

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

GABRIEL BEHR GOMES JARDIM

**FATORES MEDIADORES DA RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS INFANTIS E DEPRESSÃO
EM IDOSOS**

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

GABRIEL BEHR GOMES JARDIM
ALFREDO CATALDO NETO

**FATORES MEDIADORES DA RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS INFANTIS E
DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Porto Alegre

2018

GABRIEL BEHR GOMES JARDIM

ALFREDO CATALDO NETO

**FATORES MEDIADORES DA RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS INFANTIS E
DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Projeto com apoio científico de bolsa CAPES.

Porto Alegre

2018

Ficha Catalográfica

J37f Jardim, Gabriel Behr Gomes

Fatores mediadores da relação entre traumas infantis e depressão em idosos / Gabriel Behr Gomes Jardim . – 2018.

76

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

1. Maus tratos infantis. 2. Depressão Geriátrica. 3. Idosos. 4. Traços de Personalidade. I. Neto, Alfredo Cataldo. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

GABRIEL BEHR GOMES JARDIM

**FATORES MEDIADORES DA RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS INFANTIS E
DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Newton Luiz Terra - PUCRS

Prof. Dr. Gabriel José Chitto Gauer

Porto Alegre

2017

RESUMO

Introdução: o envelhecimento acelerado da população propicia aumento do contingente de indivíduos idosos portadores de transtornos psiquiátricos. Dentre os fatores que determinam a gênese dos episódios de depressão em idosos, figuram os maus tratos infantis um dos mais importantes. Intervenções baseadas em evidência são necessárias para que os maus tratos infantis possam ser tratados antes do desenvolvimento da psicopatologia. O entendimento de como os maus tratos infantis interagem com os traços da personalidade para o aumento do risco de desenvolver depressão geriátrica, pode propiciar o estudo de estratégias efetivas de prevenção desta doença mental. **Objetivo:** este estudo se propõe a investigar os traços de personalidade (neuroticismo, extroversão, amabilidade, conscienciosidade, abertura para experiência) como mediadores da relação entre traumas infantis e depressão em idosos. **Método:** a amostra é composta de idosos com idade superior a 60 anos. Foram coletados dados sociodemográficos, depressão (Mini International Neuropsychiatric Interview), traços de personalidade (NEO Five Factor Inventory) e maus tratos infantis (CTQ Questionário de Traumas na Infância). Todos os entrevistados foram informados dos objetivos do projeto e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizado o banco de dados do estudo transversal “Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos”, a partir da população em acompanhamento da coorte de base populacional intitulada Programa de Envelhecimento Cerebral (PENGE). Realizadas análises de mediação a partir do modelo de equações estruturais para determinar o padrão de mediação dos fatores de personalidade dos idosos que apresentaram maus tratos na infância e depressão geriátrica. **Resultados:** Neuroticismo e extroversão são mediadores completos, agradabilidade e conscienciosidade são mediadores parciais e abertura a experiência não é um mediador. **Conclusão:** os traços da personalidade são mediadores da relação entre maus tratos infantis e depressão geriátrica. A redução de traços da personalidade desadaptativos podem reduzir a manifestação de depressão geriátrica em idosos que sofreram maus tratos infantis.

Palavras-chave: Maus tratos infantis, Depressão Geriátrica, Idosos, Traços de Personalidade.

ABSTRACT

Introduction: The accelerated aging of the population provides an increase in the contingent of elderly individuals with psychiatric disorders. Of the factors that influence the genesis of episodes of depression in the elderly, childhood maltreatment is one of the most important. Interventions based on evidence are necessary so that childhood maltreatment can be treated before the development of the psychopathology. The understanding of how childhood maltreatment interacts with personality traits to increase the risk of geriatric depression can provide for the study of effective strategies for the prevention of this mental illness.

Objective: This study proposes to investigate the personality traits (neuroticism, extraversion, agreeableness, openness, conscientiousness) as mediators to the relationship between childhood trauma and depression in the elderly.

Methodology: The sample is composed of elderly individuals aged 60 or over. Socio-demographic, depression (Mini International Neuropsychiatric Interview), personality traits (NEO Five Factor Inventory) and childhood maltreatment (CTQ Childhood Trauma Questionnaire) data was collected. All of the individuals interviewed were informed of the projects objectives and signed an informed consent. The transversal study database “The influence of the personality characteristics and attachment in development, clinical manifestation and the prognosis of cognitive disorders” was used. This project derived from the population in accompaniment in the cohort study “Cerebral Aging Program (PENGE)”. A mediation analysis using structural equations model was completed to determine the mediation of the personality factors of the elderly that present childhood maltreatment and geriatric depression.

Results: Neuroticism and extraversion are complete mediators, agreeableness and conscientiousness are partial mediators and openness to new experiences is not a mediator.

Conclusion: Personality traits are mediators in the relationship between childhood maltreatment and geriatric depression. The reduction of the non-adaptive personality traits can reduce the manifestation of geriatric depression in the elderly who experienced childhood maltreatment.

Keywords: Childhood trauma, Geriatric depression, Personality traits, Elderly.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 Os maus tratos e os transtornos psiquiátricos.....	10
2.2 A personalidade, os maus tratos e a depressão geriátrica.....	11
3. JUSTIFICATIVA	13
4. OBJETIVO	14
5. MÉTODOS	15
5.1 Delineamento	15
5.2 População em estudo.....	15
5.2.1 Procedimento Amostral.....	15
5.2.2 Critérios de Seleção.....	16
5.3 Coleta de dados	16
5.3.1 Rotina de coleta.....	16
5.3.2 Descrição dos métodos de mensuração.....	17
5.4 Variáveis	20
5.5 Análise Estatística	20
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	22
6.1 Comitê de ética em pesquisa	22
6.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	22
7. ARTIGO CIENTÍFICO	24
8. FONTES DE FINANCIAMENTO	42
9. CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS	44

ANEXOS	48
APÊNDICES.....	59

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, os idosos somam 30,2 milhões em 2017, um aumento de 18% em relação a 2012 (IBGE, 2017). De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações), em 2050, pela primeira vez, haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. O envelhecimento reflete não só a diminuição da natalidade, mas também a melhoria das condições de vida da população.

Com o envelhecimento acelerado da população e o aumento da expectativa de vida, espera-se o aumento do contingente de indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos pertencentes a esta faixa etária.

Dentre as doenças mentais frequentes do idoso, destacam-se a depressão (KUHLMAN et al., 2013; PENNINX et al., 1999; RAPOSO et al., 2014) e o suicídio (MARCOS et al., 2006). No Brasil, há uma alta prevalência dessa doença em idosos (30,6%) (NOGUEIRA et al., 2014), o que vai ao encontro dos dados indicados na literatura, que variam entre 15,0% e 30,0%.

A depressão geriátrica é motivo de preocupação em todo o mundo, pois contribui significativamente para a piora de doenças clínicas (DUBE et al., 2003) e da qualidade de vida, assim como causa aumento de risco de suicídio (CONWELL; DUBERSTEIN; CAINE, 2002; SACHS-ERICSSON et al., 2016).

Entre os fatores que determinam a gênese dos episódios de humor, depressão e suicídio, podemos indicar os maus tratos infantis como um dos mais importantes. O risco populacional proporcional atribuído às adversidades infantis no desenvolvimento de patologias mentais foi calculado em 29,8% (KESSLER et al., 2010).

Contudo, as doenças mentais no fim da vida podem ter múltiplos fatores causadores envolvidos em sua gênese (BEDDINGTON et al., 2008). Esses fatores se distribuem desde a infância, passando pela idade adulta até a velhice. Poucos estudos envolvendo idosos se propuseram a avaliar quais elementos mediarão o fator de risco distal associando maus tratos infantis a depressão no fim da vida.

Desta forma, esse estudo objetiva investigar a mediação dos traços de personalidade entre maus tratos infantis e depressão geriátrica.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Os maus tratos e os transtornos psiquiátricos

Em cada estágio do desenvolvimento, o indivíduo pode ser exposto a fatores que irão impactar positiva ou negativamente no desenvolvimento. A soma final desses fatores pode aumentar o risco do desenvolvimento de doenças mentais ou gerar adaptação do indivíduo.

As adversidades na infância já foram extensamente associadas com o risco de desenvolver doenças mentais na idade adulta (GILBERT et al., 2009; TAILLIEU et al., 2016), e o risco de cometer suicídio (BRUFFAERTS et al., 2010; DUBE et al., 2001); com dimensões externalizantes (por exemplo: transtorno de conduta e uso de substâncias psicoativas) e internalizantes (por exemplo: depressão maior e transtornos de ansiedade) da personalidade (KEYES et al., 2012). Também com o aumento da incidência de depressão (WINGO et al., 2010), a piora do curso clínico da depressão e a menor resposta ao tratamento (TUNNARD et al., 2014). Kessler et. al. (2010), evidencia que a erradicação de adversidades na infância poderia reduzir 29.8% de todas das patologias.

O impacto dos maus tratos infantis parece durar toda a vida. Nos idosos, apesar da menor quantidade de pesquisas disponíveis, evidencia-se que os maus tratos têm impacto significativo na diminuição da saúde física, na piora da saúde mental (DRAPER et al., 2008; MASCHI et al., 2012) e no declínio do funcionamento cognitivo (IRIGARAY et al., 2013).

A depressão geriátrica está presente em 30,6% dos idosos brasileiros que vivem em desvantagem socioeconômica (NOGUEIRA et al., 2014). Essa população de idosos em situação econômica precária representa o estágio de desenvolvimento socioeconômico dos países onde vivem a maioria dos idosos no mundo.

A depressão constitui o principal diagnóstico psiquiátrico em idosos e está associada ao aumento do risco de suicídio (CONWELL; DUBERSTEIN; CAINE, 2002). Além disso, os maus tratos infantis figuram como importante fator de risco para o desenvolvimento de

depressão geriátrica (COMIJS et al., 2013; DANNLOWSKI et al., 2012; EGE et al., 2015; KUHLMAN et al., 2013; RAPOSO et al., 2014).

A compreensão de como as adversidades infantis interagem em um organismo em desenvolvimento é de extrema importância, mas ainda não é completamente entendido como esses eventos precoces irão impactar no fim da vida. Os desfechos múltiplos possíveis são influenciados pelo momento, tipo e idade de exposição às adversidades infantis (PAGE, 2014).

As teorias mais discutidas preconizam que as adversidades infantis agem como um estressor que produz uma cascata fisiológica de reações, as quais alteram precocemente as trajetórias do desenvolvimento do cérebro em indivíduos geneticamente suscetíveis (DANNLOWSKI et al., 2012; KLEST, 2016) e que irão gerar a doença mental como resultado final.

2.2 A personalidade, os maus tratos e a depressão geriátrica

A personalidade pode ser considerada como um fator importante que se associa com a longevidade e com o envelhecimento bem sucedido. Baixos escores de neuroticismo e altos escores de extroversão, abertura a experiência, agradabilidade e conscienciosidade foram associados a características saudáveis do envelhecimento, como altos níveis de atividades de vida diária e bom desempenho cognitivo (BAEK et al., 2016).

Recentemente, um grande número de estudos encontrou associação entre os fatores da personalidade (Big Five) e doenças mentais, incluindo transtornos do humor. Particularmente, altos níveis de neuroticismo, baixos níveis de extroversão e conscienciosidade foram associados à depressão em idosos (HAYWARD, 2013; KOOREVAAR et al., 2013; O'SHEA; DOTSON; FIEO, 2017; WEBER et al., 2010).

Neuroticismo está fortemente associado com depressão geriátrica (KENDLER et al., 2006), mas também com resistência ao tratamento e prejuízo cognitivo em idosos que tem depressão geriátrica (MANNING et al., 2016; STEFFENS et al., 2017). Extroversão se

associa fraca e inversamente com depressão geriátrica e é, possivelmente, mediada por neuroticismo (KENDLER et al., 2006) .

Os fatores da personalidade do Big Five também foram associados aos maus tratos infantis. Estes estão consistentemente associados a altos níveis de neuroticismo (HENGARTNER et al., 2015; MC ELROY; HEVEY, 2014). Os demais traços de personalidade têm resultados conflitantes em relação aos diversos tipos de maus tratos infantis. Por exemplo, um estudo afirma que extroversão e amabilidade estão associadas com a negligência emocional enquanto que abertura a experiência e conscienciosidade está relacionado a abuso emocional. Com maior variância em relação ao neuroticismo e menor em relação a conscienciosidade e extroversão (HENGARTNER et al., 2015).

As evidências da associação dos maus tratos e depressão geriátrica com traços de personalidade sugerem um modelo de mediação no qual existiria uma relação temporal entre a exposição a maus tratos na infância influenciando características da personalidade e por fim aumentando o risco de desenvolver depressão geriátrica. Um estudo evidenciou que altos níveis de neuroticismo e baixos níveis de extroversão medeiam a relação entre maus tratos infantis e remissão de depressão e ansiedade em adultos (HOVENS et al., 2016).

3. JUSTIFICATIVA

Há uma importante escassez de estudos que se concentrem na associação de traumas na infância e desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em idosos. A maioria dos estudos não adotam uma extensa escala de preditores potenciais para diversos transtornos psiquiátricos e não investigam a interrelação desses fatores.

Visto que a erradicação desses traumas possivelmente diminuiria a doença mental em 30%, faz-se necessário, primeiramente, o entendimento dos fatores que levam ao desenvolvimento da doença mental e, posteriormente, dos fatores que se associam ao trauma inicial e precoce que aumentariam ou diminuiriam a ocorrência de doença mental no idoso.

Uma maior atenção na ocorrência das adversidades na infância contribuiria para a identificação de indivíduos com potencial desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Assim, poderia-se subsidiar intervenções baseadas em evidência mais efetivas, a fim de reduzir o número de vítimas.

Contudo, as principais estratégias de prevenção e intervenção envolvem não somente a interrupção dos maus-tratos que causam as reações traumáticas, mas também a abordagem das vítimas de maus tratos a partir do entendimento de que fatores posteriores como traços de personalidade influencia o desenvolvimento final da doença mental no idoso.

O delineamento de subgrupos de indivíduos expostos a traumas infantis baseados em fatores como traços de personalidade poderia estimular o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção de doença mental, baseadas em dificuldades - fatores negativos - ou potencialidades - fatores positivos - destes subgrupos. Para isso, se faz necessário, delinear os fatores que se associam, uma vez que na literatura este ainda é um tema pouco explorado.

4. OBJETIVO

4.1 GERAL

Investigar os fatores mediadores da relação entre traumas infantis e depressão geriátrica em idosos.

4.2 ESPECÍFICOS

- Investigar depressão geriátrica em idosos expostos a traumas infantis;
- Avaliar a mediação de traços de personalidade (Neuroticismo, Extroversão, Abertura a experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) em idosos diagnosticados com depressão geriátrica e que foram expostos a traumas infantis;

5. MÉTODOS

5.1 Delineamento

Estudo transversal utilizando a população em acompanhamento da coorte de base populacional intitulada Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE).

5.2 População em estudo

A população alvo do estudo foi de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados no Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE). Este programa abrangeu todos os indivíduos das equipes da ESF da gerência distrital Lomba do Pinheiro/Partenon e da região Leste da gerência distrital Leste/Nordeste, que correspondem à área de abrangência do Hospital São Lucas da PUCRS.

Estes idosos participaram do subprojeto **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”**

5.2.1 Procedimento Amostral

O estudo foi realizado a partir de um banco de dados produzido pelo projeto de pesquisa “Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos”.

Esta coleta transversal se deu no período de julho de 2015 até julho 2016 a partir de coleta previamente realizada na comunidade pelos agentes comunitários de saúde no projeto PENCE.

O presente estudo trabalhou com a amostra de 260 idosos, que tem cadastro regularizado e que consentiram e participaram da coleta.

5.2.2 Critérios de Seleção

5.2.2.1 Critérios de Inclusão

- a) Indivíduos com mais de 60 anos;
- b) Ter assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) Ter um acompanhante;

5.2.2.2 Critérios de exclusão

- a) Presença de doença neurológica como acidente vascular cerebral, epilepsia e tumor;
- b) Abuso de álcool ou drogas;
- c) História ou diagnóstico atual de transtorno do humor bipolar
- d) Presença de uma doença física grave, que impede a participação em qualquer fase do projeto;
- e) Não ser capaz de compreender os questionamentos referentes ao protocolo de pesquisa e aos testes.

5.3 Coleta de dados

Os dados deste estudo foram extraídos do banco de dados gerado pelo protocolo de pesquisa do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”**.

5.3.1 Rotina de coleta

A coleta transversal do subprojeto **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”** do PENCE se

deu no período de julho de 2015 até julho 2016 a partir de coleta previamente realizada na comunidade pelos agentes comunitários de saúde (ACS) no projeto PENCE.

O primeiro passo do PENCE foi a implementação da capacitação continuada das Equipes da ESF. Após a capacitação, os ACS cadastram, no PENCE, todos os indivíduos acima de 55 anos, criando um prontuário de saúde mental vinculado à sua ESF.

Os ACS aplicam um questionário geral para a obtenção de dados sociodemográficos, de estilo de vida, de dados farmacológicos e de saúde. Tais informações foram fornecidas pelo próprio indivíduo ou por um familiar/acompanhante, caso o mesmo não tenha condições de responder. Concomitantemente, os ACS aplicam, no momento do cadastro, um instrumento de rastreio para comprometimento cognitivo (Vellore), que está sendo validado por um estudo transversal realizado por nosso grupo, e de rastreio para depressão (GDS-15).

Dos idosos, foram encaminhados para o ambulatório de assistência “Ambulatório de Envelhecimento Cerebral” do Hospital São Lucas, os que apresentavam queixas cognitivas, sintomas psiquiátricos ou que preencheram positivamente os instrumentos de triagem cognitiva e depressão. Na primeira avaliação, os que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar dos projetos de pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Do total de 346 sujeitos que foram encaminhados para o ambulatório e que foram encaminhados para a fase de avaliação, 260 não possuíam critérios de exclusão, preenchiam critérios de inclusão e continham dados completos.

Diante de todas as informações dos sujeitos e as variáveis armazenadas no banco computadorizado, as etapas seguintes foram seleção dos sujeitos que dispunham de dados completos, montagem, organização do banco de dados e revisão da correção dos dados digitados. Após, foi realizado a categorização das variáveis para um plano de análise preliminar e, por fim, exame exploratório inicial das variáveis.

5.3.2 Descrição dos métodos de mensuração

5.3.2.1 Instrumentos

a) Questionário de Traumas na Infância (CTQ) (ANEXO A)

Para a investigação de maus-tratos na infância foi utilizado o Questionário Sobre Traumas na Infância, o qual é a versão adaptada e validada para a população brasileira do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). É um instrumento auto-aplicável composto por 28 itens, bastante útil na investigação de história de abuso e negligência na infância em pesquisa. Tem o objetivo de investigar cinco componentes: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional e a ausência de maus tratos (escala de minimização/negação). Apresenta uma confiabilidade bastante estável, investigada através de teste-reteste. São 25 assertivas apresentadas descrevendo uma situação de abuso ou negligência na infância e outras 3 que fazem parte do controle de minimização/negação de respostas. Então, foi solicitado ao respondente que fizesse uma estimativa de frequência do que experienciou na descrição de cada item, através de uma escala do tipo Likert com 5 pontos, que varia de nunca a sempre (GRASSI-OLIVEIRA et al., 2014; GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006).

b) Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (M.I.N.I.plus) (ANEXO B)

O M.I.N.I. plus é uma entrevista diagnóstica padronizada que explora os principais transtornos psiquiátricos do eixo I do DSM-IV e do Código Internacional de Doenças (CID-10). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. a outras entrevistas que pesquisam os critérios tanto do DSM-IV quanto do CID-10. Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto. O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. plus tem perguntas que investigam essas questões. O M.I.N.I. plus compreende 19 módulos que avaliam 17 transtornos de eixo I do DSM-IV, risco de suicídio e o transtorno de personalidade anti-social (AMORIM, 2000)

c) NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI-R) (ANEXO C)

O Inventário de Personalidade NEO-FFI é um instrumento de avaliação da personalidade normal desenvolvido pelos pesquisadores estadunidenses Paul Costa e Robert McCrae. O instrumento está baseado no modelo penta-fatorial da personalidade, o qual pressupõe haver cinco grandes fatores latentes, ou domínios, nas respostas das pessoas: Neuroticismo (Neuroticism), Extroversão (Extraversion), Abertura a experiências (Openness), Amabilidade (Agreeableness) e Conscienciosidade (Conscientiousness). O NEO-FFI, baseado no auto-relato, é uma versão curta da forma do NEO PI-R. Contém 60 itens, que fornecem uma breve e compreensiva medida dos cinco domínios da personalidade, cada uma com 12 itens.

O primeiro passo para interpretar os perfis de personalidade de acordo com o NEO PI-R é examinar os cinco domínios, ou cinco fatores, em seu nível mais amplo. O Neuroticismo trata-se do domínio referente a suscetibilidade a estresse psicológico: indivíduos com altos escores são propensos a apresentar ideais irracionais, a serem pouco hábeis em controlar seus impulsos e lidar pobremente com o estresse; indivíduos que apresentam resultados baixos em neuroticismo são emocionalmente estáveis, normalmente calmos, moderados, tranquilos e capazes de encarar situações estressantes sem aborrecerem-se ou perturbarem-se. A Extroversão é um domínio que inclui traços de assertividade e de busca de excitação e estimulação: pessoas com alto escore em extroversão tendem a ser alegres e bem dispostas. A Abertura a experiência trata-se de uma importante dimensão da personalidade, cujos elementos são: imaginação ativa, sensibilidade estética, atenção aos próprios sentimentos, preferência pela variedade, curiosidade intelectual e independência de julgamento. A Amabilidade trata-se da predisposição a sensibilizar-se pela situação dos outros e a colocar-se no lugar deles, acarretando muitas vezes em comportamento de complacência. A Conscienciosidade é um fator caracterizado pelo controle de impulsos, bem como comportamentos direcionados a um objetivo específico, que podem facilitar a execução de obrigações e deveres. (EYSENCK, 1992).

5.4 Variáveis

5.4.1 Dependentes

- O alvo em estudo foi a ocorrência de depressão maior.

5.4.2 Independentes

- Dados sócio-demográficos: idade, sexo, escolaridade;
- Escore geral de traumas infantis, abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional;
- Traços de personalidade (neuroticismo, extroversão, amabilidade, conscienciosidade, abertura para experiência).

5.5 Análise Estatística

As variáveis foram descritas por frequências, médias, desvios padrões da amostra total. Foram descritos dados sociodemográficos, diagnóstico atual de depressão, história de maus tratos infantis e traços de personalidade.

Cinco modelos independentes de mediação dos traços da personalidade (neuroticismo, extroversão, amabilidade, conscienciosidade, abertura para experiência) foram testados usando o modelo de equações estruturais. A variável independente foi o escore do CTQ, a variável dependente foi as questões do módulo de depressão do MINI plus correspondendo aos sintomas diagnósticos de depressão maior. Considerou-se estatisticamente significativo um $P < 0.05$. Utilizou-se como medidas de ajuste: χ^2 , Tucker Lewis index (TLI), comparative fit index (CFI) e root mean square error of approximation (RMSEA). Um modelo com bom ajuste é considerado quando TLI or CFI são pelo menos .90 e o RMSEA é .06 ou menor.

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizada a ferramenta Seleta Statistical Services do departamento de estatística da Universidade de British Columbia, obtido através do link (<http://www.select-statistics.co.uk/sample-size-calculator-two-proportions>). Para tanto, foi predeterminado um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% para um poder de estudo de 80%. A população alvo estimada no estudo era de 22.000 idosos cadastrados na ESF de Porto Alegre. Considerando um parâmetro de proporções de 50%, o

cálculo amostral máximo de 378 foi estimado. O resultado do cálculo amostral é bastante conservador, permitindo atender aos objetivos propostos com segurança visto que as frequências de desfechos e fatores preditores de interesse (risco de suicídio, depressão e maus-tratos) nesta população foram estimados entre 10 a 35% em estudos prévios (CIULLA et al., 2014; NOGUEIRA et al., 2014), o que indicaria tamanhos amostrais mínimos variando entre 138 e 344.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os entrevistados foram informados dos objetivos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”**, o qual abarca todas as avaliações e métodos analíticos contemplados no presente projeto.

Foi respeitado o sigilo de identidade das informações coletadas. Estas informações foram publicadas após análise epidemiológica e estatística, não sendo em nenhum momento divulgada a identidade dos indivíduos estudados.

Todos os participantes foram informados de forma clara e em linguagem simples acerca dos objetivos e métodos da pesquisa; da mesma forma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto amplo supracitado.

6.1 Comitê de ética em pesquisa

O projeto **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”**, no qual se inclui o presente estudo, foi previamente apresentado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da PUCRS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de Porto Alegre (APÊNDICE B). O projeto **“FATORES MEDIADORES DA RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS INFANTIS E TRANSTORNOS DO HUMOR EM IDOSOS”** foi aprovado na Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (número 7956) (APÊNDICE D) e foi enviado como emenda do projeto acima na data 10.05.2017 com o número de parecer 2.082.456 e foi aprovado no dia 25.05.17 (APÊNDICE E).

6.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aplicado no momento da coleta do subprojeto **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E**

**APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E
PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS” (APÊNDICE A; C).**

7. ARTIGO CIENTÍFICO

Os resultados serão apresentados no artigo científico.

Relationship between childhood maltreatment and geriatric depression: The mediator effect of personality traits

Gabriel Behr Gomes Jardim, Armin von Gunten, Irenio Gomes da Silva Filho, Patricia Ziegelmann, Daniela Benzano Bumaguin, Eduardo L. Nogueira, Paula Engroff, Alfredo Cataldo Neto

Background: Childhood maltreatment is an important factor associated with adverse mental health outcomes, including geriatric depression and Big Five personality characteristics. The objective of the present study was to evaluate a model where personality characteristics mediate the relationship between childhood maltreatment and geriatric depression.

Method: Elderly subjects from socioeconomically disadvantaged neighborhoods of Porto Alegre, Brazil (n=260) completed the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) and Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI plus). We employed structural equation modeling (SEM) to evaluate the mediation hypothesis.

Results: The five personality factors (neuroticism, extraversion, agreeableness, openness, conscientiousness) related with childhood maltreatment and depression diagnostic. Mediation analysis revealed that neuroticism and extraversion are complete mediators, agreeableness and conscientiousness are partial mediators and openness is not a mediator.

Conclusions: These findings support the hypothesized model in which childhood maltreatment is associated with geriatric depression and mediated by personality factors. These results suggest that reducing the maladaptive personality trait in elderly people who suffered childhood maltreatment could prevent geriatric depression.

Keywords: childhood trauma, geriatric depression, personality traits, elderly

Introduction

Depression is one of the most frequent mental diseases in the elderly (KUHLMAN et al., 2013; PENNINX et al., 1999; RAPOSO et al., 2014). It is associated with worse outcomes from clinical diseases, worse quality of life (DUBE et al., 2003) and suicide risk (CONWELL; DUBERSTEIN; CAINE, 2002; SACHS-ERICSSON et al., 2016). In the city of Porto Alegre, Brazil there is a high prevalence (30.6%) of geriatric depression among the socioeconomically disadvantaged elderly (NOGUEIRA et al., 2014).

Childhood maltreatment is widely associated with the risk of mental disease (GILBERT et al., 2009; TAILLIEU et al., 2016). Childhood maltreatment is associated with an increased incidence, a worse clinical course and a poor response to the treatment of depression. (WINGO et al., 2010; TUNNARD et al., 2014)

The impact of childhood maltreatment seems to last for the whole life. In the elderly, it has a significant impact on physical and mental health (DRAPER et al., 2008; MASCHI et al., 2012). Childhood maltreatment is extensively associated with the development of geriatric depression (COMIJS et al., 2013; DANNLOWSKI et al., 2012; EGE et al., 2015; KUHLMAN et al., 2013; RAPOSO et al., 2014).

It seems to be crucial to understand how childhood maltreatment interacts in an organism in development with other important factors to result in pathology risk. And it is also important to understand how multiple possible outcomes could be affected by personality traits.

The big five personality traits (neuroticism, extroversion, agreeableness, conscientiousness and openness) are associated with longevity and successful ageing. Low scores of neuroticism and high scores of extroversion, openness, agreeableness and conscientiousness were related with health characteristics of ageing at a high level of daily life activity and good cognitive outcome (BAEK et al., 2016).

The Big Five personality traits are widely related to mental disease and childhood maltreatment. High levels of neuroticism and low levels of extraversion are associated with geriatric depression (HAYWARD, 2013; KOOREVAAR et al., 2013; O'SHEA; DOTSON; FIEO, 2017; WEBER et al., 2010). High levels of neuroticism are also associated with treatment resistance and cognitive symptomatology in those who have depression (KENDLER et al., 2006; MANNING et al., 2016; STEFFENS et al., 2017 MANNING et al., 2016; STEFFENS et al., 2017). Neuroticism isconsistently associated with childhood maltreatment (HENGARTNER et al., 2015; MC ELROY; HEVEY, 2014).

The literature on childhood maltreatment, geriatric depression and personality traits suggests a mediation model where there is a temporal relationship between the exposure to childhood maltreatment influencing the development of personality traits and finally raising the risk of geriatric depression. The personality traits would be the mediators affecting the risk of depression (HOVENS et al., 2016).

This model is important because it could help the development of treatments focused on the personality traits to avoid those individuals exposed to childhood maltreatment develop geriatric depression.

The objective of this study is to test the big five personality traits as mediators of the relationship between childhood maltreatment and geriatric depression.

Method

Study Sample

The Cerebral Ageing Program (PENGE) is longitudinal cohort study that aims to examine mental health in a socioeconomically disadvantaged sample of elderly people. This subproject is a cross-sectional study with a sample of persons 60 years old or older. This research was conducted from July 2015 to July 2016 in collaboration with the Family Health Strategy (FHS) program of Porto Alegre, Brazil.

The subjects were recruited by general practitioners in family health facilities and health care workers in the PENGE program and were evaluated at the reference hospital. Inclusion criteria was being 60 years old or older. Exclusion criteria were the diagnosis of bipolar disorder and drug or alcohol abuse evaluated by the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I plus); history of neurological disease such as tumors, cerebral ischemia

and epilepsy; serious or incapacitating clinical disease which could interfere with the interview such as cancer or visual defects and those who had a cognitive inability to understand the questions (based on clinical judgment). Assessment and registry were made by board-certified psychiatrists and psychologists experienced in late-life neuropsychiatric disorders.

A total of 346 subjects were evaluated in the hospital and 260 were included in the final sample after the inclusion and exclusion criteria were met and after written informed consent was signed. All subjects who had clinical demands were referred to specialized neurologic and psychiatric consultations in the same hospital.

The research protocol was fully approved by both the research ethics committees of PUCRS and the Public Health Secretary of the City of Porto Alegre (Brazil). All participants or their legal representatives gave informed written consent.

Measurements

Assessment of depression

Depression was measured with the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 plus Portuguese version (MINI plus) (Amorim, 2000). The MINI plus is a gold standard validated diagnostic tool, its accuracy is similar to that of more complex psychiatric interviews in different settings (Lecrubier et al., 1997). The major depression module is composed of questions based on the symptoms of DSM IV criteria. The quantitative variable used in the mediation model is the sum of ten dichotomous questions (range 0-10).

Assessment of childhood maltreatment

Childhood maltreatment was diagnosed with the shorter version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et al., 2003). It was translated into Brazilian Portuguese (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006) and validated for community and clinical samples with good reliability and validity (Grassi-Oliveira et al., 2014). CTQ is composed of 28 questions that evaluate the subtype of maltreatment experience (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect and physical neglect) and its intensity through a five-point Likert scale. The cut-off mild-high was used in accord with the author's manual.

The five maltreatment subtypes are defined as: Emotional abuse: verbal assaults on a child's sense of worth or well-being or any humiliating behavior directed toward a child by an older person; Physical abuse: bodily assaults on a child by an older person that confer a risk of or result in injury; Sexual abuse: sexual conduct between a child and an adult or older person; Emotional neglect: the failure of an adult to meet children's emotional and psychological needs; Physical neglect: the failure of adults to provide for a child's basic physical needs (food, shelter, clothing, safety, and health care).

Assessment of personality traits

To assess personality factors, the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) (COSTA; MCCRAE, 1995) was used. The NEO-FFI is a shortened version of the NEO Personality Inventory-Revised translated and validated to Brazilian Portuguese (COSTA; MCCRAE, 2007). The 60-item questionnaire measures the main Big Five domains: Neuroticism (emotionally unstable, susceptibility to psychologic stress, maladjustment and negative emotionality), Extraversion (energetic, assertive), Openness to Experience (imaginative, independent-minded, intellectual curiosity), Conscientiousness (responsible, dependable, orderly) and Agreeableness (empathic, cooperative,). The extent to which a statement applies to the participant is rated on a 5-point Likert scale, ranging from "strongly disagree" to "strongly agree". The cut-off no-low was used in accord with the author's manual.

Assessments of sociodemographic variables

The variables age, gender and education are used to describe the sample.

Statistical Analysis

Calculations were carried out using the software Statistical Package for the Social Sciences 20.0, SPSS®. Descriptive statistics was used to describe socioeconomic, personality traits and history of childhood maltreatment.

We tested five independent mediations models using structural equation modeling (SEM). In each model, the independent variable was total CTQ score. Dependent variable was the questions of MINI plus depression module. We used as goodness-of-fit measures to evaluate how well the hypothesized model fit the observed data: χ^2 , Tucker Lewis index (TLI), comparative fit index (CFI), and root mean square error of approximation (RMSEA). A well-

fitting model is accomplished when TLI or CFI is at least .90 and the RMSEA is .06 or lower. The significance level considered statistically significant was $P < 0.05$.

Results

Descriptive statistics

The sample included 260 participants with a mean age of 72.2 (SD 7.11) and majority female (76.9%). a mean of 4.72 (SD 3.75) years of study (education level). Childhood maltreatment presented a high prevalence in this sample (physical neglect 50.4%; emotional neglect 99.2%; physical abuse 29.6%; emotional abuse 29.6%; sexual abuse 13.5%). The personality traits presented high prevalence of high scores in this sample, with the exception of openness. Sixty nine percent of the sample ($n=180$) presented high neuroticism score. The five personality traits were correlated with childhood maltreatment. Extroversion, agreeableness, openness, conscientiousness correlated positively, neuroticism correlated negatively.

Mediation Model

The independent model of Big Five personality characteristics (neuroticism, extraversion, agreeableness, openness, conscientiousness) mediation between childhood maltreatment and geriatric depression was tested. The full structural model showed acceptable fit, $\chi^2(53) = 39.1$, $P = 0.922$, $RMSEA = 0.001$, $SRMR = 0.061$, $CFI = 1.000$, and is presented in figure 1. and table 2.

Neuroticism mediation effect. Neuroticism has a strong total mediation effect. The CTQ score effect on NEO-FFI neuroticism score was significant ($\beta = 0.37$ $SE = 0.052$, $P < 0.001$), neuroticism is associated with MINI plus depression diagnostic ($\beta = 0.66$, $SE = 0.050$, $P < 0.001$). The indirect effect of childhood maltreatment on depression was significant ($\beta = 0.24$, $SE = 0.040$, $P < 0.001$). The direct effect of CTQ score on depression was negative and not significant ($\beta = -0.06$, $SE = 0.061$, $P = 0.302$), The full model effect of CTQ score on depression was significant ($\beta = 0.18$, $SE = 0.068$, $P = 0.009$).

Extraversion mediation effect. Extraversion has a total mediation effect. The CTQ score effect on NEO-FFI extraversion score was inverse and significant ($\beta = -0.24, SE=0.045, P<0.001$), extraversion is associated with the MINI plus depression diagnostic ($\beta=-0.36, SE=0.062, P<0.001$). The indirect effect of childhood maltreatment on depression was significant ($\beta=0.09, SE=0.022, P<0.001$). The direct effect of CTQ score on depression was negative and not significant ($\beta=0.09, SE=0.064, P= 0.138$), The full model effect of CTQ score on depression was significant ($\beta=0.18, SE=0.068, P=0.009$).

Openness mediation effect. Openness does not a mediation effect. The CTQ score effect on NEO-FFI openness score was negative and significant ($\beta = -0.14, SE=0.056, P=0.013$), openness is associated with the MINI plus depression diagnostic ($\beta=-0.14, SE=0.063, P=0.022$). The indirect effect of childhood maltreatment on depression was not significant ($\beta=0.02, SE=0.012, P=0.091$). The direct effect of CTQ score on depression was significant ($\beta=0.16, SE=0.067, P= 0.018$), The full model effect of CTQ score on depression was significant ($\beta=0.18, SE=0.068, P=0.009$).

Agreeableness mediation effect. Agreeableness has a partial mediation effect. The CTQ score effect on NEO-FFI agreeableness score was negative and significant ($\beta = -0.21, SE=0.058, P<0.001$), neuroticism is associated with the MINI plus depression diagnostic ($\beta=-0.16, SE=0.068, P=0.017$). The indirect effect of childhood maltreatment on depression was significant ($\beta=0.03, SE=0.017, P=0.047$). The direct effect of CTQ score on depression was not significant ($\beta=0.15, SE=0.068, P= 0.030$), The full model effect of CTQ score on depression was significant ($\beta=0.18, SE=0.068, P=0.009$).

Conscientiousness mediation effect. Conscientiousness has a partial mediation effect. The CTQ score effect on NEO-FFI conscientiousness score was negative and significant ($\beta=-0.17, SE=0.048, P<0.001$), conscientiousness is associated with the MINI plus depression diagnostic ($\beta=-0.27, SE=0.062, P<0.001$). The indirect effect of childhood maltreatment on depression was significant ($\beta=0.05, SE=0.016, P=0.005$). The direct effect of CTQ score on depression was negative and not significant ($\beta=0.13, SE=0.066, P= 0.041$), The full model effect of CTQ score on depression was significant ($\beta=0.18, SE=0.068, P=0.009$).

Discussion

This study proposed to analyze a hypothesis where personality traits mediate childhood maltreatment and depression in the elderly. The results demonstrated that neuroticism and extraversion are complete mediators, agreeableness and conscientiousness are partial mediators and openness does not mediate the relationship.

Socioeconomic profile of the population

This sample is characterized mainly by females who studied an average of four years. These individuals live in poor communities of Porto Alegre where violence, unemployment and a lack of proper health care are common. They tend to live in large families and have to deal daily with many stress factors. For this reason, it is expected that this environment contributes largely to increasing vulnerability at the edges of the circle of life such as the elderly and children. This picture can be extended to the majority of the elderly population that live in poor or developing countries, specifically in populous cities.

It is common that the elderly receive less health care and children are exposed to childhood maltreatment more often. The exposure to maltreatment contributes to decreasing educational achievement, low levels of employment and significant loss of economic productivity therefore leading to increased maltreatment experiences (BODEN; HORWOOD; FERGUSSON, 2007; CURRIE; WIDOM, 2010). The bidirectional relationship leads from a cycle of increasing vulnerability to mental disease.

The Mediation model of personality

Our results corroborate the widely studied association of childhood maltreatment and geriatric depression presented in the literature. In another sample, with the same population used in this study, childhood abuse and neglect correlated with developing more severe forms of depression (NOVELO et al., 2018).

During their life, one individual can be exposed to a complex number of stress factors that interact, leading to the development of psychopathology. Although many treatments of depression are available, they bring many difficulties to the patient like a lack of efficacy and poor side effects profile. Turning our attention to identifying high-risk groups of individuals who were initially exposed to childhood maltreatment could address new treatment options

based on these risk factors that are directly related with geriatric depression. (BEDDINGTON et al., 2008; KESSLER et al., 2010; ORMEL et al., 2015)

The justification of studying the Big Five personality traits in this mediation model is because they are important constructs that seem to be robust, culturally invariable, stable (ALLIK, 2005; ORMEL et al., 2015). Also, these consistently correlate to childhood maltreatment (HENGARTNER et al., 2015) and geriatric depression (MANNING et al., 2016; O'SHEA; DOTSON; FIEO, 2017; STEFFENS et al., 2013).

Our results demonstrated that neuroticism and extraversion are complete mediators, agreeableness and conscientiousness are partial mediators and openness is not a mediator. In accordance with our findings, another study in adults, evidenced that high levels of neuroticism and low levels of extraversion mediate the relationship of childhood maltreatment and a 4-year remission of depression and anxiety disorders (HOVENS et al., 2016). Similar results found that cognitive emotion dysregulation was as an important mediator affecting depression and anxiety symptoms in patients with childhood maltreatment (HOPFINGER et al., 2016; HUH et al., 2017) .

Psychotherapy modalities focusing on high-risk individuals who experienced childhood maltreatment could be studied. Probably, addressing as a psychotherapy objective the management of neuroticism's emotionally instability, susceptibility to psychologic stress, maladjustment and negative emotionality could reduce the probability of experiencing geriatric depression and also enhancing extraversion, agreeableness and conscientiousness traits. Finally, enhancing life events that diminish the degree of maladaptive personality traits as good social support in adulthood, social relationship and work could be preventive strategies (CASPI; ROBERTS; SHINER, 2005; LÜDTKE; ROBERTS; NAGY, 2011).

Strengths and Limitations

The strength of this study is the study of mediation hypothesis of personality between childhood trauma and depression. To our knowledge, there are few studies which propose to look into this important subject. We did not find studies that look at the psychopathology of the end of life investigating personality mediation factors. There are very few studies with socioeconomically disadvantaged elderly who represent the majority of the ageing global population.

Some limitations are to be acknowledged. The cross-sectional design limits us to draw conclusions on causality. Methodological limitations include the retrospective reports of childhood trauma and personality characteristics measured at the same time. There is a tendency of recall bias and a tendency of the elderly to respond negatively to questions with aversive content leading to an underestimation of the results. The prevalence of childhood maltreatment and personality traits could be higher in this population (MACDONALD et al., 2016). The measurement of personality traits at the same time as the childhood trauma refers to actual personality characteristics, despite the already proven relative stability of these traits.

Data collection was made in the hospital of reference for the population, some participants may not have been able to reach the facility. The transport structure available in the poor neighborhoods could affect the mobility of some of the elderly.

Finally, other mediator factors could be influencing the results like attachment characteristics, past history of psychopathology or other important sociodemographic factors like education level. Future studies which could expand this mediation hypothesis to other variables are warranted.

Conclusion

The present study evaluates a model where personality characteristics mediate the relationship between childhood maltreatment and geriatric depression. Mediation analysis revealed that neuroticism and extraversion are complete mediators, agreeableness and conscientiousness are partial mediators and openness is not a mediator. Treatments enhancing extraversion, agreeableness and conscientiousness and diminishing neuroticism could reduce geriatric depression in high-risk elderly exposed to childhood trauma.

Conflict of interest

None.

Acknowledgments

The authors would like to acknowledge the collaboration of the community health professionals, managers, and executive coordination responsible for the Family Health Strategy from Porto Alegre city, Brazil.

References

- ALLIK, J. Personality dimensions across cultures. **Journal of personality disorders**. v. 19, n. 3, p. 212–232, 2005.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. **Revista brasileira de psiquiatria**. v. 22, n. 3, 2000.
- BAEK, Y. et al. Personality Traits and Successful Aging : Findings From the Georgia Centenarian Study. **The International Journal of Aging and Human Development**. p 1-22. 2016.
- BEDDINGTON, J. et al. The mental wealth of nations. **Nature**, v. 455, n. 7216, p. 1057–1060, 2008.
- BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. **Child Abuse and Neglect**, v. 27, n. 2, p. 169–190, 2003.
- BODEN, J. M.; HORWOOD, L. J.; FERGUSON, D. M. Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. **Child Abuse and Neglect**, v. 31, n. 10, p. 1101–1114, 2007.
- CASPI, A.; ROBERTS, B. W.; SHINER, R. L. Personality Development : Stability and Change. **Annu. Rev. Psychol**, v. 56, p.453–84 2005.
- COMIJS, H. C. et al. Childhood abuse in late-life depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 147, n. 1–3, p. 241–246, 2013.
- CONWELL, Y.; DUBERSTEIN, P. R.; CAINE, E. D. Risk factors for suicide in later life. **Biological Psychiatry**, v. 52, n. 3, p. 193–204, 2002.
- COSTA, P.; MCCRAE, R. R. Inventory Domains and Facets : Hierarchical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory. **Journal of Personality Assessment**, v. 64, n. 1, p. 21–50, 1995.
- COSTA, P. T., Jr., & McCRAE, R. R. *NEO PI-R: Inventário de personalidade NEO revisado e inventário de cinco fatores NEO revisado NEO-FFI-R [Versão curta]*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica. 2007
- CURRIE, J.; WIDOM, C. S. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. **Child maltreat.**, v. 14, n. 4, p. 384–399, 2010.
- DANNLOWSKI, U. et al. Limbic scars: Long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. **Biological Psychiatry**, v. 71, n. 4, p. 286–293, 2012.
- DRAPER, B. et al. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of

- older people: Results from the depression and early prevention of suicide in general practice project. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 56, n. 2, p. 262–271, 2008.
- DUBE, S. R. et al. The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. **Preventive Medicine**, v. 37, n. 3, p. 268–277, 2003.
- EGE, M. A. et al. Adverse Childhood Experiences and Geriatric Depression: Results from the 2010 BRFSS. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 110–114, jan. 2015.
- GILBERT, R. et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **The Lancet**, v. 373, n. 9657, p. 68–81, 2009.
- GRASSI-OLIVEIRA, R. et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: Findings from confirmatory factor analysis. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, 2014.
- GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saude Publica**, v. 40, n. 2, p. 249–255, 2006.
- HAYWARD, R. et al. Association of NEO personality domains and facets with presence, onset, and treatment outcomes of major depression in older adults. **Am J Geriatr Psychiatry** . v. 21, n. 1, p. 88–96, 2013.
- HENGARTNER, M. P. et al. Association Between Childhood Maltreatment and Normal Adult Personality Traits: Exploration of an Understudied Field. **Journal of Personality Disorders**, v. 29, n. 1, p. 1–14, 2015.
- HOPFINGER, L. et al. Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 198, p. 189–197, 2016.
- HOVENS, J. G. F. M. et al. Childhood maltreatment and the course of depressive and anxiety disorders: The contribution of personality characteristics. **Depression and Anxiety**, v. 33, n. 1, p. 27–34, 2016.
- HUH, H. J. et al. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. **Journal of Affective Disorders**, v. 213, n. January, p. 44–50, 2017.
- KENDLER, K. S. et al. Personality and Major Depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n. 10, p. 1113, 2006.
- KESSLER, R. C. et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO world mental health survey initiative. **Depression and Anxiety**, v. 27, n. 4, p. 351–364, 2010.
- KOOREVAAR, A. M. L. et al. Big Five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. **Journal of Affective Disorders**, v. 151, n. 1, p. 178–185, 2013.

KUHLMAN, K. R. et al. Developmental and contextual factors in the role of severe childhood trauma in geriatric depression: The sample case of former indentured child laborers. **Child Abuse and Neglect**, v. 37, n. 11, p. 969–978, 2013.

LECRUBIER, Y. et al. Original article The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. **European Psychiatry**, v. 12, n. 5, p. 224–231, 1997.

LÜDTKE, O.; ROBERTS, B. W.; NAGY, G. A Random Walk Down University Avenue: Life Paths, Life Events, and Personality Trait Change at the Transition to University Life. **j pers soc psychol**, v. 101, n. 3, p. 620–637, 2011.

MACDONALD, K. et al. Minimization of childhood maltreatment is common and consequential: Results from a large, multinational sample using the Childhood Trauma Questionnaire. **PLoS ONE**, v. 11, n. 1, p. 1–16, 2016.

MANNING, K. J. et al. ARTICLE IN PRESS Neuroticism Traits Selectively Impact Long Term Illness Course and Cognitive Decline in Late-Life Depression. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, p. 1–10, 2016.

MASCHI, T. et al. The aftermath of childhood trauma on late life mental and physical health: A review of the literature. **Traumatology**, v. 19, n. 1, p. 1–6, 2012.

MC ELROY, S.; HEVEY, D. Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. **Child Abuse and Neglect**, v. 38, n. 1, p. 65–75, 2014.

NOGUEIRA, E. L. et al. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 3, p. 368–377, 2014.

NOVELO, M. et al. Effects of childhood multiple maltreatment experiences on depression of socioeconomic disadvantaged elderly in Brazil. **Child Abuse and Neglect**, v. 79, n. September 2017, p. 350–357, 2018.

O'SHEA, D. M.; DOTSON, V. M.; FIEO, R. A. Aging perceptions and self-efficacy mediate the association between personality traits and depressive symptoms in older adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 32, n. 12, p. 1217–1225, 2017.

ORMEL, J. et al. Neuroticism and Common Mental Disorders: Meaning and Utility of a Complex Relationship. **Clin Psychol Rev.** v. 33, n. 5, p. 686–697, 2015.

PENNINX, B. W. et al. Minor and major depression and the risk of death in older persons. **Archives of general psychiatry**, v. 56, n. 10, p. 889–895, 1999.

RAPOSO, S. M. et al. Time does not heal all wounds: Older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 11, p. 1241–1250, 2014.

SACHS-ERICSSON, N. J. et al. In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. **Aging & mental health**, v. 20, n. 2, p. 139–65, 2016.

STEFFENS, D. C. et al. Clinical outcomes of older depressed patients with and without comorbid neuroticism. **Int Psychogeriatr**. v. 6, n. 12, p. 247–253, 2013.

STEFFENS, D. C. et al. Presence of neuroticism and antidepressant remission rates in late-life depression: results from the Neurobiology of Late-Life Depression (NBOLD) study. **International Psychogeriatrics**, p. 1–6, 2017.

TAILLIEU, T. L. et al. Child Abuse & Neglect Childhood emotional maltreatment and mental disorders : Results from a nationally representative adult sample from the United States. **Child Abuse & Neglect**, v. 59, p. 1–12, 2016.

WEBER, K. et al. Volumetric MRI changes, cognition and personality traits in old age depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 124, n. 3, p. 275–282, 2010.

WINGO, A. P. et al. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. **Journal of Affective Disorders**, v. 126, n. 3, p. 411–414, 2010.

Tables

TABLE 1. Descriptive Statistics (n=260)

Variable	Mean (SD)(range)	Frequency, n (%)
Socioeconomic Variables		
Age (years)	72.2(7,11)(60-95)	
Female Gender		200 (76.9%)
Education level Years	4.72(3.75)(0-15)	
Depression Diagnostic (MINI)		
		83 (31.9%)
Personality Characteristics (NEO-FFI)*		
Neuroticism	37.6 (9.25)(16-60)	180 (69.2%)
Extraversion	37.9(6.6)(21-56)	173 (66.5%)
Openness	34.9(3.9)(23-46)	67 (25.8%)
Agreeableness	40.8(3.82)(32-53)	216 (83.1%)
Conscientiousness	45.4(4.8)(29-59)	242 (93.1%)
Childhood trauma (CTQ)**		
CTQ total	45.4 (10.7)(31-105)	
Physical Neglect	8.5(3.6)(4-20)	131 (50.4%)
Emotional Neglect	15.7(1.9)(8-21)	258 (99.2%)
Physical Abuse	7.4(3.8)(4-25)	77 (29.6%)
Emotional Abuse	7.9(4.4)(4-25)	77 (29.6%)
Sexual Abuse	5.6(2.6)(4-25)	35(13.5%)

NOTES: Mini International Neuropsychiatric Interview(MINI);

NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI); Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

* Frequency: mild-high cut-off ** Frequency: no-low cut-off

TABLE 2 . Mediation analysis of personality characteristics (PC) on the relationship between childhood maltreatment (CM) score and depression (D).

Mediating Variable	Effect of CM on PC (a)	Effect of PC on D (b)	Indirect effect	Direct Effect of CM on D (c)	Total Effect
Neuroticism	0,37**	0,66**	0.24 **	-.006	0.18
Extraversion	-.024**	-.036**	0.09**	0.09	0.18
Openness	;-0.14*	-.014*	0.02	0.16	0.18
Agreeableness	-.021**	-.016*	0.03*	0.15*	0.18
Conscientiousness	-.017**	-.027**	0.05**	0.13*	0.18

*P ≤0.05, **P ≤ 0.001

Figure

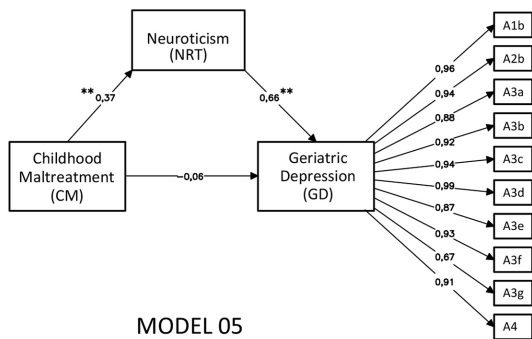
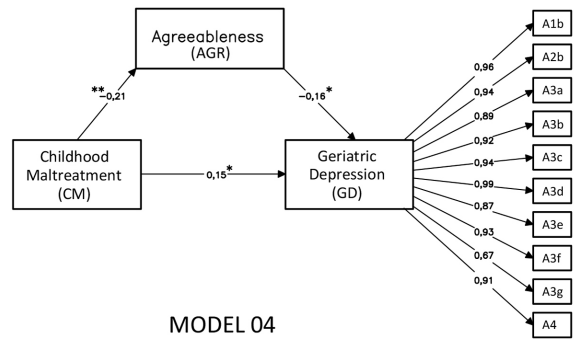
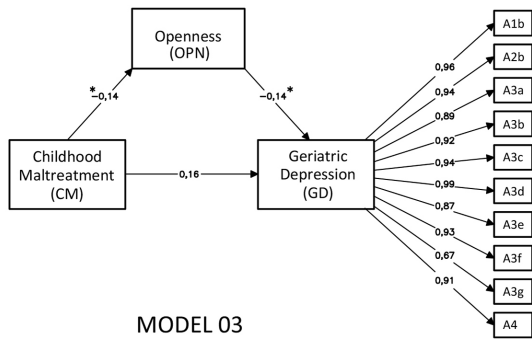
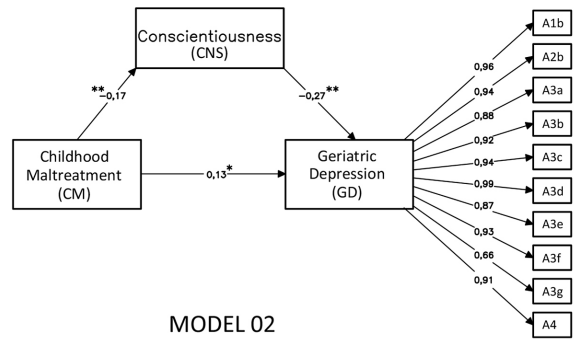
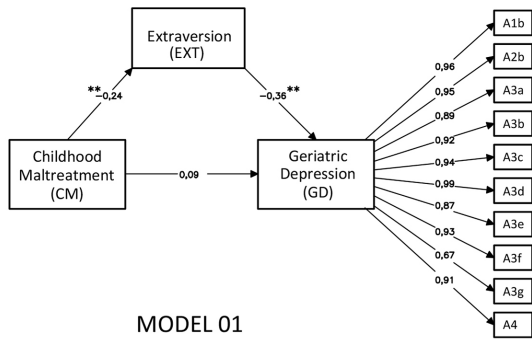


Figure 1. The structural equation model of personality mediating childhood maltreatment and geriatric depression. (n=260) Note: MINI questions, A1b Depressed mood; A2b Anhedonia; A3a Weight or appetite distur; A3b Sleep disturb; A3c Psychomotor agitation or retardation; A3d Fatigue or loss of energy; A3e Worthlessness or guilt ; A3f Concentration disturb; A3g Thoughts of death or suicidal ideation ; A4 Daily functioning. *P ≤0.05, **P ≤ 0.001

8. FONTES DE FINANCIAMENTO

O projeto e os estudos que o integram foi feito com recursos próprios do mestrando e através de bolsa CAPES.

9. CONCLUSÕES

O envelhecimento se associa com o aumento da prevalência de depressão geriátrica na população. Entender os fatores causadores desta patologia é importante para que novas formas de tratamentos possam ser estudadas. Os traços da personalidade são mediadores da relação entre maus tratos infantis e depressão geriátrica. Faz-se necessário novos estudos que possam avaliar outros fatores que contribuiriam com a relação mas também estudos que testem novas formas de tratamento direcionadas a minimizar traços de personalidade disfuncionais e reforçar os adaptativos.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. **Revista brasileira de psiquiatria**. v. 22, n. 3, 2000.
- BAEK, Y. et al. Personality Traits and Successful Aging : Findings From the Georgia Centenarian Study. **The International Journal of Aging and Human Development**. p 1-22. 2016.
- BEDDINGTON, J. et al. The mental wealth of nations. **Nature**, v. 455, n. 7216, p. 1057–1060, 2008.
- IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios - Características gerais dos domicílios e moradores de 2017**. IBGE. 2017.
- BRUFFAERTS, R. et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. **British Journal of Psychiatry**, v. 197, n. 1, p. 20–27, 2010.
- CANTAZARO, A.; WEI, M. Depressive Symptoms : A Test of a Mediation Model. **Journal of Personality** v. 78, n. 4. August, 2010.
- CIULLA, L. et al. Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. **Journal of Affective Disorders**, v. 152–154, n. 1, p. 513–516, 2014.
- COMIJS, H. C. et al. Childhood abuse in late-life depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 147, n. 1–3, p. 241–246, 2013.
- CONWELL, Y.; DUBERSTEIN, P. R.; CAINE, E. D. Risk factors for suicide in later life. **Biological Psychiatry**, v. 52, n. 3, p. 193–204, 2002.
- DANNLOWSKI, U. et al. Limbic scars: Long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. **Biological Psychiatry**, v. 71, n. 4, p. 286–293, 2012.
- DRAPER, B. et al. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: Results from the depression and early prevention of suicide in general practice project. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 56, n. 2, p. 262–271, 2008.
- DUBE, S. R. et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 286, n. 24, p. 3089–3096, 2001.
- DUBE, S. R. et al. The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. **Preventive Medicine**, v. 37, n. 3, p. 268–277, 2003.
- EGE, M. A. et al. Adverse Childhood Experiences and Geriatric Depression: Results from the 2010 BRFSS. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 110–114,

2015.

EYSENCK, H. J. Four ways five factors are not basic. **Personality and Individual Differences**, v. 13, n. 6, p. 667–673, 1992.

GILBERT, R. et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **The Lancet**, v. 373, n. 9657, p. 68–81, 2009.

GRASSI-OLIVEIRA, R. et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: Findings from confirmatory factor analysis. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, 2014.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saude Publica**, v. 40, n. 2, p. 249–255, 2006.

HAYWARD. Association of NEO personality domains and facets with presence, onset, and treatment outcomes of major depression in older adults. **American Journal of Geriatric Psychiatry**. v. 21, n. 1, p. 88–96, 2013.

HENGARTNER, M. P. et al. Association Between Childhood Maltreatment and Normal Adult Personality Traits: Exploration of an Understudied Field. **Journal of Personality Disorders**, v. 29, n. 1, p. 1–14, 2015.

HOVENS, J. G. F. M. et al. Childhood maltreatment and the course of depressive and anxiety disorders: The contribution of personality characteristics. **Depression and Anxiety**, v. 33, n. 1, p. 27–34, 2016.

IRIGARAY, T. Q. et al. Child maltreatment and later cognitive functioning: A systematic review. **Psicologia: Refl exão e Crítica**, v. 26, p. 376–387, 2013.

KENDLER, K. S. et al. Personality and Major Depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n. 10, p. 1113, 2006.

KESSLER, R. C. et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. **British Journal of Psychiatry**, v. 197, n. 5, p. 378–385, 2010.

KEYES, K. M. et al. Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. **British Journal of Psychiatry**, v. 200, n. 2, p. 107–115, 2012.

KLEST, B. Childhood Personality , Betrayal Trauma , and Leukocyte Telomere Length in Adulthood : A Lifespan Perspective on Conscientiousness and Betrayal Traumas as Predictors of a Biomarker of Cellular Ageing. **European Journal of Personality**.v. 30, p. 426–437, 2016.

KOOREVAAR, A. M. L. et al. Big Five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. **Journal of Affective Disorders**, v. 151, n. 1, p. 178–185, 2013.

KUHLMAN, K. R. et al. Developmental and contextual factors in the role of severe childhood trauma in geriatric depression: The sample case of former indentured child laborers. **Child Abuse and Neglect**, v. 37, n. 11, p. 969–978, 2013.

MANNING, K. J. et al. Neuroticism Traits Selectively Impact Long Term Illness Course and Cognitive Decline in Late-Life Depression. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, p. 1–10, 2016.

MARCOS, G. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006
Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria** v. 31, n. Supi ii, p. 86–94, 2006.

MASCHI, T. et al. The aftermath of childhood trauma on late life mental and physical health: A review of the literature. **Traumatology**, v. 19, n. 1, p. 49-64, 2012.

MC ELROY, S.; HEVEY, D. Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. **Child Abuse and Neglect**, v. 38, n. 1, p. 65–75, 2014.

NOGUEIRA, E. L. et al. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 3, p. 368–377, 2014.

O'SHEA, D. M.; DOTSON, V. M.; FIEO, R. A. Aging perceptions and self-efficacy mediate the association between personality traits and depressive symptoms in older adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 32, n. 12, p. 1217–1225, 2017.

PAGE, S. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. **American Journal of Psychiatry** v. 170, n. 105, p. 108–113, 2014.

PENNINX, B. W. et al. Minor and major depression and the risk of death in older persons. **Archives of general psychiatry**, v. 56, n. 10, p. 889–895, 1999.

RAPOSO, S. M. et al. Time does not heal all wounds: Older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 11, p. 1241–1250, 2014.

SACHS-ERICSSON, N. J. et al. In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. **Aging & mental health**, v. 20, n. 2, p. 139–65, 2016.

SIJTSMAN, K. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of cronbach's alpha. **Psychometrika**, v. 74, n. 1, p. 107–120, 2009.

STEFFENS, D. C. et al. Presence of neuroticism and antidepressant remission rates in late-life depression: results from the Neurobiology of Late-Life Depression (NBOLD) study. **International Psychogeriatrics**, p. 1–6, 2017.

TAILLIEU, T. L. et al. Child Abuse & Neglect Childhood emotional maltreatment and mental disorders : Results from a nationally representative adult sample from the United States. **Child Abuse & Neglect**, v. 59, p. 1–12, 2016.

TUNNARD, C. et al. The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 152–154, n. 1, p. 122–130, 2014.

WEBER, K. et al. Volumetric MRI changes, cognition and personality traits in old age depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 124, n. 3, p. 275–282, 2010.

WINGO, A. P. et al. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. **Journal of Affective Disorders**, v. 126, n. 3, p. 411–414, 2010.

ANEXOS

ANEXO A - CTQ

Identificação: _____

Idade: _____ Sexo: _____

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

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu tive que usar roupas sujas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu me senti amado (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	•	•	•	•	•
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	•	•	•	•	•
16. Eu tive uma ótima infância.	•	•	•	•	•
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	•	•	•	•	•
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	•	•	•	•	•
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	•	•	•	•	•
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	•	•	•	•	•
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	•	•	•	•	•
22. Eu tive a melhor família do mundo.	•	•	•	•	•
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	•	•	•	•	•
24. Alguém me molestou.	•	•	•	•	•
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	•	•	•	•	•
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	•	•	•	•	•
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	•	•	•	•	•
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	•	•	•	•	•

ANEXO B – M.I.N.I PLUS

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

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

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Junho, 2001)

M.I.N.I. - MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____

PROTOCOLO NÚMERO: _____

DATA DE NASCIMENTO : _____ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:** _____

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:** _____

DATA DA ENTREVISTA: _____ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:** _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS	EXPLORADOS
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteir	
A.' EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	

F. AGORAFOBIA	Atual	
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA/ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K. DEPENDÊNCIA/ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “**negrito**” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (Λ) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “**NÃO**” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar: _____

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
		→		
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	NÃO	SIM	

A3 **Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:**

a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)			
	COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
B	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?			
		NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?			
		NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?			
		NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?			
		NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?			
		NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?			
		NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?

(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
ATUAL**

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?			
		→		
		NÃO	SIM	10
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?			
		NÃO	SIM	11

A5b É COTADA **SIM** ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO	
<i>MAIOR PASSADO</i>	

ANEXO C – NEO-FFI

Nome: _____ Data: ____/____/____

Acompanhante: _____

DECLARAÇÕES	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	NEURO	CONCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
1. Sou uma pessoa despreocupada.	1	2	3	4	5
2. Gosto de ter muita gente à minha volta.	1	2	3	4	5
3. Gosto de me concentrar numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e se desenvolver. <small>Gosto de ser sonhador, de dar asas a imaginação.</small>	1	2	3	4	5
4. Tento ser educado(a) com todas as pessoas que encontro.	1	2	3	4	5
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.	1	2	3	4	5
6. Algumas vezes senti ressentimento e amargura.	1	2	3	4	5
7. Sou propenso(a) a rir facilmente. <small>Eu dou risada com facilidade.</small>	1	2	3	4	5
8. Acho interessante aprender e cultivar novos hobbies (passatempos). <small>Acho interessante aprender a manter novos passatempos.</small>	1	2	3	4	5
9. As vezes, intimido ou bajulo as pessoas para que elas façam o que eu quero. <small>As vezes, ameaço ou puxo o saco para que as pessoas façam o que eu quero.</small>	1	2	3	4	5
10. Eu sou bom (boa) em organizar meu tempo de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.	1	2	3	4	5
11. Quando estou sob uma grande tensão, algumas vezes sinto que não vou resistir. <small>Quando estou sob pressão/estresse, algumas vezes sinto que não vou aguentar.</small>	1	2	3	4	5
12. Prefiro trabalhos que possa fazer sozinho(a), sem ser incomodado(a) por outras pessoas.	1	2	3	4	5
13. Fico admirado(a) com a variedade de padrões que encontro na arte e na natureza. <small>Fico interessado e surpreso com a arte e a natureza.</small>	1	2	3	4	5
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.	1	2	3	4	5
15. Frequentemente entro em situações sem estar totalmente preparado(a) para elas. <small>Frequentemente me arrisco em situações sem estar totalmente preparado(a) para elas.</small>	1	2	3	4	5
16. Raramente me sinto só ou triste. <small>(confirmar a resposta)</small>	1	2	3	4	5
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.	1	2	3	4	5
18. Acredito que deixar estudantes ouvirem pessoas com ideias controversas só vai confundi-los e desorientá-los. <small>Acredito que deixar jovens ouvirem pessoas com ideias diferentes/opostas só vai confundi-los.</small>	1	2	3	4	5
19. Se alguém começa um briga, estou sempre pronto(a) para revidar.	1	2	3	4	5
20. Tento cumprir todas as minhas obrigações com responsabilidade.	1	2	3	4	5
21. Frequentemente, sinto-me tenso(a) e agitado(a). <small>Frequentemente, sinto-me nervoso.</small>	1	2	3	4	5
22. Gosto de estar em lugares animados.	1	2	3	4	5
23. A poesia pouco ou nada me sensibiliza. <small>A poesia/a letra de uma música me toca.</small>	1	2	3	4	5
24. Sou melhor que a maioria das pessoas e tenho consciência disso.	1	2	3	4	5
25. Tenho objetivos claros e busco atingi-los de forma organizada.	1	2	3	4	5
26. Às vezes, sinto que eu não valho nada.	1	2	3	4	5
27. Não gosto de multidões e por isso as evito.	1	2	3	4	5

DECLARAÇÕES	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	NEURO	CONCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
28. Tenho dificuldade em soltar a minha imaginação (devanear).	1	2	3	4	5
29. Quando sou insultado(a), tenho perdoar e esquecer. <small>Quando sou ofendido tento perdoar e esquecer.</small>	1	2	3	4	5
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.	1	2	3	4	5
31. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a). <small>(confirmar a resposta)</small>	1	2	3	4	5
32. Frequentemente, sinto-me explodindo de energia. <small>Frequentemente, sinto-me com disposição.</small>	1	2	3	4	5
33. Raramente me do conta dos humores ou sentimentos que diferentes ambientes causam. <small>Raramente me dou conta da energia do ambiente. (confirmar a resposta)</small>	1	2	3	4	5
34. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas. <small>Costumo pensar o melhor das pessoas.</small>	1	2	3	4	5
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.	1	2	3	4	5
36. Muitas vezes, fico irritado(a) com a maneira como as pessoas me tratam.	1	2	3	4	5
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	1	2	3	4	5
38. Experimento uma grande variedade de emoções e sentimentos. <small>Me emociono com facilidade.</small>	1	2	3	4	5
39. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	1	2	3	4	5
40. Quando assumo um compromisso as pessoas confiam que vou cumprir.	1	2	3	4	5
41. Muitas vezes, quando as coisas dão errado, fico desanimado(a) e tenho vontade de desistir.	1	2	3	4	5
42. Eu não gosto muito de ficar conversando com as pessoas.	1	2	3	4	5
43. As vezes, ao ler poesia ou ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio, uma onda de emoção <small>As vezes, ao ouvir uma música sinto uma emoção.</small>	1	2	3	4	5
44. Sou cabeçudo(a) e teimoso(a).	1	2	3	4	5
45. Às vezes, não sou tão confiável como deveria ser.	1	2	3	4	5
46. Raramente estou triste ou deprimido(a). <small>(confirmar a resposta)</small>	1	2	3	4	5
47. Minha vida é agitada.	1	2	3	4	5
48. Tenho pouco interesse em especular sobre a natureza do universo ou da condição humana.	1	2	3	4	5
49. Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a).	1	2	3	4	5
50. Eu sou uma pessoa produtiva que sempre consegue fazer as coisas.	1	2	3	4	5
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas.	1	2	3	4	5
52. Sou uma pessoa muito ativa.	1	2	3	4	5
53. Tenho muita curiosidade intelectual. <small>Tenho muita vontade de aprender e estudar.</small>	1	2	3	4	5
54. Quando não gosto de alguém, faço questão de demonstrar.	1	2	3	4	5
55. Parece que nunca consigo ser organizado(a).	1	2	3	4	5
56. Algumas vezes me senti tão envergonhado(a) que simplesmente queria sumir.	1	2	3	4	5
57. Prefiro tratar da minha vida a ser um(a) líder para outras pessoas. <small>Prefiro cuidar da minha vida do que ser um líder para outras pessoas.</small>	1	2	3	4	5
58. Muitas vezes, sinto prazer em brincar com teorias e ideias abstratas. <small>Muitas vezes, gosto de filosofar.</small>	1	2	3	4	5
59. Se for necessário, estou disposto(a) a manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.	1	2	3	4	5
60. Esforço-me por ser excelente em tudo que faço.	1	2	3	4	5

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”, que tem como objetivo estimar a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos e de declínio cognitivo e verificar a associação com as características de personalidade e de relacionamento e a quantidade de “cortisol” e “ocitocina” no sangue (substâncias que são liberadas com alterações emocionais).

A sua participação consiste em realizar uma avaliação médica com psiquiatra e neurologista e responder alguns questionários com duração total de aproximadamente duas horas. Os questionários aplicados serão para avaliar o funcionamento da memória e outras capacidades do cérebro, os problemas emocionais (psíquicos), as características de personalidade e relacionamentos com as outras pessoas, se sofreu maus tratos na infância e uso de bebidas alcoólicas e fumo. Também será necessário uma coleta de 10 ml de sangue (uma única vez, a menos que ocorra algum problema com o processamento da amostra que exija uma nova coleta) para a realização da dosagem de cortisol e ocitocina. Nos dois anos seguintes, serão realizadas novamente uma avaliação médica e a aplicação dos questionários. As amostras de sangue serão coletadas no Laboratório de Bioquímica, Genética Molecular e Parasitologia do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. As amostras serão utilizadas para este estudo e armazenadas exclusivamente para análise deste projeto. No momento da coleta de sangue poderá haver algum desconforto ou dor decorrente da punção da pele. Complicações de coleta de sangue são raras e geralmente de pequeno porte. Se houver pequena perda de sangue da veia no local da punção geralmente há formação de um hematoma, podendo gerar um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias. Também pode ocorrer um possível desconforto do participante relacionado ao cansaço de responder aos questionamentos na consulta médica.

GARANTIAS. Os dados de identificação dos participantes não serão revelados. Esta pesquisa não determina risco adicional ou dano à sua saúde e, para a sua participação, não tem nenhum pagamento nem gasto. Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob

a total responsabilidade dos pesquisadores do projeto, podendo a qualquer momento ser consultados e/ou eliminados da pesquisa caso você desista da sua participação como voluntário(a). Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer fase dela, sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família.

BENEFÍCIOS. Participando desta pesquisa, o(a) Sr(a). estará contribuindo para a melhoria da saúde das pessoas, pois, conhecendo melhor os problemas de esquecimento, raciocínio e das emoções é possível aperfeiçoar as intervenção de saúde pública que visam evitar sua ocorrência e melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas, que precisam do SUS.

Rubricas

Consentimento

Após ter recebido todas as informações relacionadas a essa pesquisa, eu, _____, portador(a) do RG nº _____, voluntariamente, aceito participar dela, pois reconheço que:

- recebi uma via original deste termo de consentimento assinada e rubricada por mim, pelo pesquisador responsável do estudo e quando aplicável, pela testemunha e/ou representante legalmente aceito. Esse termo foi elaborado em duas vias, sendo a outra retida com o pesquisador responsável.
- fui informado (a) dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada;
- recebi informações sobre qual é a minha participação na pesquisa e dos riscos e benefícios esperados;
- entendi que, como voluntário, posso me retirar do estudo a qualquer momento e isto não afetará meus cuidados médicos no presente ou no futuro;
- tenho conhecimento que todas as informações a meu respeito serão confidenciais;

- fui informado(a) que não há nenhum risco de dano à minha saúde, causado diretamente pela pesquisa, nem gastos ou recebimentos adicionais;

- receberei resposta a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei falar com o pesquisador responsável, Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, pelo telefone (51) 999563003 ramal 6277. Se eu tiver alguma dúvida sobre os meus direitos ou questões éticas como participante da pesquisa, eu posso entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

Av. Ipiranga 6681

Prédio 40, sala 505

CEP: 90619-900 - Porto Alegre/RS

Telefone: (51) 3320-3345

Horário de atendimento: De segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30min às 17h.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante

Assinatura da testemunha

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B– Parecer Consubstanciado Programa de envelhecimento cerebral

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral
Pesquisador: IRENIO GOMES DA SILVA FILHO
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 30828814.5.0000.5336
Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA
Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 826.858
Data da Relatoria: 23/10/2014

Apresentação do Projeto:

Esse projeto faz parte de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que irá permitir acompanhar a saúde mental de aproximadamente 12.000 pessoas com 55 anos ou mais cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) das áreas de abrangência do Hospital São Lucas. Esta parceria para a assistência já está estabelecida e em andamento, conforme descrito após o referencial teórico (item 4 deste projeto). O projeto de pesquisa, aqui apresentado, se propõe a utilizar os dados que serão gerados nessa assistência, complementado com algumas coletas mais específicas. A partir desta experiência será escrito um manual para implementação desse tipo de parceria Universidade/ Serviço Público para assistência integrada à Saúde Mental do Idoso, que poderá ser aplicado para toda a ESF de Porto Alegre e de outros municípios.

Trata-se da principal linha de pesquisa dos dois Professores proponentes no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, com participação de residentes da Psiquiatria, que desenvolvem seus trabalhos de conclusão de curso, de residentes da neurologia, de bolsistas de iniciação científica e inúmeros mestrandos e doutorandos.

Como resultado, um dos subprojetos foi contemplado em um edital do Programa Ciência Sem

Endereço: Antipiranga, 6651, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon
CEP: 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

Continuação do Protocolo: 626.666

Fronteiras,

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Criar e implementar um modelo de atenção à saúde mental para indivíduos a partir dos 55 anos, integrando todos os níveis, desde a atenção primária até a terciária, criando um fluxo continuado de capacitação, suporte, assistência e pesquisa, com transferência de conhecimento da Universidade/Hospital Universitário (centro terciário) para a rede básica ESF/Porto Alegre.

4.3.2. Objetivos Específicos

- Capacitar e oferecer suporte sistemático à ESF para o diagnóstico precoce e acompanhamento de indivíduos com déficit cognitivo ou distúrbio do humor;
- Elaborar e implementar protocolos de acompanhamento de idosos com problemas de saúde mental;
- Apoiar o aperfeiçoamento do sistema de referência e contra-referência através do uso de uma metodologia de transferência de conhecimento, e do monitoramento dos rastreamentos e avaliações estabelecendo níveis estratificados de detecção e assistência de problemas cognitivos ou de humor;
- Criar um banco de dados para a utilização na pesquisa científica e no meio acadêmico, visando a produção e disseminação nos meios científicos e do conhecimento obtido;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Subprojeto 3 - coleta de sangue: No momento da coleta de sangue poderá haver alguma dor decorrente da punção da pele. Complicações dessa coleta são raras e geralmente de pequeno porte. Se houver pequena perda de sangue da veia no local da punção geralmente há um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias.

Benefícios:

O PENCE será importante para o planejamento público de saúde no Brasil, o conhecimento da frequência

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **Cep:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3346 **E-mail:** ocp@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 826/858

de doenças mentais nos idosos, os fatores de risco que possam ajudar em programas de prevenção e as manifestações iniciais dessas doenças que permitam a realização de um diagnóstico precoce. Acreditamos que os resultados desse projeto venham contribuir para o aperfeiçoamento das ações públicas de saúde e, com isso, contribuam a um menor custo, diagnóstico mais acurado e uma melhor qualidade de vida para a população que está envelhecendo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevantes desde o ponto de vista clínico e científico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram todos os termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

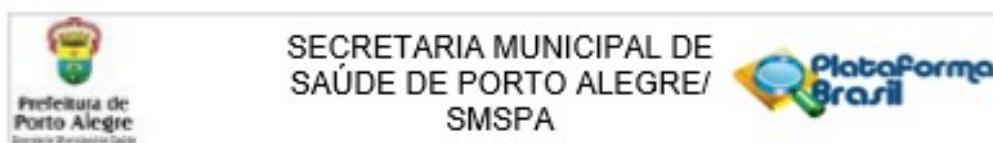
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Incluir a rubrica do participante e do pesquisador em todas as folhas do TCLE

Endereço: Av. Itália, 6681, prédio 40, sala 605
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puors.br

APÊNDICE C – Parecer consubstanciado Programa de envelhecimento cerebral SMSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral

Pesquisador: IRENIO GOMES DA SILVA FILHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30628914.5.3001.5338

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.003.962

Data da Relatoria: 27/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de coorte, de base populacional. Estudos transversais serão também realizados utilizando a população em acompanhamento. A população alvo do estudo é de indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos, cadastrados na ESF do município de Porto Alegre. Para este projeto, serão convidados a participar todos os idosos de todas as equipes da ESF da região Leste da GD Leste/Nordeste e da GD Lomba do Pinheiro/Partenon, que correspondem à área de abrangência do Hospital São Lucas da PUCRS. A estimativa de alcance atual é de aproximadamente 12.000 pessoas. Essa estimativa de número de cadastrados foi fornecida pelas respectivas GDs no final de 2012.

A proposta do projeto é fazer uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que irá permitir acompanhar a saúde mental de aproximadamente 12.000 pessoas com 55 anos ou mais cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) das áreas de abrangência do

Hospital São Lucas. Esta parceria para a assistência já está estabelecida e em andamento, conforme descrito após o referencial teórico (item 4 deste projeto). O projeto de pesquisa, propõe a utilização dos dados que serão gerados nessa assistência, complementado com algumas coletas mais específicas. A partir desta experiência será escrito um manual para implementação desse tipo de parceria Universidade/

Serviço Público para assistência integrada à Saúde Mental do Idoso, que poderá ser aplicado para

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-6517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.013/992

toda a ESF de Porto Alegre e de outros municípios.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Verificar a influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos.

Objetivos secundários:

- 1) Estimar a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos em pacientes com declínio cognitivo;
- 2) Examinar as características da personalidade e sua associação com estilo de apego em relação aos baixos níveis de escolaridade;
- 3) Comparar pacientes com declínio cognitivo, com e sem sinais e sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD) com controles idosos cognitivamente saudáveis, quanto à sua personalidade pré-mórbida e estilo de apego;
- 4) Verificar a associação entre as características de personalidade e estilos de apego com biomarcadores relacionados ao estresse e a neurobiologia do apego.
- 5) Estimar a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos em pacientes com declínio cognitivo;
- 6) Examinar as características da personalidade e sua associação com estilo de apego em relação aos baixos níveis de escolaridade;
- 7) Comparar pacientes com declínio cognitivo, com e sem sinais e sintomas comportamentais e psicológicos da demência com controles idosos cognitivamente saudáveis, quanto à sua personalidade pré-mórbida e estilo de apego.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Subprojeto 3 - coleta de sangue: No momento da coleta de sangue poderá haver alguma dor decorrente da punção da pele. Complicações dessa coleta são raras e geralmente de pequeno porte. Se houver pequena perda de sangue da veia no local da punção geralmente há um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias.

Benefícios: O PENGE será importante para o planejamento público de saúde no Brasil, o conhecimento da frequência de doenças mentais nos idosos, os fatores de risco que possam ajudar em programas de prevenção e as manifestações iniciais dessas doenças que permitam a realização de um diagnóstico precoce. Acreditamos que os resultados desse projeto venham contribuir para o aperfeiçoamento das ações públicas de saúde e, com isso, contribuam a um

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-3453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.003.992

menor custo, diagnóstico mais acurado e uma melhor qualidade de vida para a população que está envelhecendo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição Proponente: UNIÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA(PUCRS)

Área: Instituto de Gerontologia e Geriatria

Equipe de pesquisadores: Paula Engroff, Vanessa Sgnaolin; Alfredo Cataldo Neto, Eduardo Lopes Nogueira, Fernanda Soares Loureiro

Número de Participantes: 12000 (pessoas acima de 55 anos cadastradas nas ESFs)

Cronograma dos dados:

- Subprojeto 1: Maio 2015 a agosto 2025
- Subprojeto 2: Maio 2015 a maio 2017
- Subprojeto 3: Maio 2015 a 2017
- Subprojeto 4: maio 2015 a dezembro 2015

Local de realização do estudo: unidades de ESF da GD Partenon/Lomba do Pinheiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Recomendamos formalizar a cooperação técnica existente entre PUCRS e SMS, tendo em vista as especificidades do projeto, pois envolve assistência e não apenas pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram identificadas as seguintes pendências:

1)É necessário que a parceria referida entre a PUCRS e a SMS seja formalizada através de instrumento de cooperação técnica, em vista das responsabilidades e atribuições de cada uma das instituições nesse projeto. Solicita-se esclarecer e anexar documento.

Resposta do pesquisador: Em relação ao instrumento de cooperação técnica, segundo informação de José Mario Neves da SMS: "...Temos um Termo de Cooperação Técnica (TCT) firmado com a PUC que estabelece no seu objeto: "realização de estágio, de práticas curriculares e de outras modalidades de ensino em serviço, pesquisa e extensão nos níveis de graduação e de pós-graduação de interesse mútuo."...". Conforme foi

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-6517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 1.003.992

anexado ao projeto, o Programa Assistencial é do conhecimento e concordância da Rede Básica e já está em funcionamento há mais de um ano. Acreditamos que isso é suficiente para a aprovação do CEP. De qualquer forma, vamos providenciar um termo específico para este Programa, que iremos encaminhar assim que estiver elaborado e assinado.

Análise: Pendência atendida.

2) O documento Projeto PENCE_24_09_2014.pdf apresenta a proposta do estudo com diversos sub-projetos. No entanto, os demais documentos referem-se apenas ao sub-projeto 3. Solicita-se esclarecer se já houve a tramitação de outros sub-projetos e os respectivos números de CAAEs. Solicitamos que sejam sempre referidos os demais sub-projetos e seu vínculo ao projeto geral, quando da sua submissão ao CEP SMSPA.

Resposta do pesquisador: O Projeto encaminhado é um projeto guarda-chuva e já está aprovado pelo CEP da PUCRS como tal. O Subprojeto 3 é uma parte da validação de instrumentos diagnósticos do Subprojeto 2 são os únicos que irão coletar dados

prospectivamente e por isto, são os que possuem TCLE. Os demais subprojetos farão análises dos prontuários já existentes, são retrospectivos, e existe um termo de confidencialidade dos pesquisadores anexados ao projeto. Este projeto guardachuva, com todos os seus subprojetos, está sendo enviado ao CEP SMSPA de uma única vez.

Análise: Pendência atendida.

3) Em relação ao orçamento do estudo, solicita-se orçamento detalhado, com a previsão de ressarcimentos das despesas de transporte para os idosos e acompanhante, conforme previsto na Resolução CNS 466 de 2012.

Resposta do pesquisador: Como descrito acima, todos os subprojetos, exceto o 3 e parte do 2, são retrospectivos, com dados dos prontuários e portanto, sem custos. Os pacientes incluídos nos Subprojetos 2 e 3 são convidados a participarem da pesquisa quando são atendidos no Hospital São Lucas, encaminhados para consulta pelo Programa, independente de fazerem parte de pesquisa. Não há, portanto, custo com deslocamento. São idosos que vêm ao Hospital para se consultarem.

Endereço: Rua Capitão Morlanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-6517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 1.003.962

Análise: Pendência atendida.

4)O cronograma deve ser readaptado, uma vez que a coleta só pode iniciar após a emissão do parecer favorável do CEP SMSPA.

Resposta do pesquisador: O Cronograma foi revisado.

Análise: Pendência atendida.

5) Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

a) No documento deve constar os dados de identificação do CEP/SMSPA com a apresentação das formas de contato (telefone, e-mail, endereço).

b) O TCLE deve informar o local onde serão realizadas as entrevistas e a coleta de sangue, assim como a frequência com que ocorrerão.

c)É importante declarar no TCLE e no projeto a existência de riscos, mesmo que mínimos, conforme preconizado na Resolução 466 de 2012 da CONEP. Também deverá haver indicação das ações realizadas pelo pesquisador para minimizar os riscos decorrentes de sua intervenção, para o participante da pesquisa.

d)Deve constar no TCLE e no projeto a presença de ressarcimento de transporte aos participantes, caso ocorra deslocamento para fins da pesquisa.

e) No TCLE também deverá estar claramente explicado ao participante que não há obrigatoriedade de participar da pesquisa e que caso ele não queira participar ou decida se afastar após algum período, não haverá prejuízo às atividades de assistência em saúde ao qual tem direito.

Solicita-se adequar o TCLE conforme esses itens destacados.

Resposta do pesquisador: Acrescentamos o Contato do CEP SMSPA nos TCLE. Os demais itens, exceto ressarcimento de transporte, que não vai existir, já estão bem esclarecidos nos

Termos encaminhados e, inclusive, não podemos modificá-los, pois já estão aprovados pelo CEP PUCRS.

Análise: Pendência parcialmente atendida. O pesquisador e equipe deverão esclarecer, no processo de consentimento, os aspectos fundamentais de riscos decorrentes do estudo, assim como a possibilidade de não participar do estudo, sem prejuízo dos serviços de assistência que são disponibilizados na PUCRS.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-6517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.003.992

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Parecer de Aprovação do CEP SMSPA na Gerência Distrital PLP antes do início da pesquisa.
Enviar relatórios semestrais e final, ao término do estudo, para o CEP SMSPA.

PORTO ALEGRE, 30 de Março de 2015

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

APÊNDICE D– Carta Aprovação SIPESQ



SIPESQ
Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 7956

Porto Alegre, 18 de abril de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Subprojeto de Pesquisa "Fatores mediadores da relação entre traumas infantis, transtorno do humor e suicídio em idosos" vinculado ao Projeto Guarda-Chuva "1532 - Envelhecimento e Saúde Mental".

Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral

Pesquisador: ALFREDO CATALDO NETO

Área Temática:

Versão: 8

CAAE: 30828914.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.082.456

Apresentação do Projeto:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 10/05/2017, a emenda 3 com os seguintes documentos:

- Emenda.pdf
- Anexo_1.pdf
- Anexo_2.pdf
- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_911304_E3.pdf

Objetivo da Pesquisa:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 10/05/2017, a emenda 3 com os seguintes documentos:

- Emenda.pdf
- Anexo_1.pdf
- Anexo_2.pdf
- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_911304_E3.pdf

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucls.br

Continuação do Parecer: 2.082.456

ao CEP-PUCRS em 10/05/2017, a emenda 3 com os seguintes documentos:

- Emenda.pdf
- Anexo_1.pdf
- Anexo_2.pdf
- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_911304_E3.pdf

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador principal do estudo "PENGE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 10/05/2017, a emenda 3 com os seguintes documentos:

- Emenda.pdf
- Anexo_1.pdf
- Anexo_2.pdf
- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_911304_E3.pdf

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), manifesta-se pela aprovação da emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_911304_E3.pdf	10/05/2017 09:54:48		Aceito
Outros	Anexo_2.PDF	09/05/2017 16:45:38	Paula Engroff	Aceito
Outros	Anexo_1.PDF	09/05/2017 16:45:22	Paula Engroff	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.082.456

Outros	Emenda.PDF	09/05/2017 16:40:46	Paula Engroff	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/10/2016 14:54:54	Paula Engroff	Aceito
Outros	Adendo_Eunice_Assis.PDF	06/10/2016 14:53:14	Paula Engroff	Aceito
Outros	Termo_compromisso_2.PDF	22/06/2016 15:01:39	Paula Engroff	Aceito
Outros	Resposta_CEP_adendo2.PDF	22/06/2016 14:59:18	Paula Engroff	Aceito
Outros	carta_justificativa_emenda.pdf	14/04/2016 09:53:08	Paula Engroff	Aceito
Outros	Adendo_PENCE_2015.pdf	08/12/2015 09:32:01	Paula Engroff	Aceito
Outros	Carta de apresentação cep.PDF	24/09/2014 13:24:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PENCE_24_09_14.pdf	24/09/2014 13:23:21		Aceito
Outros	Termo de Compromisso para utilização dos dados.PDF	30/07/2014 13:49:39		Aceito
Outros	Carta de reapresentação CEP_PUCRS.pdf	30/07/2014 13:49:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PENCE_REVISAO.pdf	30/07/2014 13:46:38		Aceito
Outros	Curriculo Armin von Gunten.doc	25/04/2014 15:30:59		Aceito
Outros	LINKS PARA ACESSO DO CURRÍCULO LATTES.docx	25/04/2014 15:29:06		Aceito
Outros	Aprovação PENCE Comissão Científica.pdf	03/04/2014 17:09:12		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto CONEP.pdf	02/04/2014 19:16:26		Aceito
Outros	Carta de apresentação do projeto - Dr. Irenio.pdf	02/04/2014 19:16:01		Aceito
Outros	Autorização Rosane.pdf	02/04/2014 17:30:22		Aceito
Outros	Autorização Dr Terra.pdf	02/04/2014 17:30:03		Aceito
Outros	Orçamento pence assinado.pdf	02/04/2014 16:47:28		Aceito
Outros	CRONOGRAMA.docx	02/04/2014 16:46:38		Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO COORTE	02/04/2014		Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.082.456

/ Brochura Investigador	CEREBRAL.pdf	16:45:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE subprojeto 3.pdf	02/04/2014 16:25:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/04/2014 16:25:17		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Maio de 2017

Assinado por:
Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br