T T; Giovino Gary A A. Nicotine Withdrawal and Dependence Among Smokers With a History of Childhood Abuse. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2013.

26. Goldstein Abby L; Faulkner Breanne, Wekerle Christine. The relationship between internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect* 2012.

27. Kristman-Valente AN; Brown EC; Herrenkohl TI. - Child physical and sexual abuse and cigarette smoking in adolescence and adulthood. - *J Adolesc Health* 2013; 53(4): 533-8.

28. Sartor CE, Waldron M, Duncan AE, Grant JD, McCutcheon VV, Nelson EC, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC. Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. *Addiction* 2013;108(5):993-1000.

29. Gjelsvik A, Dumont DM, Nunn A. Incarceration of a household member and Hispanic health disparities: childhood exposure and adult chronic disease risk behaviors. *Prev Chronic Dis*. 2013.

30. Yeoman K, Safranek T, Buss B, Cadwell BL, Mannino D. Adverse childhood experiences and adult smoking, Nebraska, 2011. *Prev Chronic Dis* 2013.

31. Mersky JP, Topitzes J, Reynolds AJ. Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: a cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse Negl* 2013;37(11):917-25.
32. Min MO, Minnes S, Kim H, Singer LT. Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse Negl* 2013;37(6):361-73.
33. Matthews AK, Cho YI, Hughes TL, Johnson TP, Alvy L. The influence of childhood physical abuse on adult health status in sexual minority women: the mediating role of smoking. *Womens Health Issues* 2013;23(2).
34. Afifi Tracie O; Henriksen Christine AA; Asmundson Gordon JGJ; Sareen Jitender. Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 2012; 57(11): 677-86.
35. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Xuan Z, Conron KJ. Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. *Child Abuse Negl* 2012; 36(9): 645-55.
36. Mingione CJ, Heffner JL, Blom TJ, Anthenelli RM. Childhood adversity, serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype, and risk for cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol dependent adults. *Drug Alcohol Depend* 2012;123(1-3):201-6
37. Strine TW, Edwards VJ, Dube SR, Wagenfeld M, Dhingra S, Prehn AW, Rasmussen S, McKnight-Eily L, Croft JB. The mediating sex-specific effect of psychological distress on the relationship between adverse childhood experiences and current smoking among adults. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012;7:30.
38. Ford Earl S; Anda Robert F; Edwards Valerie J; Perry Geraldine S; Zhao Guixiang, Li Chaoyang, Croft Janet B; Boyd Carol J; faan Elizabeth, Hill Carolyn, Holmes Rogaire, Purnell Rogaire. Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine* 2011; 53(3): 188-193.
39. Lewis Terri L; Kotch Jonathan, Wiley Tisha R.A; Litrownik Alan J; English Diana J; Thompson Richard, Zolotor Adam J; Block Stephanie D; Dubowitz Howard, Myin-germeys I, Oorschot M, Collip D, Lataster J, Delespaul P, Van Os, J. Internalizing Problems: A Potential Pathway From Childhood Maltreatment to Adolescent Smoking. *Journal of Adolescent Health* 2011; 48(3): 247-252.
40. Vander Weg, Mark W, De Von Figueroa-moseley, Colmar, Abramson Jill Marise; Williams Geoffrey C. *Adverse Childhood Experiences and Cigarette Smoking: The 2009 Arkansas and Louisiana Behavioral Risk Factor Surveillance Systems* 2011.

- 41.Hodge Felicia, Nandy Karabi. Factors associated with American Indian cigarette smoking in rural settings. *International journal of environmental research and public health* 2011; 8(4): 944-54.
- 42.Thompson RG, Hasin DS. Cigarette, marijuana, and alcohol use and prior drug treatment among newly homeless young adults in New York City: Relationship to a history of foster care. *Drug Alcohol Depend* 2011; 117(1): 66-9.
- 43.Wu NS, Schairer LC, Dellor E, Grella C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addict Behav* 2010; 35(1): 68-71.
- 44.Ramiro Laurie S; Madrid Bernadette J; Brown David W; Tough Suzanne. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect* 2010; 34(11): 842-855.
- 45.Caballero MA, Ramos L, González C, Saltijeral MT. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse Negl* 2010;34(8):576-84.
- 46.De Von Figueroa-Moseley C, Abramson JM, Williams GC. College women: history of childhood abuse and its relationship to smoking. *Violence Against Women* 2010;16(11):1242-51.
47. Klanecky AK, Salvi S, McChargue DE. Coerced childhood sexual abuse moderates the association between cigarette smoking initiation and college drug use frequency. *Am J Addict* 2009; 18(5): 363-6.
- 48.Spratt EG, Back SE, Yeatts SD, Simpson AN, McRae-Clark A, Moran-Santa Maria MM, Price KL, Hartwell KT, Brady KT. Relationship between child abuse and adult smoking. *Int J Psychiatry Med* 2009; 39(4):417-26.
- 49.Gau SS, Lai MC, Chiu YN, Liu CT, Lee MB, Hwu HG. Individual and family correlates for cigarette smoking among Taiwanese college students. *Compr Psychiatry* 2009; 50(3):276-85.
- 50.Macleod John, Hickman Matthew, Bowen Erica, Alati Rosa, Tilling Kate, Smith George Davey D; (2008) Parental drug use, early adversities, later childhood problems and children's use of tobacco and alcohol at age 10: birth cohort study. *Addiction (Abingdon, England)* 2008; 103(10): 1731-43.
51. Roberts ME, Fuemmeler BF, McClernon FJ, Beckham JC. Association between trauma exposure and smoking in a population-based sample of young adults. *J Adolesc Health* 2008; 42(3): 266-74.

52. Hayatbakhsh MR, Mamun AA, Najman JM, O' , Callaghan MJ, Bor W, Alati R. Early childhood predictors of early substance use and substance use disorders: prospective study. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(8): 720-31.
53. Pederson CL, Vanhorn DR, Wilson JF, Martorano LM, Venema JM, Kennedy SM. Childhood abuse related to nicotine, illicit and prescription drug use by women: pilot study. *Psychol Rep* 2008; 103(2):459-66 230-41.
54. Guerra, VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 7ª Ed São Paulo: Cortez, 2011.
55. Perry, B.D. The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry, (Eds., D. Schetky and E.P. Benedek) *American Psychiatric Press* 2001; 221-238.
56. Edwards, VJ., et al. Adverse Childhood Experiences and Smoking Persistence in Adults with Smoking-Related Symptoms and Illness. *Perm J* 2007;11(2), 5-13.

4.2. ARTIGO 2

ASSOCIATIONS BETWEEN EXPOSURE TO CHILDHOOD ADVERSITIES AND SUBSEQUENT NICOTINE DEPENDENCE

Ana Paula Araújo Faria^{a*}, Evandro Coutinho^b, Maria Del Carmen Bisi Molina^a, Flavia Garcia Pereira^a, Laura Helena Andrade^c, Maria Carmen Viana^{ad}

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

^bDepartamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

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

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

ABSTRACT:

The association between childhood adversities and smoking has been widely documented. However, few studies have systematically evaluated the role of exposure to adverse childhood experiences in the subsequent occurrence of tobacco smoking. The objective of this study is to evaluate the influence of exposure to adverse childhood experiences in the occurrence of nicotine dependence, persistence of smoking, and early smoking in a population-based sample of adult residents in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil. Data analyzed come from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. A total of 5,037 individuals were interviewed, with an overall response rate of 81.3%, and a sub-sample of 2,942 respondents were assessed for nicotine dependence. The associations between exposure to adverse childhood experiences and smoking were assessed through logistic regression models and survival analysis procedures, using STATA 12.0. There was a statistically significant association between exposure to childhood adversities and smoking except for sexual abuse, parental loss and economic adversity. Being a current smoker are more related to having been exposed to adverse

childhood experiences that being a former smoker, recent or old and there was more chance to early onset smoking among individuals exposed to most adversity except sexual abuse, parental loss and economic hardship, with the highest HR were for antisocial personality parental (HR 2.92), Life-threatening physical illness (HR 2, 70), parental criminal behavior (HR 2.50).

*Corresponding author. Phone: +55 27 99945-8799

E-mail address: mcviana@uol.com.br

1. INTRODUCTION

Tobacco smoking is an important risk factor for global mortality in the world, causing 71% of deaths from lung cancer worldwide and 18% of deaths in high-income countries (WHO, 2013). Smoking is the world's leading cause of preventable death. Around six million people die of tobacco-related illnesses annually, causing a huge damage to the economy of hundreds of billions of dollars. It is estimated that in 2030, tobacco smoking will cause more than eight million deaths worldwide (WHO, 2011).

Near 20% of smokers die prematurely, losing about twenty years of life due to smoking-related diseases, which causes 40-45% of all cancer deaths, 90-95% of deaths from lung cancer, 75% of chronic pulmonary obstructive illness and 20-35% of cardiovascular diseases (Silva et al., 2008).

The overall prevalence of nicotine dependence in Brazil is 18% (WHO, 2011). Understanding how cigarette smoking initiates is an important step to guide adequate prevention of dependence in the future. A great number of studies have shown that smoking initiation is strongly influenced by both psychosocial and physiological factors (Carmody et al., 1989) and suggested that there is an association of exposure to adverse childhood experiences (Childhood Adverse Experiences – ACEs) and nicotine dependence in the future (Felitti et al., 1998). Several studies reported not only positive associations, but a dose-response effect: to each unit increase of adversity in childhood there is a progressive increase in risk of tobacco use (Wu et al., 2010, Ford et al., 2011, Vander et al., 2011, Afifi et al., 2012, Yeoman et al., 2013, Felitti et al., 1998, Anda et al. 1999, Edwards et al., 2007).

The aims of this study were to evaluate the influence of exposure to adverse childhood experiences in the subsequent occurrence of nicotine dependence, early tobacco smoking and smoking persistence in a population-based sample of adult residents in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil, analyzing data from the São Paulo Megacity Mental Health Survey.

2. METHODS

2.1 SAMPLE

The *São Paulo Megacity Mental Health Survey* is a population-based cross-sectional survey of psychiatric morbidity, assessing a probabilistic sample of household residents in the São Paulo Metropolitan Area, aged 18 years and over. Respondents were selected from a stratified multistage clustered area probability sample of households, covering 39 municipalities, without replacement. Respondents were assessed using the *World Mental Health Survey* version of the *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)* (Kessler, Üstün, 2004), which was translated and adapted into the Brazilian-Portuguese language. Data was collected between May 2005 and April 2007 by trained lay interviewers. A total of 5,037 individuals were interviewed, with a global response rate of 81.3% (Viana et al., 2009). For this study, a sub-sample of 2942 respondents, who were assessed regarding tobacco smoking, was considered.

The *WMH-CIDI* comprises clinical and non-clinical sections, producing diagnoses according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-IV). Respondents were interviewed after informed written consent was obtained, and total confidentiality was assured. The *São Paulo Megacity Mental Health Survey* was approved by the Ethical and Research Committee of the School of Medicine, University of São Paulo. Detailed information on design and methods are described elsewhere (Viana et al., 2009).

2.2 MEASURES

Adverse childhood experiences

Fourteen types of adverse childhood experiences, occurring before age 18, were investigated. Physical abuse was defined as suffering repeated physical violence during childhood, while sexual abuse included rape and sexual molestation. Parental loss included parental death, divorce and other parental losses for biological and

non-biological parents. Depression, anxiety and panic disorder in the parents were assessed by screening characteristic symptoms, which caused burden or lead to treatment. Substance abuse was assessed through inquiring of problems at work and at home. Involvement in criminal activities took into account theft and/or sale of stolen materials and history of parental imprisonment . Family violence is related to the occurrence of physical and verbal aggression between parents. Neglect was assessed concerning welfare during childhood in terms of access to food, clothing, medical care, and adequate supervision. The occurrence of life-threatening diseases in childhood was investigated,, and family economic adversity took into account parental income and the difficulty to maintain basic necessities of living.

This assessments included in the WHO-CIDI were based on the "Family History of Research Diagnostic Criteria (RDC) interview" (Andreasen et al., 1977) and "Parental Bonding Instrument" (Parker, Tupling and Brown,1979).

All childhood adverse experiences assessed were classified as personal violence (physical abuse and sexual abuse), personal loss (death of parents, parental divorce, and other losses such as adoption, being brought by other than biological parents), dysfunctional family environment (parents/surrogates with depression, anxiety, panic disorder, substance use, involvement in criminal activities and family violence) and other adverse experiences (neglect, serious physical illness in childhood and family economic adversity) and a total of eight grouping variables were created. Any personal violence (including physical abuse and sexual abuse), any personal loss (death of parents, parental divorce and other loses), any family dysfunction (depression, anxiety, panic disorder, substance use, involvement in criminal activity and violence family), any parental mental illness (depression, anxiety and panic disorder), other family dysfunction (substance use, involvement in criminal activities and family violence), other adversities (physical disease, neglect and economic hardship family).

Nicotine dependence

History of tobacco smoking was assessed, and lifetime and current nicotine dependence were diagnosed according to diagnostic criteria of the fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

2.3 STATISTICAL ANALYSIS

Descriptive statistics and measures of associations were calculated considering the study design effect, using weights adjusting for sampling probabilities and for the age and gender structure of the target-population. Differences in distributions were evaluated using chi-square tests. To assess the associations of childhood adversities and lifetime nicotine dependence and smoking persistence, crude and adjusted odds ratios (OR) were calculated using logistic regression and multinomial (polytomous) logistic regression models, respectively.

The role of childhood adversities in predicting nicotine dependence was investigated using a survival analysis' approach (Kleinbaum & Klein, 2012). This type of analysis is suitable for situations where the outcome variable is the time until the event of interest occurs. In the present study, the event was the onset of nicotine dependence, diagnosed according to the DSM-IV criteria. Because data gathering was cross-sectional, we defined the respondents' birth as the beginning of the follow-up period. To calculate the time of observation for each respondent, "failure" time was defined as the age of onset of nicotine dependence, for those who became dependent, and age at interview indicated the amount of time elapsed without the occurrence of dependence ("censorship"), for those who never smoked. Kaplan-Meier survival curves for the onset of nicotine dependence according to the different types of childhood trauma were built and tested for significant differences among exposed and non-exposed, through the log-rank test (Kleinbaum et Klein, 2012). Crude Hazard Ratios (HR) were obtained by the Cox proportional hazards model for each type of childhood adversity, and further adjusted for three potential confounders (gender, birth cohort and highest parents' education). The hazards function provides the instantaneous potential at any specific moment for the event to occur (Kleinbaum & Klein, 2012). Following this view, in our analysis, a HR greater than 1 means that

exposure to a traumatic event during the childhood will cause the individual to become dependent on nicotine earlier than someone who has not experienced the same trauma. The HR can be interpreted similarly to the OR (Spruance, et al, 2004) and it will be equivalent to the odds that an individual with the higher hazard reaches the endpoint (nicotine dependence) earlier. We used log-log plots to test if the assumption of proportionality, required to use Cox proportional hazard models, was held (Cleves et al, 2010), and applied the Schoenfeld residuals test (Kleinbaum & Klein, 2012). As the PH assumption was violated for the variable gender in most childhood adversity models, we applied Cox model stratified by gender, and this strategy satisfied the PH assumption.

All analysis were carried out in STATA 12, using the routines for complex sampling design, and all tests were two-tailed, with statistical significance set at 0.05 ($p < 0.05$). P-values between 0.06 and 0.10 were interpreted as having borderline statistical significance.

3.RESULTS

The first column of table 1 shows among smokers the percentage of individual that were exposure to the some adversity. Then, among smokers, 33.8% had interpersonal violence, 37.6% maldaptative family function, 35% parental loss. There was a statistically significant association between exposure to childhood adversities and smoking except for sexual abuse, parental loss and economic adversity. The association remained even after adjusting for socio-demographic characteristics (table 1). The highest OR found was for parental criminal behavior (OR 3.1), life-threatening physical illness (OR 2.5) and economic adversity.

Be a current smoker are more related to having been exposed to ACEs that being a former smoker, recent or old (table 2).found that who continued smoking had a higher risk of being exposed to ACEs with a higher risk of being exposed. Besides being predictor of smoking were predictive of a more serious status of smoking.

Table 3 presents the crude and adjusted hazard ratios (HR) for nicotine dependence following childhood adversity. All adversities, except sexual abuse and economic adversity, were associated with a higher chance of becoming nicotine dependent earlier, even after adjusting for gender, birth-cohort and highest parents' education. The association for the variable parental loss showed a borderline statistical significance ($p=0.08$). Concerning the magnitude of the HR, parent criminal behavior, family violence and life-threatening physical illness presented point estimates larger than 2.

The log-log plots of the adjusted Cox proportional hazard models for the onset of nicotine dependence are presented in Figure 1. As expressed by the HR in Table 3, childhood exposure for all adversities, except economic hardship, produced differential curves for those exposed compared to those non-exposed.

4. DISCUSSION

Exposure to childhood Adversities and its association with the beginning of smoking and nicotine dependence have been reported in several studies. Some studies suggest that this association can be explained by a psychological manner to deal with early stress in life and that would be a mechanism where the psychoactive properties of nicotine help in regulating mood, having an adaptive function (Edwards et al., 2007), and also the environmental incentive as the influence of friends, commercial interests and unfamiliar control (Ford et al., 2011).

In a systematic review (Faria et al., 2015), where thirty articles were evaluated, positive associations between exposure to childhood adversities and nicotine dependence were reported in twenty seven studies. Sexual abuse in childhood predicted nicotine dependence in several studies. In this study, the association with sexual abuse was not observed. It can be explain because of a reduce number of persons that related suffer sexual abuse. Add with sexual abuse only two adversities had not demonstrate association to dependence nicotine: parental loss and economic adversity which can be possible explained by understanding that Brazil is a country with subdevelopment economy and early in life people have to deal with this reality that make people fight for subsistence. The others adversities have shown an association with nicotine dependence.

Regarding those who continued smoking, respondents who continued to smoke were more likely to having been exposed to ACEs. Besides being a predictor of smoking, ACEs were predictive of a more serious smoking, and this can be explained by the theory that use of nicotine helps to regulate mood and promote adaptation function to deal with early trauma . The reverse result has been widely reported , with a dose response effect showing that for each increase in exposure to adversity, there is an increased risk of being a smoker(Wu et al., 2010, Ford et al., 2011, Vander et al., 2011, Afifi et al., 2012, Yeoman et al., 2013),which is in accordance with previous studies (Felitti et al, 1998, Anda et al, 1999, Edwards et al., 2007).

5. CONCLUSION

This study is very important to guide public policies based in scientific information on the knowledge of smoking initiation, leading to nicotine dependence It can possibly contribute to establish polices that protect childhood and adolescence.

All sectors of society have to make a conjunct effort to avoid childhood adversities promoting adequate supply of jobs, structure for a healthy family environment, support for coping problems, schools are prepared to disseminate information and face each situation on child suffering.

6. REFERENCES

Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*.2012; 57(11): 677-86.

Al Mamun A, Alati R, O'Callaghan M, Hayatbakhsh MR, O'Callaghan FV, Najman, J M, Bor, W. Does childhood sexual abuse have an effect on young adults' nicotine disorder (dependence or withdrawal)? Evidence from a birth cohort study. *Addiction*. 2007; 102(4): 647-654.

Anda RF, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. In: (Ed.). *JAMA*. 1999;282:1652-8.

Arteaga I, Chen CC, Reynoldes AJ. Childhood predictors of substance use. *Children and Youth Services Review*. 2010; 32:1108 - 1120.

Baler RD, Volkow ND. Addiction as a systems failure: focus on adolescence and smoking. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(4): 329-39.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) (2001). *Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA.

Brown DW, Riley L, Butchart A, Kann L, Grantham D. Bullying among youth from eight African countries and associations with adverse health behaviors.(Survey). *Pediatric Health*. 2008; 2(3): 289.

Caballero MA, Ramos L, González C, Saltijeral MT. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse Negl*. 2010 Aug;34(8):576-84.

Carmody TP. Affect regulation, nicotine addiction, and smoking cessation. *J Psychoactive Drugs*. 1998; 21(3):331-42.

Chen J, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in Henan province, China: Associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *J Adolesc Health*. 2006; 38: 544 -549.

De Von Figueroa-Moseley C, Abramson JM, Williams GC. College women: history of childhood abuse and its relationship to smoking. *Violence Against Women*. 2010 Nov;16(11):1242-51.

Draucker CB, Mazurczyk J, Goldstein RB; Dawson DA; Stinson FS; Ruan WJ, Chou SP, Pickering RP, Grant BF. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook*. 2013; 61 (5):291-310.

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. *American journal of preventive medicine*. 1998; 14(4):245-58.

Fischer JA, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM. Childhood and adolescent psychopathology and subsequent tobacco smoking in young adults: findings from an Australian birth cohort. *Addiction (Abingdon, England)*. 2012; 107(9): 1669-76.

Ford ES, Anda RF, Edwards VJ, Perry GS, Zhao G, Li C, Croft JB. Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine*. 2011; 53(3): 188-193.

Fuller-Thomson E, Filippelli J, Lue-Crisostomo CA, Macdonald P. Gender-specific association between childhood adversities and smoking in adulthood: findings from a population-based study. *Public Health*. 2013, 127(5): 449-460.

Gau SS, Lai MC, Chiu YN, Liu CT, Lee MB, Hwu HG. Individual and family correlates for cigarette smoking among Taiwanese college students. *Compr Psychiatry*. 2009 May-Jun;50(3):276-85.

Gjelsvik A, Dumont DM, Nunn A. Incarceration of a household member and Hispanic health disparities: childhood exposure and adult chronic disease risk behaviors. *Prev Chronic Dis*. 2013 May 2.

Goldstein AL, Faulkner B, Wekerle C. The relationship between internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37(1):22-32.

Grantham D, Belle D, Doucet J, Harris J, Miller J, Tan E. Capitol Hill hears case for behavioral health prevention: ACMHA forum highlights long-term impacts of

childhood trauma, promise of community-based prevention.(PREVENTION)(Report). *Behavioral Healthcare*. 2013; 33(1): 31.

Gutman LM, Eccles JS, Peck S, Malanchuk O. The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *J Adolesc*. 2011 Feb;34(1):119-28.

Hayatbakhsh MR, Mamun AA, Najman JM, O' , Callaghan MJ, Bor W, Alati R. Early childhood predictors of early substance use and substance use disorders: prospective study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008; 42(8):720-31.

Hodge F, Nandy K. Factors associated with American Indian cigarette smoking in rural settings. *International journal of environmental research and public health*. 2011; 8(4):944-54.

Holmberg LI, Hellberg D. Sexually abused children. Characterization of these girls when adolescents. *Int J Adolesc.Med Health*. 2010; 22(2): 291-300.

Jackson C, Geddes R, Haw S, Frank J (2012) Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*. 2012; 107(4):733-47.

Jun HJ, Rich-Edwards JW, Boynton-Jarrett R, Austin SB, Frazier A L, Wright RJ. Child abuse and smoking among young women: The importance of severity accumulation and timing. *J Adolesc Health*.2008; 43(1).

Klonecky AK, Salvi S, McChargue DE. Coerced childhood sexual abuse moderates the association between cigarette smoking initiation and college drug use frequency. *Am J Addict*. 2009; 18(5): 363-6.

Klosky JL, Howell CR, Li Z, Foster RH, Mertens AC, Robison LL, Ness KK. Risky health behavior among adolescents in the childhood cancer survivor study cohort. *J Pediatr Psychol*. 2012; 37(6): 634-46.

Kim J, Williams S. Linking childhood maltreatment to substance use in college students: The mediating role of self-worth contingencies. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2009; 18(1): 88 -105.

Kristman-Valente AN; Brown EC; Herrenkohl TI. Child physical and sexual abuse and cigarette smoking in adolescence and adulthood. *J Adolesc Health*. 2013; 53(4): 533-8.

Lewis TL, Kotch J, Wiley TR; Litrownik AJ; English DJ; Thompson R, Zolotor AJ; Block SD; Dubowitz H. Internalizing Problems: A Potential Pathway From Childhood Maltreatment to Adolescent Smoking. *Journal of Adolescent Health*. 2011; 48(3): 247-252.

Lin D, Li X, Fan X, Fang X. (2011). Child sexual abuse and its relationship with health risk behaviors among rural children and adolescents in Hunan, China. *Child Abuse Negl*. 2011; 35(9): 680-687.

Macleod J, Hickman M, Bowen E, Alati R, Tilling K, Smith GD. Parental drug use, early adversities, later childhood problems and children's use of tobacco and alcohol at age 10: birth cohort study. *Addiction (Abingdon, England)*. 2008; 103(10): 1731-43.

Martsof DS, Draucker CB, Thompson RG, Hasin DS. The legacy of childhood sexual abuse and family adversity.(Clinical Scholarship)(Report). *Journal of Nursing Scholarship*. 2008; 40(4): 333.

Matthews AK, Cho YI, Hughes TL, Johnson TP, Alvy L. The influence of childhood physical abuse on adult health status in sexual minority women: the mediating role of smoking. *Womens Health Issues*.2013; 23(2): 95-102.

McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Xuan Z, Conron KJ. Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. *Child Abuse Negl*. 2012; 36(9): 645-55.

Mersky JP, Topitzes J, Reynolds AJ. Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: a cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse Negl*. 2013 Nov;37(11):917-25.

Min MO, Minnes S, Kim H, Singer LT. Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse Negl*. 2013 Jun;37(6):361-73.

Mingione CJ, Heffner JL, Blom TJ, Anthenelli RM. Childhood adversity, serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype, and risk for cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol dependent adults. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Jun1;123(1-3):201-6.

Moran PB, Vuchinich S, Hall NK (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse Negl*. 2004;28(5): 565-574.

Muenster E, Zier U, Letzel S, Ochsmann E, Weirich H; Toschke AM. Low social support and further risk factors for nicotine abuse in childhood and adolescence in Germany. *Social work in health care*. 2011; 50(3): 230-41.

Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11).

Pederson CL, Vanhorn DR, Wilson JF, Martorano LM, Venema JM, Kennedy SM. Childhood abuse related to nicotine, illicit and prescription drug use by women: pilot study. *Psychol Rep*. 2008 Oct;103(2):459-66.

Ramiro LS; Madrid BJ; Brown DW; Tough S. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*. 2010; 34(11): 842-855.

Roberts ME, Fuemmeler BF, McClernon FJ, Beckham JC. Association between trauma exposure and smoking in a population-based sample of young adults. *J Adolesc Health*. 2008; 42(3): 266-74.

Sartor CE, Waldron M, Duncan AE, Grant JD, McCutcheon VV, Nelson EC, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC. Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. *Addiction*. 2013 May;108(5):993-1000.

Shin SH, Hong HG, Hazen AL. Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010; 109(1): 226-35.

Silva MPE; Silva RMVGD; Botelho C. Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2008; 34 (11): 927-35.

Smith PH; Homish GG; Saddleson ML; Kozlowski LT; Giovino GA. Nicotine Withdrawal and Dependence Among Smokers With a History of Childhood Abuse. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2013; 15(12): 2016-21.

Spratt EG, Back SE, Yeatts SD, Simpson AN, McRae-Clark A, Moran-Santa Maria MM, Price KL, Hartwell KT, Brady KT. Relationship between child abuse and adult smoking. *Int J Psychiatry Med*. 2009;39(4):417-26.

Strine TW, Edwards VJ, Dube SR, Wagenfeld M, Dhingra S, Prehn AW, Rasmussen S, McKnight-Eily L, Croft JB. The mediating sex-specific effect of psychological distress on the relationship between adverse childhood experiences and current smoking among adults. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012 Jul 13;7:30.

Thompson RG, Hasin DS. Cigarette, marijuana, and alcohol use and prior drug treatment among newly homeless young adults in New York City: Relationship to a history of foster care. *Drug Alcohol Depend*. 2011; 117(1): 66-9.

Timmermans M, van Lier PA, Koot HM. Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use?. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49(4): 386-94.

Tingen MS; Andrews JO; Stevenson AW. Primary and secondary tobacco prevention in youth. *Annual review of nursing research*. 2009; 27: 171-93.

US. OFFICE ON SMOKING AND HEALTH. Women and Smoking: *A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2001 Mar. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44303/>>. Acesso em 04/03/2014.

Vander Weg MW. (2011) Adverse Childhood Experiences and Cigarette Smoking: The 2009 Arkansas and Louisiana Behavioral Risk Factor Surveillance Systems. *Nicotine Tob Res*. 2011; 13(7): 616-22.

Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani Ide S, Andrade LH. São Paulo Megacity Mental Health Survey – a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 dec; 31 (4): 375-86.

WHO. The global burden of disease: 2004 update. Disponível em <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en>. Acesso em 11/12/2014.

WHO. World Health Organization. Who Report on the Global Tobacco Epidemic. World Health Organization, 2008.

WHO. World Health Organization. Who report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the danger of tobacco. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/ebook/en/index.html 2011. Acesso em 15/07/2013.

WHO. World Health Organization. Report on global Tobacco epidemic 2013. Geneva. WHO: 2013. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/>. Acesso em 08/09/2014.

Wu NS, Schairer LC, Dellor E, Grella C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addict Behav.* 2010; 35(1): 68-71.

Wilkinson AV, Shete S, Prokhorov AV. The moderating role of parental smoking on their children's attitudes toward smoking among a predominantly minority sample: a cross-sectional analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2008 Jul 14; 3:18.

Wu J, Witkiewitz K, McMahon RJ, Dodge KA. A parallel process growth mixture model of conduct problems and substance use with risky sexual behavior. *Drug Alcohol Depend.* 2010; 111(3): 207-14.

Yeoman K, Safranek T, Buss B, Cadwell BL, Mannino D. Adverse childhood experiences and adult smoking, Nebraska, 2011. *Prev Chronic Dis.* 2013 Sep 19; 10.

Table 1: Frequency of exposure to childhood adversities among respondents with lifetime DSM-IV nicotine dependence, and crude and adjusted odds ratios (OR) for the associations between each adversity and lifetime nicotine dependence

CHILDHOOD ADVERSITY	LIFETIME DSM-IV NICOTINE DEPENDENCE		
	% (SE)	Crude OR (95%CI)	Adjusted ¹ OR (95%CI)
INTERPERSONAL VIOLENCE	33.8 (0.02)	2.1 (1.58-2.69)**	1.9 (1.46-2.39)**
Physical abuse	24.8 (0.03)	2.1 (1.47-2.88)**	1.9 (1.36-1.89)**
Sexual abuse	0.9 (0.003)	1.4 (0.64-3.20)	1.7 (0.75-3.71)
MALADAPTATIVE FAMILY FUNCTIONING	37.6 (0.02)	2.0 (1.55-2.65)**	2.1 (1.63-2.82)**
Parent mental disorder	17.7 (0.01)	1.8 (1.34-2.55)**	2.0 (1.38-2.83)**
Parent substance disorder	15.2 (0.02)	1.9 (1.32-2.82)**	2.0 (1.32-2.88)**
Parent criminal behavior	7.6 (0.02)	3.1 (1.50-6.49)**	3.4 (1.64-6.86)**
Parent anti-social personality	6.5 (0.01)	2.1 (1.19-3.71)*	2.3 (1.36-3.85)**
Family violence	18.8 (0.02)	2.0 (1.38-2.79)**	2.2 (1.50-3.12)**
PARENTAL LOSS	35.0 (0.03)	1.3 (0.97-1.86)	1.3 (0.94-1.84)
Parent died	19.5 (0.21)	1.3 (1.00-1.80)	1.2 (0.89-1.67)
Parent divorce	11.0 (0.164)	1.2 (0.83-1.81)	1.4 (0.95-2.14)
Other parent loss	8.6 (0.02)	1.0 (0.61-1.76)	0.9 (0.54-1.66)
OTHER CHILDHOOD ADVERSITIES	20.7(0.02)	2.0 (1.49-2.69)**	1.8 (1.34-2.52)**
Neglect	17.2 (0.02)	1.9 (1.27-2.82)**	1.7 (1.11-2.58)*
Life-threatening physical illness	2.8 (0.01)	2.5 (1.17-5.52)*	2.6 (1.27-5.49)*
Economic adversity	1.7 (0.01)	2.3 (0.87-5.96)	1.9 (0.81-4.65)

¹Adjusted for age, gender, marital status, education and income

Table 2- Crude and adjusted odds ratios (OR) for the association between childhood adversities and nicotine dependence, by the current state of tobacco smoking

CHILDHOOD ADVERSITY	Non smokers	NICOTINE DEPENDENCE					
	Baseline	Ex-smokers > 12 m		Ex-smokers (>30 d /< 12 m)		Current smoker (last 30-day)	
		OR	Adjusted ¹ OR	OR	Adjusted ¹ OR	OR	Adjusted ¹ OR
INTERPERSONAL VIOLENCE (any)	1	1.9 (1.36-2.60)**	1.7 (1.19-2.60)**	2.3 (1.34-4.05)**	2.2 (1.26-3.83)**	2.2 (1.48-3.37)**	2.1 (1.40-3.16)**
Physical abuse	1	1.8 (1.16-2.78)*	1.6 (1.03-2.25)*	2.0 (1.5-3.45)*	1.9 (1.11-3.14)*	2.8 (1.98-3.88)**	2.6 (1.88-3.65)**
Sexual abuse	1	0.9 (0.40-2.24)	1.1 (0.45-2.62)	0.3 (0.03-2.15)	0.3 (0.38-2.42)	3.5 (1.26-10.0)*	4.4 (1.45-13.10)*
PARENTAL LOSS (any: death, divorce, other)	1	1.2 (0.81-1.90)	1.2 (0.79-1.88)	1.2 (0.64-2.18)	1.2 (0.61-2.16)	1.6 (1.13-2.74)*	1.7 (1.08-2.73)*
FAMILY DYSFUNCTION (any)	1	1.5 (1.07-2.07)*	1.6 (1.10-2.25)*	2.9 (1.82-4.51)**	3.0 (1.83-4.94)**	2.8 (1.83-4.28)**	3.0 (1.97-4.44)**
Parent mental disorder	1	1.3 (0.87-2.07)	1.4 (0.88-2.38)	1.6 (0.93-2.83)	1.7 (0.96-3.03)	3.4 (1.97-5.91)*	3.6 (2.12-6.25)**
Parent substance disorder	1	1.8 (1.15-2.76)*	1.8 (1.14-2.84)*	2.6 (0.85-7.78)	2.6 (0.79-8.38)	1.8 (1.11-2.85)*	1.8 (1.10-2.88)*
Parent criminal behavior	1	2.1 (1.09-3.92)*	2.2 (1.10-4.37)*	6.2 (1.63-23.46)**	6.6 (1.85-23.73)**	3.0 (1.57-5.76)**	3.3 (1.73-6.26)**
Parent anti-social personality	1	1.1 (0.64-2.02)	1.2 (0.68-2.26)	3.3 (0.72-15.54)	3.5 (0.83-14.95)	3.3 (1.84-5.91)	3.6 (2.01-6.59)
Family violence	1	1.6 (1.07-2.25)*	1.7 (1.12-2.71)*	2.6 (1.17-5.93)*	2.8 (1.34-5.89)**	2.5 (1.50-3.75)**	2.6 (1.62-4.09)**
OTHER CHILDHOOD ADVERSITY (any)	1	3.0 (1.34-6.56)**	2.9 (1.41-6.06)**	1.4 (0.43-4.44)	1.3 (0.42-4.14)	2.4 (1.0-6.0)	2.3 (0.93-5.66)
Neglect	1	1.8 (1.19-2.84)**	1.6 (1.01-2.54)*	2.3 (1.00-5.33)*	2.2 (0.90-5.29)	1.7 (1.10-2.56)*	1.5 (0.96-2.38)
Life-threatening physical illness	1	2.7 (0.86-8.39)	2.9 (0.63-9.01)	2.3 (0.68-8.08)	2.3 (0.69-8.01)	2.4 (0.64-9.05)	2.4 (0.63-9.01)
Economic adversity	1	3.2 (0.97-10.32)	2.7 (0.91-7.89)	-	-	2.4 (0.75-7.41)	2.0 (0.64-6.46)

*p<0,05 e **p<0,01

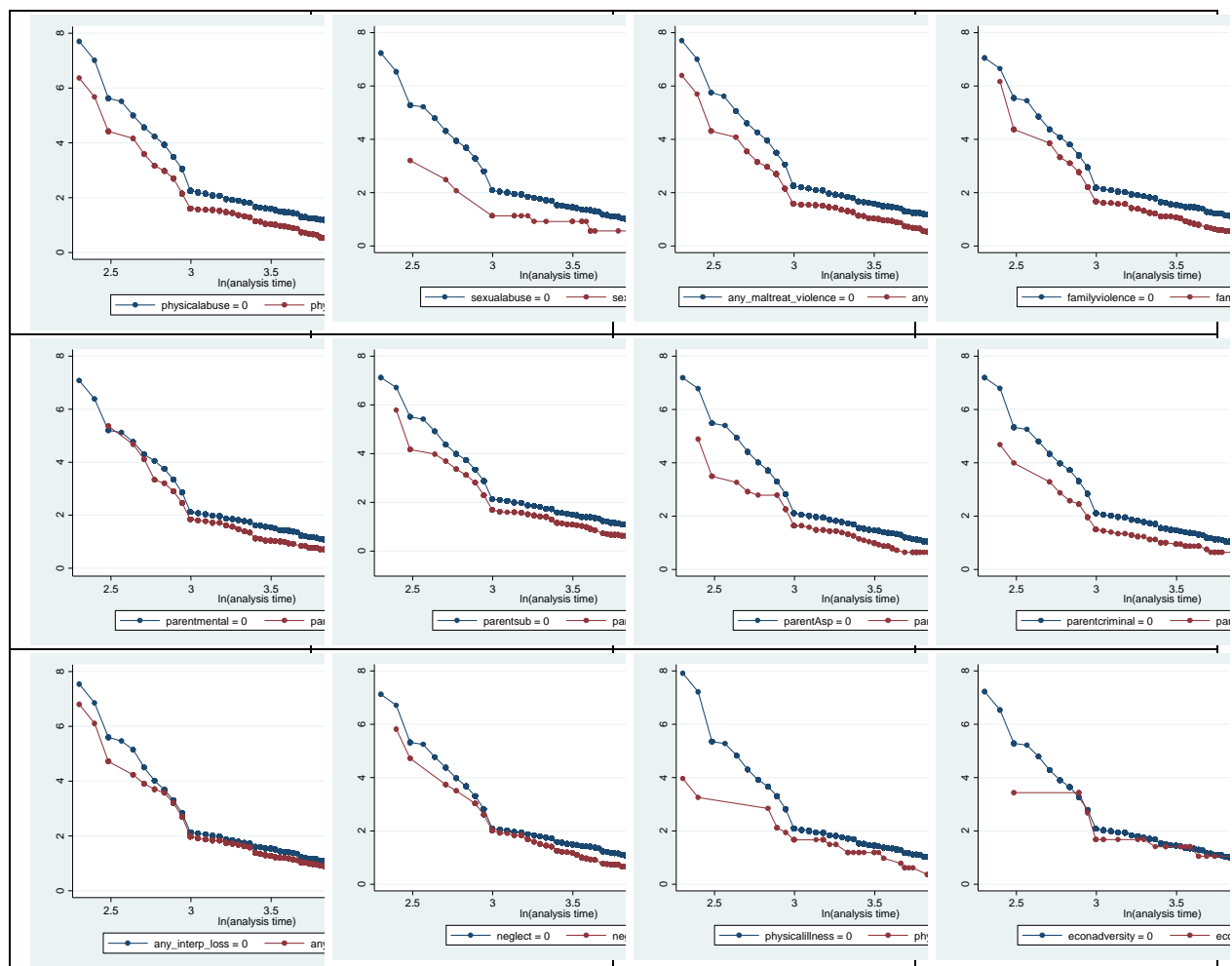
¹ adjusted for sex, age, marital status, education e income.

Table 3 - Crude and adjusted hazard ratios (HR) and respective 95% confidence intervals (95%CI) for nicotine dependence following childhood adversity in the general population living in Metropolitan São Paulo (N=2,092)

CHILDHOOD ADVERSITY	Crude HR (95%CI)	P- value	Adjusted¹ HR (95%CI)	P- value
INTERPERSONAL VIOLENCE (any)	1.68 (1.29-2.18)	0.000	1.74 (1.30-2.33)	0.001
Physical abuse	1.69 (1.30-2.20)	0.000	1.75 (1.30-2.36)	0.001
Sexual abuse	1.54 (0.83-2.85)	0.164	1.29 (0.68-2.49)	0.434
PARENTAL LOSS (any: death. divorce. other)	1.28 (0.98-1.68)	0.068	1.30 (0.96-1.75)	0.084
FAMILY DYSFUNCTION (any)	1.85 (1.45-2.34)	0,000	1.86 (1.48-2.34)	0,000
Parent mental disorder	1.74 (1.31-2.31)	0.000	1.78 (1.36-2.33)	0.000
Parent substance disorder	1.65 (1.25-2.17)	0.001	1.65 (1.27-2.19)	0.001
Parent criminal behavior	2.50 (1.64-3.80)	0.000	2.38 (1.49-3.79)	0.001
Family violence	1.93 (1.44-2.57)	0.000	2.06 (1.40-2.60)	0.000
Parental anti-social personality	2.92 (1.30-2.84)	0.002	1.87 (1.25-2.80)	0.004
OTHER CHILDHOOD ADVERSITY (any)	2.37 (1.47-3.83)	0.001	2.26 (1.48-2.85)	0.004
Neglect	1.44 (1.06-1.91)	0.002	1.52 (1.10-2.11)	0.013
Life-threatening physical illness	2.70 (1.37-5.32)	0.006	2.64 (1.31-6.17)	0.026
Economic adversity	1.87 (0.97-3.64)	0.062	1.42 (0.56-3.62)	0.446

¹adjusted for gender, age-cohort and parental education

Figure 1: Adjusted Cox proportional hazard model curves for the onset of nicotine dependence according to exposure to childhood adverse experiences (log-log plots)



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. CONCLUSÕES

Compreender melhor os fatores de risco para o início da dependência da nicotina permite que se possa direcionar de forma mais adequada as políticas de prevenção. A criança é vulnerável, está vinculada a um lar, a um modo de vida que lhe é imposto, e, com frequência, é exposta a experiências adversas, por vezes, traumáticas que podem aumentar o risco de desenvolver agravos à saúde e de apresentar comportamentos de risco, mais tarde na vida, como a iniciação tabágica, o que acaba contribuindo para inúmeros desfechos deletérios para saúde própria e coletiva, como comorbidade, incapacitação, mortalidade prematura e prejuízo ambiental.

É necessário o olhar atento de diversos setores da sociedade, públicos e privados, no sentido de promover uma infância mais saudável, prevenindo a exposição de crianças do risco de sofrer adversidades e violência, através do estabelecimento de políticas públicas e de vigilância. Ofertar às famílias disfuncionais apoio psicológico, para uma melhor enfrentamento de problemas.

5.2. DIRECIONAMENTOS PARA NOVAS PESQUISAS

Os achados desse estudo evidenciam a necessidade de continuidade na investigação sobre o tema e principalmente no que diz respeito a medidas de prevenção as adversidades na infância. É necessário conhecer os contextos socioculturais em que os indivíduos estão inseridos, o suporte social fornecido pelo poder público, se existem estratégias para o enfrentamento deste problema e se são eficazes, se os diversos setores da sociedade estão envolvidos e como. Dessa forma em longo prazo pode-se prevenir com maior eficácia a iniciação do tabaco agindo em uma de suas prováveis causas e assim poderá ser feita uma prevenção da dependência de nicotina.

6. REFERÊNCIAS

AFIFI, T.O.; et al. Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, v. 57, n. 11, p.677-86, 2012.

AL MAMUN, A.; et al. Does childhood sexual abuse have an effect on young adults' nicotine disorder (dependence or withdrawal)? Evidence from a birth cohort study. *Addiction*, v. 102, n. 4, p. 647-54,2007.

ANDA, R.F.; et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA. United States*, v.282, p.1652-8, 1999.

ANDREASSEN, et al. The family history method using Research Diagnostic Criteria: Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*,v.34, p.1229 – 1235, 1997.

ALVES, J.; MAIA, A. Experiências adversas durante a infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas. *Psicologia, Saúde & Doenças*,v.11, p. 151-171, 2010.

ARTEAGA I.; CHEN C.C.; REYNOLDES A.J. Childhood predictors of substance use. *Children and Youth Services Review*,. v.32, p.1108 - 1120, 2010.

BALER, R.D.; VOLKOW, N.D. Addiction as a systems failure: focus on adolescence and smoking. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 50, n. 4, p. 329-39, 2011.

BANKS, EMILY et al. "Tobacco Smoking and All-Cause Mortality in a Large Australian Cohort Study: Findings from a Mature Epidemic with Current Low Smoking Prevalence." *BMC Medicine*; p.13:38, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e*

proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRESLAU, N.; FENN, N.; PETERSON, E.L. Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults. *Drug Alcohol Depend*, v. 33, n.2, p. 129-37, 1993.

BROWN, D.W.; et al. Bullying among youth from eight African countries and associations with adverse health behaviors. *Pediatric Health*, v. 2, n.3, p. 289, 2008.

CABALLERO M.A.; RAMOS L.; GONZÁLEZ C.; SALTIJERAL M.T. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse Negl*, v.34, n.8. p.576-84, 2010.

CARMODY, T.P. Affect regulation, nicotine addiction, and smoking cessation. *J Psychoactive Drugs*, v. 21, n. 3, p. 331-42, 1998.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/tabaco_.htm>. Acesso em 03 de março de 2014.

CHEN, J.; DUNNE, M.P.; HAN, P. Child sexual abuse in Henan province, China: Associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *J Adolesc Health*, v. 38, p. 544 -549. 2006.

DRAUCKER, C.B., et al. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook*. 2013.

DE VON FIGUEROA-MOSELEY C.; ABRAMSON J.M.; WILLIAMS G.C. College women: history of childhood abuse and its relationship to smoking. *Violence Against Women*, nov, v.16 n.11, p.1242-51, 2010.

DIAZ, A.; SIMANTOV, E.; RICKERT, V.I. Effect of abuse on health: results of a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v. 156, n. 8, p.811-7, 2002 aug.

DOLL, R.; PETO, R.; BOREHAM, J.; SUTHERLAND I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, v. 328, p.1519, 2004.

EDWARDS, V.J.; et al. Adverse Childhood Experiences and Smoking Persistence in Adults with Smoking-Related Symptoms and Illness. *Perm J*, v. 11, n. 2, p. 5-13, 2007.

EPPI REVIEWER 4. Disponível em <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?alias=eppi.ioe.ac.uk/cms/er4>. Acesso em novembro de 2013.

FACUNDO, F.R.G.; CASTILLO, M.M.A. Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con amigos. *Saúde Mental, Álcool e Drogas*, v.1, n.2, 1-13, 2005.

FELITTI, V.J. et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, v.14, n.4, p.245-58, 1998.

FISCHER, J.A.A.; et al. Childhood and adolescent psychopathology and subsequent tobacco smoking in young adults: findings from an Australian birth cohort. *Addiction (Abingdon, England)*, v. 107, n.9, p.1669-76, 2012.

FLETCHER, B.; SHAVER, L.D.; MOON, D.G. Women prisoners: A forgotten population. *Westport, CT: Praeger Press*, 1993.

FORD, E.S.; et al. Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine*, v. 53, n.3. p. 188-193, 2011.

FULLER-THOMSON, E.; et al. Gender-specific association between childhood adversities and smoking in adulthood: findings from a population-based study. *Public Health*, v.127, n. 5, p. 449-460, 2013.

GAU S.S.; LAI M.C.; CHIU Y.N.; LIU C.T.; LEE M.B.; HWU H.G. Individual and family correlates for cigarette smoking among Taiwanese college students. *Compr Psychiatry*, may-jun, v.50, n.3, p.276-85, 2009.

GJELSVIK A.; DUMONT D.M.; NUNN A. Incarceration of a household member and Hispanic health disparities: childhood exposure and adult chronic disease risk behaviors. *Prev Chronic Di*, 2013.

GOLDSTEIN, A.L.; FAULKNER, B.; WEKERLE, C. The relationship between internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 2012.

GRANTHAM, D.; et al. Capitol Hill hears case for behavioral health prevention: ACMHA forum highlights long-term impacts of childhood trauma, promise of community-based prevention.(PREVENTION)(Report). *Behavioral Healthcare*, v. 33, n.1. p.31, 2013.

GREEN, B.L.; MIRANDA, J.; DAROOWALLA, A.; SIDDIQUE, J. Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of women in jail. *Crime and Delinquency*, v. 51, p. 133-151, 2005.

GUERRA, V.N.A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 7ª Ed São Paulo: Cortez, 2011.

GUTMAN L.M.; ECCLES J.S.; PECK S.; MALANCHUK O. The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *J Adolesc*, v.34, n.1, p.119-28, 2011.

HAYATBAKHSH, M.R.; et al. Early childhood predictors of early substance use and substance use disorders: prospective study. *Aust N Z J Psychiatry*,v.42, n.8, p.720-31, 2008.

HERON, J.; et al.Characterizing patterns of smoking initiation in adolescence: comparison of methods for dealing with missing data. *Nicotine Tob Res*,v. 13, n.12, p.1266-75, 2011.

HODGE, F.; NANDY, K. Factors associated with American Indian cigarette smoking in rural settings. *International journal of environmental research and public health*, v.4, p. 944-54, 2011.

HOLMBERG,L.I.;HELLBERG, D. Sexually abused children. Characterization of these girls when adolscents. *Int J Adolesc.Med Health*, v. 22, n. 2, p. 291-300, 2010.

HUGHES, J.R.; HATSUKAMI, D.K.; MITHELL, J.E.; DHALGREN, L.A. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, v.143,p.993-7, 1986.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA(INCA). *A situação do tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009*. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA(INCA). *Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de Tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA(INCA) / Instituto de Saúde Coletiva – 2008. *Estudo Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população urbana do Brasil*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=906>>. Acesso em: 11/03/2014.

JACKSON, C.; GEDDES, R.; HAW, S.; FRANK, J. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, v. 107, n.4, p. 733-47, 2012.

JUN, H.J. et al. Child abuse and smoking among young women: The importance of severity, accumulation, and timing. *J Adolesc Health*, v. 43, n.1, 2008.

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

KLANECKY, A.K.; SALVI, S.; MCCHARGUE D.E. Coerced childhood sexual abuse moderates the association between cigarette smoking initiation and college drug use frequency. *Am J Addict*, v.18, n.5, p. 363-6, 2009.

KLOSKY, J.L.; et al. Risky health behavior among adolescents in the childhood cancer survivor study cohort. *J Pediatr Psychol*, v.37, n.6, p. 634-46, 2012.

KIM, J.; WILLIAMS, S. Linking childhood maltreatment to substance use in college students: The mediating role of self-worth contingencies. *J Aggress Maltreat Trauma*, v.18, n.1, p. 88 -105, 2009.

KRISTMAN-VALENTE A.N.; BROWN E.C.; HERRENKOHL T.I. Child physical and sexual abuse and cigarette smoking in adolescence and adulthood. - *J Adolesc Health*; v.53, n.4, p.533-8, 2013.

LEWIS, T.L.; et al. Internalizing Problems: A Potential Pathway From Childhood Maltreatment to Adolescent Smoking. *Journal of Adolescent Health*,v.48, n.3, p. 247-252, 2011.

LESHNER, A.I. Understanding drug addiction: implications for treatment. *Hosp Pract*, p.147-59, 1996.

LEWIS, C.F. Post-traumatic stress disorder in HIV-positive incarcerated women. *Journal of American Academy Psychiatry Law*, v.33, p.455-464, 2005.

LIN, D.; et al. Child sexual abuse and its relationship with health risk behaviors among rural children and adolescents in Hunan, China. *Child Abuse Negl*, v. 35, n. 9, p. 680-687, 2011.

MACHADO, N.A.S; et al. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *J. bras. pneumol*, v. 36, n. 6, p. 674-682, 2010.

MACLEOD, J.; et al. Parental drug use, early adversities, later childhood problems and children's use of tobacco and alcohol at age 10: birth cohort study. *Addiction (Abingdon, England)*,v. 103, n. 10, p.1731-43, 2008.

MARTSOLF, D.S. The legacy of childhood sexual abuse and family adversity.(Clinical Scholarship)(Report). *Journal of Nursing Scholarship*, v.40, n.4, p.333,2008.

MARQUES, A.C.P.R.; et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr*, n.23, p. 200-14, 2001.

MATTHEWS A.K.; CHO Y.I.; HUGHES T.L.; JOHNSON T.P.; ALVY L. The influence of childhood physical abuse on adult health status in sexual minority women: the mediating role of smoking. *Womens Health Issues*, v.23, n.2, 2013.

MCLAUGHLIN, K.A.; et al. Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. *Child Abuse Negl*, v.36, n.9, p. 645-55, 2012.

MENDES, F. J. Drogadicción y prevención familiar: una política para Europa. *Adicciones*, v.11, n.3, p.193-200, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERSKY J.P.; TOPITZES J.; REYNOLDS A.J. Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: a cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse Negl*, v.37, n.11, p.917-25, 2013.

MIN M.O.; MINNES S; KIM H.; SINGER L.T. Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse Neg*,v.37, n.6, p.361-73, 2013.

MINGIONE C.J.; HEFFNER J.L.; BLOM T.J., ANTHENELLI R.M. Childhood adversity, serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype, and risk for cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol dependent adults. *Drug Alcohol Depend*, v.123, n.1-3, p.201-6, 2012.

MORAN, P. B.; VUCHINICH, S.; HALL, N. K. Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse Negl*, v. 28, n.5, p. 565-574, 2004.

MUENSTER, E.; et al. Low social support and further risk factors for nicotine abuse in childhood and adolescence in Germany. *Social work in health care*, v. 50, n. 3, p. 230-41, 2011.

MULLINGS, J.L.; MARQUART, J.W.; BRENER, V.E. .Assessing the relationship between child sexual abuse and marginal living conditions on HIV/AIDS – related risk behaviour among women prisoners. *Child Abuse and Neglect*, v.24, p. 677-688, 2000.

MUSK, A.W.; DE KLERK, N.H. History of tobacco and health. *Respirology*, v.8, p. 286-90, 2003.

NARGISO J.E.; BECKER S.J.; WOLFF J.C.; UHL K.M.; SIMON V.; SPIRITO A.; PRINSTEIN M.J. Psychological, peer, and family influences on smoking among an adolescent psychiatric sample. *J Subst Abuse Treat*, v.42, n.3, p.310-8, 2012.

NICHOLS, H. B.; HARLOW, B. L. Childhood abuse and risk of smoking onset. *JEpidemiol Community Health*, v. 58, n. 5, p. 402-6, 2004.

NISELL, M.; NOMIKOS G.G.; SVENSON, T.H. Nicotine dependence, midbrain dopamine system and psychiatric disorders. *Pharmacol Toxicol*, v.76, p.157-62, 1995.

NORMAN, R.E.; et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis *PLoS Med*, v.9, n.11, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão- (CID 10)*. Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português - 4a ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

PARKER G.; TUPLING H.; BROWN L.B. A parental bonding instrument. *Brit J Med*, 1979.

PEDERSON C.L.; VANHORN D.R.; WILSON J.F.; MARTORANO L.M; VENEMA J.M.; KENNEDY S.M. Childhood abuse related to nicotine, illicit and prescription drug use by women: pilot study. *Psychol Rep*, v.103, n.2, p.459-66, 2008.

PERRY, B.D. The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In *Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*, (Eds., D. Schetky and E.P. Benedek) *American Psychiatric Press*, p.221-238, 2001.

PINTO, M.T.; PICHON, A. Relatório Final. Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil. Disponível em <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf>. Acesso em 04/03/2014.

RAMIRO, L.S.; et al. (2010) Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, v. 34, n.11, p. 842-855, 2010.

ROBERTS, M.E.; et al. Association between trauma exposure and smoking in a population-based sample of young adults. *J Adolesc Health*, v.42, n.3, p. 266-74, 2008.

SARTOR C.E.; WALDRON M.; DUNCAN A.E.; GRANT J.D.; MCCUTCHEON V.V.; NELSON E.C.; MADDEN P.A.; BUCHOLZ K.K.; HEATH A.C. Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. *Addiction*, v.108, n.5, p.993-1000, 2013.

SANI, A.I. (2006). Vitimação indireta de crianças em contexto familiar. *Análise Social*, v. XLI 180, p. 849-864, 2006.

SHIN, S. H.; et al. Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, v.109, n. 1, p. 226-235, 2010.

SILVA, M.P.E.; SILVA R.M.V.G.D.; BOTELHO C. Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,v. 34: p. 927-935, 2008.

SMITH, P. H. H; et al. Nicotine Withdrawal and Dependence Among Smokers With a History of Childhood Abuse. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*,2013.

SPRATT E.G.; BACK S.E.; YEATTS S.D.; SIMPSON A.N.; MCRAE-CLARK A.; MORAN-SANTA MARIAM.M.; PRICE K.L.; HARTWELL K.T., BRADY K.T. Relationship between child abuse and adult smoking. *Int J Psychiatry Med*, v.39, n.4, p.417-26, 2009.

STRINE T.W.; EDWARDS V.J.; DUBE S;R.; WAGENFELD M.; DHINGRA S.; PREHN A.W; RASMUSSEN S.; MCKNIGHT-EILY L.; CROFT J.B. The mediating sex-specific effect of psychological distress on the relationship between adverse childhood experiences and current smoking among adults. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. v.13, p.7-30,2012.

THOMPSON, R.G; HASIN, D.S. (2011). Cigarette, marijuana, and alcohol use and prior drug treatment among newly homeless young adults in New York City: Relationship to a history of foster care. *Drug Alcohol Depend*,v.117, n.1, p. 66-9, 2011.

TIMMERMANS, M.; VAN, LIER P.A.; KOOT, H.M. Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use?. *J Child Psychol Psychiatry*,v.49, n.4, p. 386-94, 2008.

TINGEN, M.S.S; ANDREWS J.O.O.; STEVENSON, A.W.W. Primary and secondary tobacco prevention in youth. *Annual review of nursing research*,v.27, p.171-93, 2009.

TOPITZES, J.; MERSKY J.P.; REYNOLDS, A.J. Child maltreatment and adult cigarette smoking: a long-term developmental model. *Pediatr Psychol*, v.35, n.5, p.484-98, 2010.

US. OFFICE ON SMOKING AND HEALTH. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US);

2001 Mar. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44303/>>. Acesso em 04/03/2014.

VANDER, W.; et al. Adverse Childhood Experiences and Cigarette Smoking: The 2009 Arkansas and Louisiana Behavioral. *Risk Factor Surveillance Systems*, 2011.

VIANA, M.C.; TEIXEIRA M.G.; BERALDI F.; BASSANI IDE S.; ANDRADE L.H. São Paulo Megacity Mental Health Survey – A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr*, v.31 n.4, p.375-86, 2009.

WHO: The global burden of disease: 2004 update. Disponível em<http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en>. Acesso em 11/12/2014.

WHO. World Health Organization. *Reducing risks and promoting Healthy Lifestyles*. Geneva, Switzerland, 2002.

WHO. World Health Organization. *Who Report on the Global Tobacco Epidemic*. World Health Organization, 2008.

WHO. World Health Organization. *Who report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the danger of tobacco*. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/ebook/en/index.html_2011>. Acesso em 15/07/2013.

WHO. World Health Organization. *Report on global Tobacco epidemic 2013*. Geneva. WHO: 2013. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/>. Acesso em 08/09/2014.

WILKINSON, A.V., SHETE S., PROKHOROV, A.V. The moderating role of parental smoking on their children's attitudes toward smoking among a predominantly minority sample: a cross-sectional analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, v.3, p.18, 2008.

WU, N.S., SCHAIRER, L.C., DELLOR E., GRELLA C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addict Behav*, v.35 n.1, p.68-71, 2010.

WU J.; WITKIEWITZ K.; MCMAHON, R.J.; DODGE, K.A. A parallel process growth mixture model of conduct problems and substance use with risky sexual behavior. *Drug Alcohol Depend*, v.111 n.3, p.207-14, 2010.

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

XIE, P.; et al. Childhood adversity increases risk for nicotine dependence and interacts with $\alpha 5$ nicotinic acetylcholine receptor genotype specifically in males. *Neuropsychopharmacology*, v. 37, n. 3, p. 669-76, 2012.

YEOMAN K.; SAFRANEK T.; BUSS B.; CADWELL B.L.; MANNINO D. Adverse childhood experiences and adult smoking, Nebraska, 2011. *Prev Chronic Dis*, 2013.

ANEXO 1

TABAGISMO (TB)

*TB1. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF., SEÇÃO RASTREAMENTO)

*SC7 CODIFICADA '1' ESTÁ ASSINALADA 1 VÁ PARA *TB5 INTROD 1
 *SC7 CODIFICADA '2' ESTÁ ASSINALADA 2 VÁ PARA *TB5 INTROD 2
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 3

*TB2. As próximas perguntas são sobre o uso de tabaco. O(A) Sr(a). já fumou um cigarro, charuto ou cachimbo, ainda que tenha sido uma única tragada?

SIM..... 1
 NÃO 5 VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO
 NÃO SABE..... 8 VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO
 RECUSOU..... 9 VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO

*TB3. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que deu uma tragada em um cigarro, charuto ou cachimbo?

SE RESPONDER “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO,” SONDE: Foi antes de sua adolescência?

SE A RESPOSTA FOR “NÃO”/ “NÃO SABE”, SONDE: Foi antes dos seus vinte anos?

_____ ANOS

ANTES DA ADOLESCÊNCIA 12
 ANTES DOS 20 ANOS 19
 DEPOIS DOS 20 ANOS 20
 NÃO SABE..... 998
 RECUSOU..... 999

*TB4. Durante toda a sua vida houve algum período que durasse pelo menos dois meses em que fumou no mínimo uma vez por semana?

SIM..... 1 **VÁ PARA *TB6**
NÃO 5 **VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO**
NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO**
RECUSOU 9 **VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO**

***TB5 INTROD 1.** As próximas perguntas são sobre o uso de tabaco. O(A) Sr(a). mencionou anteriormente, que é fumante. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que deu uma tragada em um cigarro, charuto ou cachimbo?

SE RESPONDER “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO,” SONDE: Foi antes de sua adolescência?

SE A RESPOSTA FOR “NÃO”/ “NÃO SABE”, SONDE: Foi antes dos seus vinte anos?

_____ ANOS

ANTES DA ADOLESCÊNCIA 12

ANTES DOS 20 ANOS 19

DEPOIS DOS 20 ANOS 20

NS..... 998

REC..... 999

***TB5 INTROD 2.** As próximas perguntas são sobre o uso de tabaco. O(A) Sr(a). mencionou anteriormente, que é um ex-fumante. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que deu uma tragada em um cigarro, charuto ou cachimbo?

SE RESPONDER “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO,” SONDE: Foi antes de sua adolescência?

SE A RESPOSTA FOR “NÃO”/ “NÃO SABE”, SONDE: Foi antes dos seus vinte anos?

_____ ANOS

ANTES DA ADOLESCÊNCIA..... 12

ANTES DOS 20 ANOS..... 19

DEPOIS DOS 20 ANOS..... 20

NS 998

REC 999

***TB6.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que fumou, ao menos uma vez por semana, durante um período de no mínimo dois meses?

SE RESPONDER “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO,” SONDE: Foi antes de sua adolescência?

SE A RESPOSTA FOR “NÃO”/ “NÃO SABE”, SONDE: Foi antes dos seus vinte anos?

_____ ANOS

ANTES DA ADOLESCÊNCIA 12

ANTES DOS 20 ANOS 19

DEPOIS DOS 20 ANOS 20

(SE INF) “NUNCA”..... 997

NÃO SABE..... 998

RECUSOU 999

VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO

***TB6a.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez que fumou (LEIA DEVAGAR) todos os dias ou quase todos os dias durante um período de pelo menos dois meses?

SE RESPONDER “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO,”
SONDE: Foi antes de sua adolescência?

SE A RESPOSTA FOR “NÃO”/ “NÃO SABE”, SONDE: Foi antes dos seus vinte
anos? _____ ANOS

ANTES DA ADOLESCÊNCIA 12

ANTES DOS 20 ANOS 19

DEPOIS DOS 20 ANOS 20

(SE INF) “NUNCA” 997

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*TB7. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *TB1)

PONTO DE VERIFICAÇÃO CODIFICADO COMO ‘1’ 1 **VÁ PARA *TB8.1**

PONTO DE VERIFICAÇÃO CODIFICADO COMO ‘3’ 2

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 3

*TB8. O(A) Sr(a). fumou alguma vez nos últimos 12 meses?

SIM..... 1

NÃO 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU..... 9

*TB8.1 Pense no ano ou nos anos em que mais usou tabaco. Durante esse período, em quantos dos 365 dias o(a) Sr(a). fumou pelo menos um cigarro, charuto ou cachimbo?

(SE 'NÃO ME LEMBRO', SONDE: Qual a sua melhor estimativa? Um número aproximado é suficiente) _____ DIAS

NÃO SABE..... 998

RECUSOU 999

<p>*TB13. Durante esse período, aproximadamente quantos cigarros, charutos e cachimbos o(a) Sr(a). habitualmente fumava por dia?</p> <p>(IF NEC: Quantos cigarros? Quantos cachimbos?)</p>	<p>NÃO SABE</p> <p>(998)</p>	<p>RECUSOU</p> <p>(999)</p>
<p>*TB13a.</p> <p>_____ CIGARRO(S)</p>	<p>998</p>	<p>999</p>
<p>*TB13b.</p> <p>_____ CHARUTO(S)</p>	<p>998</p>	<p>999</p>
<p>*TB13c.</p> <p>_____ CACHIMBO(S)</p>	<p>998</p>	<p>999</p>

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
<p>*TB15. As próximas perguntas são sobre alguns problemas que o(a) Sr(a). pode ter tido devido ao tabagismo. Houve alguma época em sua vida em que freqüentemente sentia um desejo tão forte de fumar que não conseguia resistir a fumar um cigarro, charuto ou cachimbo, ou achava difícil pensar em qualquer outra coisa?</p> <p>(FRASE CHAVE: sentia um forte e irresistível desejo de fumar)</p>	1	5	8	9
<p>*TB15a. Com o passar do tempo, o(a) Sr(a). desenvolveu tolerância física para o tabaco, de modo que conseguia fumar mais sem sentir efeitos negativos do tabaco, como náuseas, irritabilidade, ou agitação?</p> <p>(FRASE CHAVE: desenvolveu tolerância física para o tabaco)</p>	1	5	8	9
<p>*TB15b. Houve alguma vez em que o(a) Sr(a). parou ou diminuiu o uso de tabaco e depois apresentou sintomas <u>físicos</u> como aumento de apetite, ganho de peso, diminuição da freqüência cardíaca ou dificuldade para dormir?</p> <p>(FRASE CHAVE: teve sintomas físicos quando parou de fumar)</p>	1	5	8	9
<p>*TB15c. Houve alguma vez em que o(a) Sr(a). parou ou diminuiu o uso de tabaco e depois apresentou sintomas <u>emocionais</u> como irritabilidade, nervosismo, agitação, dificuldade de concentração ou depressão?</p> <p>(FRASE CHAVE: teve sintomas emocionais quando parou de fumar)</p>	1 VÁ PARA *TB15e	5	8	9
<p>*TB15d. Houve alguma vez em que o(a) Sr(a). fumou para <u>evitar</u> sintomas físicos ou emocionais como esses?</p> <p>(FRASE CHAVE: fumou para evitar sintomas físicos ou emocionais)</p>	1	5	8	9
<p>*TB15e. Houve alguma vez em que fumou mesmo tendo <u>prometido</u> a si mesmo que não fumaria?</p> <p>(FRASE CHAVE: fumou quando planejou não fumar)</p>	1 VÁ PARA *TB15g	5	8	9

<p>*TB15f. Houve alguma época em que o(a) Sr(a). fumava mais freqüentemente ou <u>por mais dias seguidos</u> do que queria?</p> <p>(FRASE CHAVE: fumava mais freqüentemente do que queria)</p>	1	5	8	9
<p>*TB15g. Houve alguma vez em que o(a) Sr(a). tentou parar de fumar ou diminuir o uso de tabaco e descobriu que não conseguia?</p> <p>(FRASE CHAVE: tentou parar ou diminuir o uso de tabaco, mas não conseguiu)</p>	1	5	8	9
<p>*TB15h. Houve algum período de vários dias ou mais em que fumou um cigarro atrás do outro?</p> <p>(FRASE CHAVE: fumou um cigarro atrás do outro por vários dias ou mais)</p>	1	5	8	9
<p>*TB15i. Houve algum período de um mês ou mais em que interrompeu ou reduziu atividades importantes – como esportes, trabalho, ou se reunir com sua família e amigos – para poder fumar?</p> <p>(FRASE CHAVE: interrompeu ou reduziu atividades importantes para poder fumar)</p>	1	5	8	9
<p>*TB15j. O tabagismo já lhe causou algum problema físico como tosse, dificuldade de respirar, problemas no pulmão ou problemas com seu coração ou pressão sanguínea?</p> <p>(FRASE CHAVE: o tabagismo lhe causou problemas físicos)</p>	1	5 VÁ PARA *TB15/	8 VÁ PARA *TB15/	9 VÁ PARA *TB15/

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*TB15k. O(A) Sr(a). continuou fumando mesmo tendo algum desses problemas físicos? (FRASE CHAVE: continuou fumando mesmo tendo problemas físicos causados pelo tabaco)	1 VÁ PARA *TB16	5	8	9
*TB15l. O tabagismo já lhe causou algum problema emocional como irritabilidade, nervosismo, agitação, dificuldade de concentração, ou depressão? (FRASE CHAVE: o tabagismo lhe causou alguns problemas emocionais)	1	5 VÁ PARA *TB16	8 VÁ PARA *TB16	9 VÁ PARA *TB16
*TB15m. O(A) Sr(a). continuou fumando mesmo tendo algum desses problemas emocionais? (FRASE CHAVE: fumou mesmo tendo problemas emocionais causados pelo tabaco)	1	5	8	9

***TB16.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER ***TB15 - *TB15m**)

ZERO RESPOSTAS CODIFICADAS '1' 1 **VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO**

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

***TB16a.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER ***TB15 - *TB15m**)

1 OU 2 RESPOSTAS CODIFICADAS '1' 2

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 3

***TB21.** O(A) Sr(a). relatou ter pelo menos um problema relacionado ao tabagismo. O(A) Sr(a). se lembra de sua idade exata na primeira vez em que teve algum desses problemas?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *TB21b**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *TB21b**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *TB21b**

***TB21a.** (SE NEC: Quantos anos o(a) Sr(a). tinha?)

_____ ANOS **VÁ PARA *TB22**

NÃO SABE..... 998
 RECUSOU 999

***TB21b.** Aproximadamente, quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve algum desses problemas por causa do tabagismo?

SE RESPONDER “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO,”
 SONDE: Foi antes de sua adolescência?

SE A RESPOSTA FOR “NÃO”/ “NÃO SABE”, SONDE: Foi antes dos seus vinte anos?

_____ ANOS

ANTES DA ADOLESCÊNCIA..... 12
 ANTES DOS 20 ANOS..... 19
 DEPOIS DOS 20 ANOS..... 20
 NÃO SABE..... 998
 RECUSOU 999

***TB22.** Quando foi a última vez que o(a) Sr(a). teve algum desses problemas --- nos últimos 30 dias, de 2 a 6 meses atrás, de 7 a 12 meses atrás, ou há mais de 12 meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS	1	VÁ PARA *TB23.1
DE 2 A 6 MESES ATRÁS.....	2	VÁ PARA *TB23.1
DE 7 A 12 MESES ATRÁS.....	3	VÁ PARA *TB23.1
HÁ MAIS DE 12 MESES ATRÁS	4	
NÃO SABE	8	VÁ PARA *TB23.1
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *TB23.1

***TB23.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na última vez em que teve algum desses problemas?

SE RESPONDER “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO,” SONDE: Foi antes de sua adolescência?

SE A RESPOSTA FOR “NÃO”/ “NÃO SABE”, SONDE: Foi antes dos seus vinte anos? _____ ANOS

ANTES DA ADOLESCÊNCIA	12
ANTES DOS 20 ANOS	19
DEPOIS DOS 20 ANOS	20
NÃO SABE.....	998
RECUSOU	999

***TB23.1.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER ***TB16a**)

*TB16a CODIFICADA ‘2’	1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES ...	2 VÁ PARA *TB25

***TB23.2** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER ***TB22**)

***TB22** CODIFICADA '1', '2' OU '3' 1 **VÁ PARA *TB31**

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES ... 2 **VÁ PARA *TB36**

***TB25.** O(A) Sr(a). já teve três ou mais desses problemas no mesmo ano?

SIM..... 1

NÃO 5 **VÁ PARA *TB30**

NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *TB30**

RECUSOU 9 **VÁ PARA *TB30**

***TB26** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve três ou mais desses problemas no mesmo ano?

SE RESPONDER “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO,” SONDE:
Foi antes de sua adolescência?

SE A RESPOSTA FOR “NÃO”/ “NÃO SABE”, SONDE: Foi antes dos seus vinte
anos? _____ ANOS

ANTES DA ADOLESCÊNCIA 12

ANTES DOS 20 ANOS 19

DEPOIS DOS 20 ANOS 20

NÃO SABE..... 998

RECUSOU 999

***TB30** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER ***TB22**)

***TB22** CODIFICADA '1', '2' OU '3' 1

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES ... 2 **VÁ PARA *TB36**

*TB31. Quando acorda, depois de quanto tempo o(a) Sr(a). fuma seu primeiro cigarro, charuto ou cachimbo --- nos primeiros 5 minutos após acordar, de 6 a 30 minutos, de 31 a 60 minutos, ou mais de uma hora após acordar?

ATÉ 5 MINUTOS	1	
DE 6 A 30 MINUTOS	2	
DE 31 A 60 MINUTOS	3	
MAIS DE 1 HORA	4	
(SE INF) NÃO FUMO MAIS	5	VÁ PARA *TB36
NÃO SABE	8	
RECUSOU	9	

*TB32. O(A) Sr(a). acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido?

(SE NEC, DÊ EXEMPLOS: por exemplo, na igreja, nas lojas, no cinema, ou em áreas reservadas a não-fumantes nos restaurantes ou escritórios?)

SIM	1	
NÃO	5	
(SE INF) NÃO FUMO MAIS	7	VÁ PARA *TB36
NÃO SABE	8	
RECUSOU	9	

*TB33. Qual cigarro, charuto ou cachimbo o(a) Sr(a). mais detestaria abandonar --- o primeiro da manhã, o que o(a) Sr(a). fuma enquanto vê televisão, ou algum outro?

O PRIMEIRO DE MANHÃ	1	
ENQUANTO VÊ TELEVISÃO	2	
ALGUM OUTRO	3	
(SE INF) NÃO FUMO MAIS	4	VÁ PARA *TB36
NÃO SABE	8	
RECUSOU	9	

*TB34. O(A) Sr(a). fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que durante o restante do dia?

SIM.....	1
NÃO	5
(SE INF) NÃO FUMO MAIS	7
NÃO SABE.....	8
RECUSOU.....	9

VÁ PARA *TB36

*TB35. Quando o(a) Sr(a). fica muito doente, que precisa ficar a maior parte do dia na cama, o(a) Sr(a). fuma?

SIM.....	1
NÃO	5
(SE INF) NUNCA FIQUEI MUITO DOENTE .	6
(SE INF) NÃO FUMO MAIS	7
NÃO SABE.....	8
RECUSOU.....	9

*TB36. Quantas vezes diferentes o(a) Sr(a). fez uma tentativa séria de parar de fumar? _____
VEZ(ES)

NÃO SABE 998

RECUSOU..... 999

*TB37.PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *TB36)

UMA OU MAIS VEZES OU *TB36 CODIFICADA '998' 1

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 **VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO**

*TB38. Desde então, qual foi o período de tempo mais longo que o(a) Sr(a). já ficou sem fumar?

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE A UNID. TEMPO: HORAS.....1 DIAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE 998

RECUSOU..... 999

*TB39. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *TB36 E *TB38)

*TB36 IGUAL A '1' 1 **VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO**

(*TB36 PELO MENOS 2 OU *TB36 CODIFICADA '998')

E *TB38 PELO MENOS TRÊS MESES 2

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 3 **VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO**

***TB40.** Em quantas ocasiões diferentes o(a) Sr(a). ficou sem fumar durante três meses ou mais? _____ NÚMERO

NÃO SABE 998

RECUSOU..... 999

VÁ PARA *EA1, PRÓXIMA SEÇÃO

ANEXO 2

INFÂNCIA (CH)

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

SIM 1 **VÁ PARA *CH6**

NÃO..... 5

NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *CH6**

RECUSOU 9 **VÁ PARA *CH6**

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

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM - NÃO LEIA A LISTA.

(SE NEC: Sua mãe ou pai biológico morreu, eram separados ou divorciados, ou havia algum outro motivo?)

	*CH2a.Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando (EVENTO)? SE INF "MENOS DE UM ANO", CODIFIQUE "1".
MÃE MORREU1	_____ ANOS NÃO SABE998 RECUSOU999
PAI MORREU2	_____ ANOS NÃO SABE.....998 RECUSOU999
PAIS SEPARADOS/DIVORCIADOS.....3	_____ ANOS NÃO SABE.....998 RECUSOU999
PAIS NUNCA VIVERAM JUNTOS.....4	
ADOTADO(A).....5	

	<p>_____ ANOS</p> <p>NÃO SABE.....998</p> <p>RECUSOU999</p>
FOI PARA COLÉGIO INTERNO6	<p>_____ ANOS</p> <p>NÃO SABE.....998</p> <p>RECUSOU999</p>
FILHO DE CRIAÇÃO7	<p>_____ ANOS</p> <p>NÃO SABE.....998</p> <p>RECUSOU999</p>
SAIU DE CASA ANTES DOS 16 ANOS ...8	<p>_____ ANOS</p> <p>NÃO SABE.....998</p> <p>RECUSOU999</p>
OUTRO (ESPECIFICAR).....9	<p>_____ ANOS</p> <p>NÃO SABE.....998</p> <p>RECUSOU999</p>
NÃO SABE98	
RECUSOU99	

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

ENTREVISTADOR: CODIFIQUE “NÃO” SE R INF “VOLTAVA PARA CASA NOS FINS DE SEMANA” (OU EM OUTRAS OCASIÕES) DURANTE ESSE PERÍODO DE SEIS MESES.

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

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

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

MORANDO COM OUTROS FAMILIARES1
 COLÉGIO INTERNO2
 HOSPITAL3
 CENTRO DE DETENÇÃO JUVENIL4
 LAR ADOTIVO5
 OUTRO (ESPECIFICAR)6

NÃO SABE98
 RECUSOU.....99

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

_____ ANOS

NÃO SABE 998
 RECUSOU..... 999

.....

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

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

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

NÃO SABE	98
RECUSOU.....	99

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

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

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

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

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

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

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

SE 'NÃO SABE/RECUSOU', SONDE: "Qual é a sua melhor estimativa?"

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

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

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

NÃO SABE98

RECUSOU.....99

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

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

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

(SE R DISSER QUE PAI ERA FAZENDEIRO, ESCLAREÇA: Conta como trabalhar em negócio da família.)

O TEMPO TODO 1 **VÁ PARA *CH11**

A MAIOR PARTE DO TEMPO..... 2 **VÁ PARA *CH11**

A METADE DO TEMPO..... 3

POUCO TEMPO..... 4

NUNCA 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

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

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

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

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

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

NÃO TRABALHOU POR OPÇÃO	7
NÃO SABE	98
RECUSOU	99

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

*CH9 CODIFICADA '3' OU '4'	1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....	2

VÁ PARA *CH13

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

ENTREVISTADOR: ANOTE ABAIXO E NÃO CODIFIQUE.

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

LEGISLADORES, FUNCIONÁRIOS SUPERIORES E GERENTES

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

PROFISSIONAIS

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

TÉCNICOS E PROFISSIONAIS ASSOCIADOS

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

FUNCIONÁRIOS

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

PRESTADORES DE SERVIÇOS/VENDEDORES DE LOJAS & MERCADO

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

TRABALHADORES EXPERIENTES EM AGRICULTURA E PESCA

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

TRABALHADORES EM ARTES E OFÍCIOS E ATIVIDADES RELACIONADAS

TRAB. DAS ATIVIDADES DE EXTRAÇÃO E CONSTRUÇÃO	18
TRAB. DO METAL, MAQUINÁRIO E ATIVIDADES RELACIONADAS	19
TRAB. DE PRECISÃO, ARTESANATO MANUAL, IMPRESSÃO E ATIV. RELAC.....	20
TRAB. DE OUTRAS ARTES E ATIVIDADES RELACIONADAS	21

OPERADORES E MONTADORES DE MÁQUINAS E FÁBRICAS

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

PROFISSÕES BÁSICAS

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

FORÇAS ARMADAS

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

OUTRO (ESPECIFICAR)..... 29

NÃO SABE..... 98
 RECUSOU 99

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

ANOTE: _____

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

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

NÃO SABE 98
 RECUSOU 99

ENTREVISTADOR: NÃO USE A LISTA ABAIXO (EM CINZA)

AGRICULTURA, CAÇA E SILVICULTURA 1
 PESCA..... 2
 MINAS E PEDREIRAS..... 3
 MANUFATURA/INDÚSTRIA 4
 SUPRIMENTO DE ELETRICIDADE, GÁS E ÁGUA..... 5
 CONSTRUÇÃO 6
 COMÉRCIO ATACADO E VAREJO; CONserto DE VEÍCULOS MOTORIZADOS..... 7
 HOTÉIS E RESTAURANTES 8
 TRANSPORTES, ARMAZENAGEM E COMUNICAÇÕES..... 9
 INTERMEDIACÃO FINANCEIRA 10
 IMÓVEIS, ALUGUEL E ATIVIDADES COMERCIAIS/NEGÓCIOS 11

<i>ADMINISTRAÇÃO E DEFESA PÚBLICAS</i>	12
<i>EDUCAÇÃO</i>	13
<i>SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL</i>	14
<i>OUTRAS ATIVIDADES SERVIÇOS COMUNITÁRIOS, SOCIAIS E PESSOAIS</i>	15
<i>EMPREGO EM RESIDÊNCIAS PARTICULARES</i>	16
<i>ORGANIZAÇÕES E ÓRGÃOS EXTRATERRITORIAIS</i>	17
<i>NÃO SABE</i>	98
<i>RECUSOU</i>	99

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

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

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

MÃE BIOLÓGICA.....	1	
MÃE ADOTIVA.....	2	
MADRASTA (CÔNJUGE/ PARCEIRA DO PAI).....	3	
OUTRA MULHER (ESPECIFICAR).....	4	
<hr/>		
NÃO HAVIA NENHUMA MULHER NA FAMÍLIA.....	5	VÁ PARA *CH22
NÃO SABE.....	98	VÁ PARA *CH22
RECUSOU	99	VÁ PARA *CH22

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

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

SE 'NÃO SABE/RECUSOU', SONDE: "Qual é a sua melhor estimativa?"

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

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

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

NÃO SABE98

RECUSOU.....99

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

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

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

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

O TEMPO TODO 1 **VÁ PARA *CH16**

A MAIOR PARTE DO TEMPO..... 2 **VÁ PARA *CH16**

A METADE DO TEMPO 3

POUCO TEMPO..... 4

NUNCA 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

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

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

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

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

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

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

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

VÁ PARA *CH22

*CH16. Qual era a ocupação/profissão dela? (SE NEC: Quais eram as funções dela?)

ENTREVISTADOR: ANOTE ABAIXO E NÃO CODIFIQUE.

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

LEGISLADORES, FUNCIONÁRIOS SUPERIORES E GERENTES

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

PROFISSIONAIS

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

TÉCNICOS E PROFISSIONAIS ASSOCIADOS

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

FUNCIONÁRIOS

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

PRESTADORES DE SERVIÇOS/VENDEDORES DE LOJAS & MERCADO

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

TRABALHADORES EXPERIENTES EM AGRICULTURA E PESCA

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

TRABALHADORES EM ARTES E OFÍCIOS E ATIVIDADES RELACIONADAS

TRAB. DAS ATIVIDADES DE EXTRAÇÃO E CONSTRUÇÃO	18
TRAB. DO METAL, MAQUINÁRIO E ATIVIDADES RELACIONADAS	19
TRAB. DE PRECISÃO, ARTESANATO MANUAL, IMPRESSÃO E ATIV. RELAC.....	20
TRAB. DE OUTRAS ARTES E ATIVIDADES RELACIONADAS	21

OPERADORES E MONTADORES DE MÁQUINAS E FÁBRICAS

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

PROFISSÕES BÁSICAS

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

FORÇAS ARMADAS

FORÇAS ARMADAS.....	28
OUTRO (ESPECIFICAR).....	29
<hr/>	
NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

***CHI7.**(CAD, PG 38) *Por favor, olhe a página 38 de seu caderno, que categoria melhor descreve a área de trabalho dela? (SE NEC: O que eles (faziam/ produziam)?)*

ANOTE:

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

COMÉRCIO.....	1
INDÚSTRIA	2
SERVIÇOS	3
AGRICULTURA.....	4
BANCOS/INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS.....	5
SAÚDE.....	6
EDUCAÇÃO	7
MILITAR	8
OUTRO. ESP.....	9
NÃO SABE	98
RECUSOU	99

ENTREVISTADOR: NÃO USE A LISTA ABAIXO (EM CINZA)

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

<i>NÃO SABE</i>	98
<i>RECUSOU</i>	99

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

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

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

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

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

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

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

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

*CH28a. Quem lhe fazia isso?

(SONDE: Alguém mais?)

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

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

#ch28a.ESPECIFICAR:

NÃO SABE 98

RECUSOU..... 99

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

FREQÜENTEMENTE..... 1

ÀS VEZES 2

RARAMENTE..... 3

NUNCA 4

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

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

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

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

MÃE BIOLÓGICA..... 1

MÃE ADOTIVA..... 2

MADRASTA 3

MÃE DE CRIAÇÃO..... 4

OUTRA MULHER DA FAMÍLIA..... 5

QUEM? _____)

(#ch38a.

BABÁ/ PAJEM..... 6

NENHUMA MULHER 7

VÁ PARA *CH68

OUTRA (ESPECIFICAR) 8

NÃO SABE..... 98 **VÁ PARA *CH68**

RECUSOU 99 **VÁ PARA *CH68**

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

MUITO 1

MODERADAMENTE 2

UM POUCO 3

NADA 4

NÃO SABE 8

RECUSOU 9

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

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

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

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

TODA 1
 A MAIOR PARTE 2

A METADE.....	3
UM POUCO	4
NÃO SABE	8
RECUSOU.....	9

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SIM1
 NÃO5
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU9

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

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

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

TODA1
 A MAIOR PARTE.....2
 A METADE.....3
 UM POUCO4
 NÃO SABE8
 RECUSOU.....9

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

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

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

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

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

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

	SIM (1)	NÃO (5)	[SE INF] NÃO SE APLICA (7)	NS (8)	RC (9)
*CH61. A [MULHER QUE CRIOU R] já teve problemas para conservar um emprego?	1	5	7	8	9
*CH62. Ela mentia muito?	1	5		8	9

*CH63.Freqüentemente se envolvia em brigas?	1	5		8	9
*CH64. Alguma vez ela se envolveu em atividades criminais como roubo ou venda de bens roubados?	1	5		8	9
*CH65.Alguma vez ela foi detida ou mandada para a prisão?	1	5		8	9
*CH66.Alguma vez ela abandonou a família ou ficou saindo com vários homens?	1	5		8	9

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

SIM 1

NÃO 5

NÃO SABE 8

RECUSOU 9

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

PAI BIOLÓGICO	1	
PAI ADOTIVO	2	
PADRASTO.....	3	
PAI DE CRIAÇÃO	4	
OUTRO FAMILIAR HOMEM	5	
PAJEM.....	6	
NENHUM HOMEM.....	7	VÁ PARA *CH98a
OUTRO (ESPECIFICAR)	8	
<hr/>		
NÃO SABE.....	98	VÁ PARA *CH98a
RECUSOU	99	VÁ PARA *CH98a

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

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

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

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

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

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

TODA1
 A MAIOR PARTE.....2
 A METADE.....3
 UM POUCO4
 NÃO SABE8
 RECUSOU.....9

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

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

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

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

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

SIM 1
 NÃO 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

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

SIM 1

NÃO 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

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

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

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

TODA 1
 A MAIOR PARTE.....2
 A METADE.....3
 UM POUCO4
 NÃO SABE8
 RECUSOU.....9

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

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

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

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

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

SIM 1
NÃO 5
NÃO SABE 8
RECUSOU 9

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

SIM 1
NÃO 5
NÃO SABE 8
RECUSOU 9

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	SIM	NÃO	[SE INF]	NS	RC
	(1)	(5)	NÃO SE APLICA	(8)	(9)
			(7)		
*CH91.O [HOMEM QUE CRIOU R] já teve problemas para conservar um emprego?	1	5	7	8	9
*CH92.Ele mentia muito?	1	5		8	9
*CH93.Freqüentemente se envolvia em brigas?	1	5		8	9
*CH94.Alguma vez ele se envolveu em atividades criminosas como roubo ou venda de bens roubados?	1	5		8	9
*CH95.Alguma vez ele foi detido ou mandado para a prisão?	1	5		8	9
*CH96.Alguma vez ele abandonou a família ou ficou saindo com varias mulheres?	1	5		8	9

*CH97. O (HOMEM QUE CRIOU R) alguma vez tentou cometer suicídio?

SIM 1

NÃO..... 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

*CH98a.PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER **CARTÃO REF, SEÇÃO DE RASTREAMENTO**)

*SC31 OU *SC32 ESTÁ ASSINALADO 1 **VÁ PARA *AD1, PRÓXIMA SEÇÃO**

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2

*CH98b. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER **CARTÃO REF, SEÇÃO DE RASTREAMENTO**)

*SC33 ESTÁ ASSINALADO 1 **VÁ PARA *OD1, PÁGINA 456**

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2

***CH99. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, SEÇÃO DE RASTREAMENTO)**

***SC33.1, *SC33.2 OU *SC33.3 ESTÁ ASSINALADO.....1 VÁ PARA *CD1, PÁGINA 462**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....2 VÁ PARA *CD16, PÁGINA 464

***CH100. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *SC34, *SC35)**

***SC34 ESTÁ ASSINALADO 1 VÁ PARA *SA1, PÁGINA 471**
***SC35 ESTÁ ASSINALADO 2 VÁ PARA *SA11, INTROD 2, PÁGINA 474**
SE ENTREVISTA CURTA 5 VÁ PARA *DM1, PÁGINA 483
SE ENTREVISTA LONGA..... 6 VÁ PARA *FB1, PÁGINA 494

ANEXO 3

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

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

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

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

ENDEREÇO:.....

.....Nº.....APT.....

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

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

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

2. RESPONSÁVEL LEGAL.....

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

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

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

ENDEREÇO:.....

.....Nº.....APT.....

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

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

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

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

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

PESQUISADOR: Dr^a Laura Helena Silveira de Andrade

CARGO/FUNÇÃO: Médica Assistente INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 34 566

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO X RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO RISCO BAIXO RISCO MAIOR

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

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 12 MESES

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

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

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

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

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

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

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

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

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

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

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

São Paulo, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 4



DIRETORIA CLÍNICA

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

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

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

CAPPesq, 23 de Outubro de 2003.

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

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

DEPTO. DE PSIQUIATRIA	DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
Recebido em	27/10/03
Por	9h30 fmm-