GEILSON LIMA SANTANA JÚNIOR

**A influência da afetividade sobre a associação entre
adversidades na infância e patologia da personalidade na vida
adulta**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientadora: Profa. Dra. Laura Helena
Silveira Guerra de Andrade

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2017

GEILSON LIMA SANTANA JÚNIOR

**A influência da afetividade sobre a associação entre
adversidades na infância e patologia da personalidade na vida
adulta**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientadora: Profa. Dra. Laura Helena
Silveira Guerra de Andrade

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santana Júnior, Geilson Lima
A influência da afetividade sobre a associação
entre adversidades na infância e patologia da
personalidade na vida adulta / Geilson Lima Santana
Júnior. -- São Paulo, 2017.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.
Orientadora: Laura Helena Silveira Guerra de
Andrade.

Descritores: 1.Maus-tratos infantis 2.Violência
doméstica 3.Adversidades na infância 4.Afeto 5.Afeto
positivo 6.Afeto negativo 7.Personalidade
8.Transtornos da personalidade 9.Epidemiologia

USP/FM/DBD-385/17

*À minha família, especialmente aos meus pais,
pela vida e pelo amor que sempre me deram*

A Renato Reyes, pela presença constante e pelo apoio

Ao meu “filho” Pepe, companheiro nas madrugadas de escrita

Aos meus amigos, pela paciência com as minhas ausências

Aos meus pacientes, pelo privilégio de poder acompanhá-los

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Laura Helena Andrade, pela generosidade em ter me acolhido como seu aluno e por ter me revelado a beleza que se esconde atrás de médias, proporções, desvios e coeficientes. Obrigado por compartilhar seu conhecimento, por ter me dado liberdade para divagar e a segurança de um porto seguro a recorrer, pelo incentivo constante e pela sua presença, que sempre me tranquilizou nos meus desassossegos de doutorando.

Ao Prof. Dr. Wang Yuan Pang, a quem tanto admiro desde a residência médica, pelos muitos ensinamentos ao longo desses anos, pelo apoio e pelas palavras sempre oportunas.

A Bruno Mendonça Coêlho, amigo e parceiro de consultório e doutorado, por ser alguém com quem sempre posso contar, que sempre tem algo interessante a dividir e uma ideia inovadora a nos instigar. O doutorado se torna muito melhor tendo pessoas assim ao lado.

Aos demais membros do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica, pesquisadores exemplares e amigos carinhos.

À banca de qualificação, composta pelos Profs. Drs. Francisco Lotufo Neto, Hermano Tavares, Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho, Felipe D'Alessandro Ferreira Corchs e Alexandre Andrade Loch; e à banca de defesa do doutorado, composta pelos Profs. Drs. Andrea de Abreu Feijó de Mello, Daniel Martins de Barros e Hermano Tavares, pelas valiosas contribuições para o aperfeiçoamento dessa tese.

Às secretárias da pós-graduação, Eliza Fukushima e Isabel Ataíde, por iluminar o caminho das pedras e nos ajudar tanto durante a pós-graduação.

Ao Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES-PROEX), que me concedeu uma bolsa de estudos quando eu estava no mestrado antes da migração para o doutorado direto. Além disso,

concederam suporte financeiro para eu poder apresentar os dados dessa tese em congressos e simpósios internacionais.

Por fim, agradeço às pessoas que participaram do estudo São Paulo Megacity, que abriram as portas de suas casas e seus corações e mentes. Sem vocês, nada disso teria sido possível.

*“...The Child is father of the Man;
And I could wish my days to be
Bound each to each by natural piety.”*

William Wordsworth

*“eu sou como eu sou
pronomes
pessoal intransferível
do homem que iniciei
na medida do impossível*

*eu sou como eu sou
agora
sem grandes segredos dantes
sem novos segredos dentes
nesta hora*

*eu sou como eu sou
presente
desferrolhado indecente
feito um pedaço de mim*

*eu sou como eu sou
vidente
e vivo tranquilamente
todas as horas do fim”*

Torquato Neto

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas	
Lista de figuras	
Lista de tabelas	
Lista de quadros	
Resumo	
Summary	
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Definição e epidemiologia das adversidades na infância.....	2
1.2. Definição, estrutura e desenvolvimento da personalidade.....	6
1.2.1. A estrutura afetiva da personalidade.....	8
1.3. Transtornos da personalidade.....	9
1.3.1. Definição e classificação dos transtornos da personalidade.....	9
1.3.2. Epidemiologia dos transtornos da personalidade.....	13
1.3.3. Etiologia dos transtornos da personalidade: o papel das adversidades na infância.....	15
2 HIPÓTESES E JUSTIFICATIVAS.....	19
3 OBJETIVOS.....	21
3.1. Objetivo geral.....	22
3.2. Objetivos específicos.....	22
4 MÉTODOS.....	23
4.1. Questões éticas.....	24
4.2. Descrição do estudo e composição da amostra.....	24
4.3. Instrumentos utilizados.....	29
4.4. Procedimentos de manejo de dados.....	34
4.5. Variáveis de interesse.....	34
4.6. Análises estatísticas.....	37
5 RESULTADOS.....	48
5.1. A epidemiologia das adversidades na infância na RMSP.....	49
5.2. A epidemiologia dos transtornos da personalidade na RMSP.....	51
5.2.1. Correlatos sociodemográficos.....	52
5.2.2. Estressores urbanos.....	52
5.2.3. Coocorrência com outros transtornos mentais nos últimos 12 meses.....	54
5.2.4. Incapacidade associada aos transtornos da personalidade.....	56
5.2.5. Tratamento.....	58
5.3. Associação entre adversidades na infância, afeto positivo e negativo e transtornos da personalidade.....	61
5.3.1. Associação entre adversidades na infância e afetos positivo e negativo.....	61
5.3.2. Associação entre traços de afetos positivo e negativo e transtornos da personalidade.....	65
5.3.3. Associação entre relatos de adversidades na infância e transtornos	

da personalidade.....	71
5.3.4. Análises de mediação.....	82
6 DISCUSSÃO.....	92
6.1. Prevalência.....	94
6.2. Correlatos sociodemográficos.....	95
6.3. Associação com estressores urbanos.....	95
6.4. Coocorrência.....	96
6.5. Comprometimento funcional.....	96
6.6. Tratamento.....	97
6.7. Limitações.....	98
7 CONCLUSÕES.....	101
8 REFERÊNCIAS.....	104
9 ANEXOS.....	114

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Interação bidirecional entre temperamento e afetividade com experiências adversas na infância.....	17
Figura 2 - Países participantes do <i>World Mental Health Survey Initiative</i>	24
Figura 3 - Mapa da Região Metropolitana de São Paulo.....	25
Figura 4 - Representação esquemática das etapas da amostragem.....	28
Figura 5 - Distribuição dos respondentes na Região Metropolitana de São Paulo.....	28
Figura 6 - Etapas envolvidas na imputação múltipla.....	39
Figura 7 - Diagrama de caminhos representando uma relação de mediação.....	42
Figura 8 - Etapas na aplicação da modelagem de equações estruturais em pesquisa no campo da personalidade.....	43
Figura 9 - Diagrama de caminhos dos modelos de mediação a serem estimados através de modelagem de equações estruturais.....	44
Figura 10 - Representação gráfica da prevalência de relatos de adversidades específicas na infância entre adultos moradores da Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	50
Figura 11 – Representação gráfica da prevalência de adversidades na infância entre adultos moradores da Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	50
Figura 12 - Representação gráfica da média dos escores de afeto positivo segundo o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	61
Figura 13 - Representação gráfica da média dos escores de afeto positivo segundo o tipo de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	62
Figura 14 – Representação gráfica da média dos escores de afeto negativo segundo o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	63
Figura 15 – Representação gráfica da média dos escores de afeto negativo segundo o tipo de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	64
Figura 16 - Representação gráfica da média dos escores de afetos positivo e negativo segundo a presença de transtornos da personalidade em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	66
Figura 17 - Probabilidade predita de TP do Grupo A em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo a partir de escores de afetos positivo e negativo, ajustados para gênero, idade e a outra dimensão do afeto – 2005 a 2007 (N= 2 942).....	67
Figura 18 - Probabilidade predita de TP do Grupo B em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo a partir de escores de afetos positivo e negativo, ajustados para gênero, idade e a outra dimensão do afeto – 2005 a 2007 (N= 2 942).....	68
Figura 19 - Probabilidade predita de TP do Grupo C em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo a partir de escores de afetos positivo e negativo, ajustados para gênero, idade e a outra dimensão do afeto – 2005 a 2007 (N= 2 942).....	70
Figura 20 - Probabilidade predita de algum TP em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo a partir de escores de afetos positivo e negativo, ajustados para gênero, idade e a outra dimensão do afeto – 2005 a 2007 (N= 2 942).....	71
Figura 21. Prevalência de exposição a adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo A na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (n=2.942).....	72
Figura 22. Prevalência da exposição a diferentes categorias de adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo A na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	72
Figura 23 - Probabilidades de ocorrência de transtorno de personalidade do Grupo A de acordo com o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2.942).....	74
Figura 24 - Prevalência de exposição a adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo B na Região Metropolitana de São Paulo	

– 2005 a 2007 (N = 2 942).....	74
Figura 25 - Prevalência de exposição a diferentes categorias de adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo B residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	75
Figura 26 - Probabilidades de ocorrência de transtorno de personalidade do Grupo B de acordo com o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	77
Figura 27 - Prevalência de exposição a adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo C na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	77
Figura 28 - Prevalência de exposição a diferentes categorias de adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo C na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	78
Figura 29 - Probabilidades de ocorrência de transtorno de personalidade do Grupo C de acordo com o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	79
Figura 30 - Prevalência da exposição a adversidades na infância entre adultos portadores de algum transtorno da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	80
Figura 31 - Prevalência de exposição a diferentes categorias de adversidades na infância entre adultos portadores de algum transtorno da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	80
Figura 32 - Probabilidades de ocorrência de algum transtorno da personalidade de acordo com o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	82
Figura 33 - Diagrama de caminhos da associação entre exposição a alguma adversidade na infância e transtorno da personalidade do Grupo A na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2.942).....	83
Figura 34 - Diagrama de caminhos da associação entre número de adversidades na infância e transtorno da personalidade do Grupo A na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2.942).....	84
Figura 35 - Diagrama de caminhos da associação entre exposição a alguma adversidade na infância e transtorno da personalidade do Grupo B na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, 2005 a 2007 (N = 2 942).....	85
Figura 36 - Diagrama de caminhos da associação entre número de adversidades na infância e transtorno da personalidade do Grupo B na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2005 – 2007 (N = 2 942).....	86
Figura 37 - Diagrama de caminhos da associação entre exposição a alguma adversidade na infância e transtorno da personalidade do <i>Cluster C</i> na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	87
Figura 38 - Diagrama de caminhos da associação entre número de adversidades na infância e transtorno da personalidade do Grupo C na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, 2005 a 2007 (N = 2 942).....	88
Figura 39 - Diagrama de caminhos da associação entre exposição a alguma adversidade na infância e algum transtorno da personalidade na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, 2005 a 2007 (N = 2 942).....	89
Figura 40 - Diagrama de caminhos da associação entre número de adversidades na infância e algum transtorno da personalidade na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, 2005 a 2007 (N = 2 942).....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência de adversidades na infância em inquéritos do <i>World Mental Health</i> (WMH) conduzidos em países de renda alta, média alta e baixa/média baixa.....	05
Tabela 2 - Prevalência dos transtornos da personalidade em estudos comunitários com entrevistas clínicas rigorosas.....	14
Tabela 3 – Desenho da amostra do estudo São Paulo Megacity.....	26
Tabela 4 – Prevalência de relatos de adversidades na infância entre adultos moradores da Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (n = 2 942).....	49
Tabela 5 – Distribuição das adversidades na infância pelo gênero entre adultos moradores da Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	51
Tabela 6 - Prevalência de transtornos da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	51
Tabela 7 - Preditores sociodemográficos de transtornos da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	52
Tabela 8a - Associação entre transtornos da personalidade e estressores urbanos na Região Metropolitana de São Paulo, ajustada para gênero e idade – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	53
Tabela 8b - Associação entre transtornos da personalidade e estressores urbanos na Região Metropolitana de São Paulo, ajustada para gênero, idade e outros estressores urbanos – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	53
Tabela 9 - Prevalência de coocorrência de outro transtorno mental nos últimos 12 meses em portadores de transtornos da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	54
Tabela 10 - Associações entre transtornos da personalidade e outros transtornos mentais nos últimos 12 meses na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	55
Tabela 11- Comprometimento associado a transtornos da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	57
Tabela 12 - Prevalência de tratamento nos 12 meses anteriores entre aqueles com transtornos de personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	59
Tabela 13 – Associação entre tratamento nos 12 meses e transtornos de personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	60
Tabela 14 - Associação entre relatos de adversidades na infância e afeto positivo em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil - 2005-2007 (N = 2 942).....	63
Tabela 15 - Associação entre relatos de adversidades na infância e traços de afeto negativo em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	65
Tabela 16 - Associação de afetos positivo e negativo com transtorno da personalidade do Grupo A em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	66
Tabela 17 - Associação de afetos positivo e negativo com transtorno da personalidade do Grupo B em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	68
Tabela 18 - Associação de afetos positivo e negativo com transtorno da personalidade do Grupo C em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	69
Tabela 19 - Associação de afetos positivo e negativo com algum transtorno da personalidade em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942).....	70
Tabela 20 - Proporção e associação entre relatos de adversidades na infância e transtornos da personalidade do Grupo A entre adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	73
Tabela 21 - Proporção e associação entre relatos de adversidades na infância e transtorno de personalidade do Grupo B entre adultos residentes na Região Metropolitana	

de São Paulo, Brasil – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	76
Tabela 22 - Proporção e associação entre relatos de adversidades na infância e transtorno da personalidade do <i>Cluster C</i> entre adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	79
Tabela 23. Proporção e associação entre relatos de adversidades na infância e algum transtorno da personalidade entre adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942).....	81
Tabela 24 - Efeitos de adversidades na infância sobre transtornos da personalidade em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, 2005-2007 (N = 2 942).....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Processos que promovem a “elaboração” dos traços de temperamento em traços de personalidade.....	08
Quadro 2 - Personalidades psicopáticas segundo Kurt Schneider.....	10
Quadro 3 - Transtornos da personalidade previstos no DSM-IV.....	12

LISTA DE ABREVIATURAS

AI	adversidade na infância
AN	afeto negativo
AP	afeto positivo
CFI	índice de ajuste comparativo
EP	erro padrão
et al.	e outros
GL	graus de liberdade
p. ex.	por exemplo
PSC	privação social contextual
MAR	<i>missing at random</i>
MCA	Medicina complementar e alternativa
MCAR	<i>missing completely at random</i>
MEE	modelagem de equações estruturais
RC	razão de chances
RMSEA	Raiz do erro quadrático médio de aproximação
SC	setor censitário
TLI	índice de Tucker-Lewis
TM	transtorno mental
TP	transtorno da personalidade
UAP	unidade amostral primária
WLSMV	estimador de mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média e variância

LISTA DE SIGLAS

DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FAPESP	Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPDE	<i>International Personality Disorder Examination</i>
IPDE-SQ	<i>International Personality Disorder Examination – Screening Questionnaire</i>
NCS	<i>National Comorbidity Survey</i>
NCS-R	<i>National Comorbidity Survey Replication</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
SPMHS	<i>São Paulo Megacity Mental Health Survey</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WMH	<i>World Mental Health Survey Initiative</i>
WMH-CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview – versão do World Mental Health Survey Initiative</i>

RESUMO

Santana Júnior GL. *A influência da afetividade sobre a associação entre adversidades na infância e patologia da personalidade na vida adulta* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

INTRODUÇÃO: As adversidades na infância são experiências comuns e associadas a uma série de desfechos negativos ao longo da vida. Maus tratos e disfunção familiar também estão implicados em transtornos de personalidade na idade adulta, mas ainda não foram esclarecidos os mecanismos e processos subjacentes. **OBJETIVOS:** O objetivo principal é investigar a associação entre adversidades na infância e patologia da personalidade na população adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo. Será testada a hipótese de que essa relação seja mediada por traços de afetividade positiva e negativa. Também será avaliada a prevalência das adversidades na infância, a sua distribuição e agregação, assim como a epidemiologia dos transtornos da personalidade, ainda amplamente desconhecida no Brasil devido à falta de estudos com amostras representativas da nossa população. **MÉTODOS:** Os dados foram provenientes do São Paulo Megacity, estudo com uma amostra representativa dos adultos residentes na Grande São Paulo (n=2.942). Foram utilizadas regressão multivariada, análise multinível e modelagem de equações estruturais. **RESULTADOS:** Mais da metade (53,6%) dos adultos da Grande São Paulo relatou alguma adversidade na infância, sendo as mais comuns a morte parental, o abuso físico e a violência familiar. Em geral, essas experiências não ocorreram de maneira isolada, especialmente as consideradas mais graves, como o abuso sexual. Também foi elevada a prevalência de patologia da personalidade: 6,8% dos adultos apresentaram algum transtorno, sendo mais comum o *Cluster C* (4,6%), seguido pelos *Clusters A* (4,3%) e *B* (2,7%). Esses quadros estavam independentemente associados a prejuízos funcionais, especialmente nos domínios cognitivo e de interação social. Entretanto, com exceção do *Cluster C*, não houve associação com uso de serviços de saúde após o ajuste para outros diagnósticos psiquiátricos. Todos os transtornos da personalidade estavam associados a adversidades na infância, e a maior ocorrência foi encontrada no *Cluster B* (71,8%). Os eventos mais relacionados foram abuso físico, psicopatologia parental, criminalidade parental e violência familiar. Essas relações respeitaram um gradiente dose-resposta: quanto maior o número de exposições, maior a probabilidade de transtorno da personalidade. Essas associações foram parcialmente mediadas pelo aumento do afeto negativo, mas não pela diminuição do afeto positivo. **CONCLUSÕES:** As adversidades na infância são experiências frequentes, que tendem a se agregar em redes complexas, indicando a existência de contextos abusivos. Os expostos têm uma probabilidade aumentada de patologia da personalidade, quadros com significativas repercussões funcionais. Os resultados ressaltam a necessidade de se investigar uma história de eventos adversos na infância e abordar as suas consequências afetivas em pacientes com transtornos da personalidade. Esse estudo também pode trazer alguma contribuição à Saúde Pública. Possivelmente, o esclarecimento dessas cadeias de eventos pode ajudar no delineamento de potenciais alvos para intervenção. Estratégias preventivas, como o treinamento de habilidades parentais, podem ser direcionadas às famílias sob maior risco, e as crianças e adolescentes que já foram expostos podem ser elegíveis para programas voltados à regulação emocional. Investigações futuras devem avaliar se essas estratégias podem reduzir a ocorrência e o ônus associado aos transtornos da personalidade.

Descritores: maus-tratos infantis; violência doméstica; adversidades na infância; afeto; afeto positivo; afeto negativo; personalidade; transtornos da personalidade; epidemiologia

ABSTRACT

Santana Júnior GL. *The influence of affectivity on the association between childhood adversities and personality pathology during adulthood* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

INTRODUCTION: Childhood adversities are common experiences associated with a series of negative outcomes throughout the life cycle. Child abuse and family dysfunction are also related to personality disorders in adulthood, but the underlying mechanisms and processes are yet to be clarified. **OBJECTIVES:** The main objective is to investigate the relationship between childhood adversities and personality pathology on the adult population residing in the Sao Paulo Metropolitan Area. The study will also test the hypothesis that this association is mediated by positive and negative affectivity traits. Furthermore, it will estimate the prevalence of childhood adversities, its distribution and aggregation, as well as the epidemiology of personality disorders, still largely unknown in Brazil due to the lack of studies with representative samples of our population. **METHODS:** Data come from Sao Paulo Megacity, a survey with a representative sample of adults residing in Greater Sao Paulo (n=2,942). Analyses used multivariate regression, multilevel analysis and structural equation modeling. **RESULTS:** More than half (53.6%) of the adults in Greater Sao Paulo reported any childhood adversity, and the most common were parental death, physical abuse and family violence. In general, these experiences did not occur in isolation, especially those considered more serious, such as sexual abuse. The prevalence of personality pathology was also high: 6.8% of the adults had any personality disorder. Cluster C was the most frequent condition (4.6%), followed by Clusters A (4.3%) and B (2.7%). These disorders were independently associated with functional impairment, especially in cognitive and social interaction domains. However, with the exception of Cluster C, there was no association with health services use after control for other psychiatric diagnoses. All personality disorders were related to childhood adversities, and the most frequent occurrence was detected in Cluster B (71.8%). The mostly associated events were physical abuse, parental psychopathology, parental criminality and family violence. Associations followed a dose-response gradient: the greater the number of exposures, the greater the probability of a personality disorder. These relationships were partially mediated by an increase in negative affect, but not by a decrease in positive affect. **CONCLUSIONS:** Childhood adversities are frequent and tend to aggregate in complex networks, indicating the existence of contexts of abuse. The exposed have an increased probability of personality pathology, a group of conditions with significant functional repercussions. These results highlight the need of investigating a history of childhood adverse events and targeting its affective consequences in patients with personality disorders. This study may also have some contribution to public health efforts. Perhaps the clarification of these chains of events allows delineating potential targets for intervention. Prevention strategies, such as parenting skills training, may be directed to at-risk families, and already exposed children and adolescents may be eligible to programs aiming emotional regulation. Future studies should evaluate if these strategies can reduce the occurrence and the burden associated with personality disorders.

Descriptors: child abuse; domestic violence; childhood adversities; affect; positive affect; negative affect; personality; personality disorders; epidemiology

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Em que medida as experiências da infância influenciam o desenvolvimento da personalidade?

Sigmund Freud é lembrado como o primeiro teórico a enfatizar o papel crucial dos primeiros anos de vida para a formação da chamada “estrutura de caráter”¹. Nas últimas décadas, evidências quantitativas têm se somado e amplificado o conhecimento oriundo da observação clínica e de estudos qualitativos. O surgimento de critérios diagnósticos explícitos, de entrevistas clínicas rigorosas e de métodos sofisticados de análise estatística têm permitido uma maior compreensão do comportamento e do processo saúde-doença ao longo do ciclo vital. Observa-se, nesse sentido, um crescente interesse pelas adversidades na infância (AIs) e seu impacto de longo prazo sobre a saúde mental.

Diferentes autores demonstraram que maus tratos e disfunção familiar precoce estão associados a transtornos da personalidade (TPs)²⁻¹³. Entretanto, ainda não foram esclarecidos os mecanismos e processos subjacentes. Por que a maioria dos expostos não desenvolve patologia da personalidade? Por que nem todos os portadores de TPs têm uma história de adversidades na infância?

Esta tese tem por objetivo investigar a epidemiologia dos transtornos da personalidade na população adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), e a sua associação com relatos de adversidades na infância. Será testada a hipótese de que essa relação seja mediada pelos traços de afetividade positiva e negativa. Os dados são originários do projeto São Paulo Megacity, estudo comunitário de corte transversal em uma amostra representativa da população geral adulta residente na Grande São Paulo (N = 2 942)¹⁴. Serão utilizados modelos de regressão multivariada, análise multinível e modelos de equações estruturais.

1.1. Definição e epidemiologia das adversidades na infância

As adversidades na infância são experiências comuns; em muitos casos, coocorrentes; e associadas a uma variedade de desfechos negativos ao longo da vida, como transtornos psiquiátricos, condições médicas gerais, incapacidade e mortalidade precoce¹⁵⁻³⁰.

Não há um consenso sobre a classificação dessas vivências, mas a maioria dos autores inclui o abuso (físico, emocional ou sexual), a negligência (física ou emocional) e a disfunção familiar (violência doméstica; perda parental por morte, divórcio ou separação; psicopatologia parental, incluindo problemas com álcool ou drogas; e prisão de um dos membros da família).

Também não há certeza sobre a real frequência e gravidade desses eventos. As experiências traumáticas na infância geralmente são perpetradas pelos pais ou cuidadores, ocorrem no ambiente doméstico e tendem a ser mantidas em silêncio, “entre quatro paredes”. O medo, o preconceito e até mesmo a convivência da sociedade fazem com que muitos casos não sejam notificados³¹. Por esse motivo, o nosso conhecimento sobre o assunto deriva principalmente de investigações retrospectivas, também imprecisas devido a potencial viés de lembrança e omissões devido ao estigma.

A maioria dos estudos, conduzidos em variadas populações, indica que 50 a 60% dos adultos da população geral sofreu alguma adversidade na infância ou adolescência. Tais experiências tendem a se agregar, especialmente aquelas mais graves e de maior impacto, o que sugere determinados contextos sociofamiliares abusivos.

No “National Comorbidity Survey”, estudo representativo da população dos Estados Unidos, mais de 74% dos adultos referiram alguma AI, e 51,1%, múltiplas adversidades. As mais frequentes foram depressão materna (22,7%), agressão ao pai (20%), abuso de álcool ou drogas pelo pai (18,3%) e separação ou divórcio parental (18,2%)³².

Em Canberra, Austrália, 59,5% dos adultos relataram alguma AI e 37%, dois ou mais desses eventos. As experiências mais graves (abuso físico ou sexual e negligência) foram pouco frequentes, e ocorreram em um contexto de abuso, ou seja, com a coocorrência de múltiplas e graves adversidades. Em todos os grupos etários, as mulheres relataram mais adversidade e maior coocorrência³³.

Na Finlândia, 59,6% dos adultos da população geral referiu ao menos uma AI. Discórdia familiar grave e problemas parentais com álcool foram mais comuns entre as mulheres, enquanto o desemprego dos pais foi mais referido pelos homens³⁴.

No “National Comorbidity Survey Replication” (NCS-R), aproximadamente 53,4% dos respondentes referiram ao menos uma AI. A coocorrência de adversidades foi a norma, com uma média de 3,2 experiências entre aqueles com mais de uma AI³⁵.

No México, 54,5% dos adultos referiram alguma AI, e 49,9%, mais de uma adversidade. Entre esses indivíduos, o número médio de eventos foi de 2,8³⁶.

Em 2009, os “Centers for Disease Control and Prevention” encontraram uma prevalência de 59,4% de AI entre os adultos de cinco estados norte-americanos. Abuso sexual, psicopatologia na família e abuso de substâncias foram mais comuns entre as mulheres. Baixa escolaridade associou-se a maior chance de relatar 5 ou mais adversidades²¹.

Na China, 31,0% dos adultos da região metropolitana de Pequim e Xangai relatou alguma adversidade relacionada ao ambiente familiar. Morte parental (11,1%), outra perda parental (9,5%) e abuso físico (8,9%) foram as mais comuns³⁷.

Em um estudo no Líbano, Itani et al.³⁸ relataram que 27,9% dos sujeitos tinham história de alguma adversidade na infância. As experiências mais comuns foram morte parental (12,9%) e pais com transtorno mental ou por uso de substâncias (11,1%). Uma vez que o Líbano é um país com histórico de conflitos armados, os autores também avaliaram a exposição a eventos traumáticos relacionados a guerra. A maior parte da população (70,6%) já havia sido exposta a esses eventos, sendo que 38,1% tinham sido expostos antes dos 18 anos de idade.

O projeto multicêntrico “World Mental Health Survey Initiative” (WMH), coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Universidade de Harvard, e do qual o São Paulo Megacity faz parte, avaliou a epidemiologia das AIs na população geral adulta de 21 países (n=51 945) e encontrou prevalências similares entre países de renda alta (38,4%), média alta (38,9%) e média baixa e baixa renda (39,1%). Essas estimativas, no entanto, parecem conservadoras comparadas às de estudos anteriores. As experiências mais comuns foram morte parental (12,5%), abuso físico (8%), divórcio (6,6%), violência familiar (6,5%) e transtorno mental (TM) parental (6,2%). Como demonstrado na tabela 1, foram comuns os relatos de múltiplas adversidades²⁶.

Além de esclarecer a epidemiologia das adversidades na infância, nos últimos anos, os pesquisadores têm buscado entender por que seu impacto é tão significativo e duradouro. Um dos pontos a serem esclarecidos é o modo como essas experiências afetam o desenvolvimento da personalidade.

Tabela 1 – Prevalência de adversidades na infância em inquéritos do *World Mental Health* (WMH) conduzidos em países de renda alta, média alta e baixa/média baixa

Adversidades na infância	Países de alta renda (n = 20 652)		Países de renda média-alta (n = 15 240)		Países de renda baixa/média baixa (n = 16 053)		TOTAL (n=51 945)	
	%	EP	%	EP	%	EP	%	EP
Perda interpessoal								
Morte parental	11,0	0,3	11,9	0,4	14,8	0,4	12,5	0,2
Divórcio parental	10,1	0,3	5,2	0,3	3,5	0,2	6,6	0,2
Outra perda parental	4,0	0,2	4,0	0,2	7,4	0,3	5,1	0,1
Desajuste parental								
Psicopatologia parental	5,3	0,2	6,7	0,3	6,7	0,3	6,2	0,2
TUS parental	4,5	0,2	5,0	0,3	2,5	0,2	4,0	0,1
Criminalidade parental	3,4	0,1	3,1	0,2	2,2	0,2	2,9	0,1
Violência familiar	7,8	0,3	7,1	0,3	4,2	0,2	6,5	0,1
Maus tratos								
Abuso físico	5,3	0,2	10,8	0,4	9,0	0,3	8,0	0,2
Abuso sexual	2,4	0,1	0,6	0,1	1,5	0,1	1,6	0,1
Negligência	4,4	0,2	5,2	0,2	3,6	0,2	4,4	0,1
Outras adversidades na infância								
Doença física	3,9	0,2	2,4	0,2	2,6	0,2	3,1	0,1
Adversidade econômica	5,2	0,2	2,9	0,2	1,4	0,2	3,4	0,1
TOTAL ¹								
Alguma	38,4	0,5	38,9	0,6	39,1	0,6	38,8	0,4
Uma/alguma	59,3	0,7	59,6	0,8	66,2	0,9	61,5	0,5
Duas/alguma	22,5	0,6	24,6	0,8	21,8	0,7	22,9	0,4
Três/alguma	9,0	0,4	9,0	0,5	7,5	0,5	8,5	0,3
Quatro/alguma	5,0	0,4	4,1	0,3	3,1	0,3	4,1	0,2
Cinco ou mais/alguma	4,2	0,2	2,7	0,3	1,4	0,2	2,9	0,2

FONTE: Adaptado de Kessler et al. (2010)²⁶

NOTA: EP refere-se a erro padrão; TUS refere-se a transtorno por uso de substâncias

¹ Nas últimas cinco linhas, as estimativas de prevalência representam a proporção de respondentes com alguma adversidade que têm exatamente uma, duas, três, quatro ou cinco ou mais adversidades. Essas cinco proporções somam 100% em cada coluna

1.2. Definição, estrutura e desenvolvimento da personalidade

Apesar de ser um conceito polissêmico, as diferentes definições de personalidade compartilham alguns elementos essenciais que ajudam a circunscrevê-lo³⁹: Personalidade refere-se a padrões regulares e duradouros de comportamento e experiência interna; e apesar de sua estrutura complexa, a personalidade normal organiza-se de maneira coerente e consistente.

Segundo Allport⁴⁰, personalidade é a “organização dinâmica no interior do indivíduo dos sistemas psicofísicos que determinam seu ajustamento particular ao ambiente”. Em outras palavras, a personalidade é um sistema regulatório complexo, composto por processos psicológicos e biológicos intrapsíquicos, em constante transação com o meio. Manifesta-se como padrões emocionais, cognitivos e comportamentais regulares, porém plásticos, otimizando a adaptação do sujeito e conferindo-lhe uma identidade singular e coerente.

Muitos empregam os termos “personalidade” e “temperamento” como se fossem intercambiáveis. No entanto, o temperamento é um conceito mais delimitado e corresponde às diferenças inatas na afetividade, atividade, atenção e autorregulação. Alguns pesquisadores defendem uma definição ainda mais estrita, enfatizando apenas a base biológica das diferenças individuais e descartando as dimensões de autorregulação⁴¹. As características temperamentais manifestam-se precocemente e, apesar de relacionadas a fatores genéticos e neurobiológicos, sofrem influência da experiência e maturação ao longo do desenvolvimento^{42, 43}. Já o conceito de personalidade é mais abrangente e envolve, além dos traços de temperamento, diferenças quanto a objetivos e metas de vida, estilos de “coping”, estilos defensivos, aspectos volitivos e motivacionais, estilos de apego, narrativas de vida e identidade⁴⁴.

Os diferentes traços de temperamento e personalidade manifestam-se de maneira variada ao longo da vida. Durante a infância precoce, as crianças exibem uma menor variedade de traços, e as diferenças temperamentais podem ser agrupadas em três dimensões⁴⁵: a **surgência/extroversão** indica tendências à atividade, expressão de afetos positivos e ao prazer e excitação com interações sociais; a **afetividade negativa** refere-se a tendências à tristeza, medo, irritabilidade e frustração, além de dificuldades em ser acalmada após elevada excitação; e a **orientação/regulação** inclui as capacidades de se acalmar, aconchegar-se e manter a atenção e o prazer em situações de baixa intensidade.

Esses traços de temperamento (diferenças individuais de base biológica) podem ser considerados precursores dos traços da personalidade. Com o desenvolvimento das habilidades motoras, cognitivas, emocionais e linguísticas, a criança consegue expressar uma maior variedade de diferenças individuais e de traços de personalidade. A estrutura básica de cinco fatores da personalidade é razoavelmente semelhante a partir de meados da infância e ao longo da vida adulta⁴⁶: a **extroversão** refere-se à predisposição a experimentar afetos positivos, ao vigor e à atividade; o **neuroticismo** corresponde a uma suscetibilidade a afetos negativos e ao sofrimento em geral, manifestando-se como uma tendência a sentir medo, ansiedade, tristeza, culpa, raiva e irritação, além de pouca tolerância à frustração e insegurança nos relacionamentos; a **conscienciosidade** corresponde às diferenças individuais quanto ao autocontrole, manifestando-se como responsabilidade, organização, persistência e tendência a pensar antes de agir; a **sociabilidade** caracteriza-se pela motivação para manter relacionamentos harmoniosos, expressando-se como calor humano, empatia, generosidade e cuidado com os outros; e a **abertura para a experiência** reflete a imaginação, a curiosidade intelectual, a sensibilidade estética e a tolerância ao que não é familiar⁴⁷.

O desenvolvimento da personalidade envolve múltiplas interações gene-gene e gene-ambiente⁴⁸. Através de um processo denominado “**elaboração**”, os atributos do temperamento, eminentemente genéticos, sofrem um reforço repetido, consolidando-se e elaborando-se como representações cognitivas e afetivas que podem ser rápida e frequentemente ativadas, ou seja, como traços de personalidade. A elaboração pode ser descrita ainda mais minuciosamente como cinco processos pelos quais as disposições iniciais passam a organizar progressivamente as emoções, pensamentos e ações. O primeiro processo é a **aprendizagem**: as diferenças temperamentais influenciam os diferentes mecanismos de aprendizagem como, por exemplo, os reforços positivo e negativo, a punição, a aprendizagem discriminativa e a extinção. Dessa maneira, indivíduos diferentes aprendem coisas diferentes de experiências comuns. A **eliciação ambiental** indica que diferenças temperamentais desencadeiam diferentes reações do ambiente e influenciam o modo como as pessoas reagem à criança. A **interpretação ambiental** é o processo através do qual as diferenças temperamentais influenciam os significados atribuídos às experiências ambientais. A **seleção ambiental** é um processo que se desenvolve na medida em que amadurece a capacidade de autorregulação da criança, que passa a escolher ambientes que reforçam e sustentam suas características. O

quinto processo é a **manipulação ambiental**. Quando o autoconceito está firmemente estabelecido e com o desenvolvimento de capacidades autorregulatórias mais sofisticadas, os indivíduos passam a alterar, modificar e manipular o ambiente de maneira que seja mais consistente com suas próprias personalidades⁴⁹ (Quadro 1).

Quadro 1 – Processos que promovem a “elaboração” dos traços de temperamento em traços de personalidade

- Aprendizagem - Eliciação ambiental - Interpretação ambiental - Seleção ambiental - Manipulação ambiental

FONTE: Caspi & Shiner (2010)⁴⁹

1.2.1. A estrutura afetiva da personalidade

Algumas pessoas parecem particularmente inclinadas a experimentar emoções prazerosas e afetos positivos, enquanto outras mostram-se propensas a emoções desagradáveis e afetos negativos. Essas diferenças individuais na afetividade já estão manifestas na primeira infância, e alguns autores propõem que sejam consideradas características temperamentais⁴³.

Os estudos sobre a estrutura da afetividade consistentemente indicam dois fatores dominantes: o afeto positivo (AP) e o afeto negativo (AN). Apesar de os termos sugerirem uma forte correlação inversa, essas dimensões são relativamente independentes⁵⁰ e podem ser representadas em um modelo ortogonal⁵¹.

O AP reflete a extensão na qual uma pessoa se sente entusiasmada, ativa e alerta. Um nível alto de AP corresponde a um estado de alta energia, concentração plena e engajamento prazeroso, enquanto baixo AP é caracterizada por tristeza e letargia. Já o AN é uma dimensão geral de sofrimento subjetivo e engajamento desprazível. Em seu nível mais alto, inclui emoções e estados aversivos, como raiva, desprezo, culpa, medo e nervosismo, enquanto que baixo AN é um estado de calma e serenidade⁵².

Além de representar dimensões de estados afetivos, esses dois fatores também representam dimensões de traços de emocionalidade positiva e negativa (diferenças individuais na reatividade emocional positiva e negativa)⁵². Diversos estudos também demonstram associações claras entre AN e neuroticismo, e AP e extroversão⁵³⁻⁵⁹.

Após a elaboração do modelo bidimensional ortogonal da afetividade e a proposição do AP e do AN tanto como estado quanto como traço, a comunidade científica passou a estudar a etiologia dos afetos positivo e negativo. Um estudo com 105 pares de gêmeos (entre 18 e 72 anos de idade) e 220 famílias multigeracionais (entre 16 e 98 anos de idade) demonstrou que as influências familiares exercem um papel importante tanto para o AP quanto para o AN, explicando as semelhanças entre os membros de uma mesma família. Entretanto, os autores encontraram evidências de diferentes etiologias para essas duas dimensões distintas da afetividade. Efeitos significativos da hereditariedade foram observados no AN, mas não no AP. O único parâmetro ambiental significativo para o AN envolveu o ambiente compartilhado entre pares de gêmeos. Em contraposição, efeitos significativos sobre o AP incluíram o ambiente compartilhado entre pais e prole, o acasalamento assortativo entre cônjuges e o ambiente compartilhado entre pares de gêmeos⁶⁰.

Os estudos sobre as trajetórias de desenvolvimento do AP e do AN indicam que, ao longo do desenvolvimento normal, a afetividade positiva aumenta durante a primeira década de vida⁶¹⁻⁶⁴, enquanto que a afetividade negativa, em geral, declina da primeira infância até a infância tardia, exceto por uma exacerbação do medo nos anos pré-escolares⁶¹⁻⁶⁶. Um estudo prospectivo com quatro gerações de famílias (n=2 804) ao longo de 23 anos demonstrou que o AN decresceu com a idade em todas as gerações, mas esse decréscimo foi atenuado entre os adultos mais velhos. Já o AP permaneceu marcadamente estável entre os jovens e os adultos de meia idade, e apresentou um pequeno decréscimo ao longo do tempo no grupo mais velho⁶⁷. Essas evidências corroboram a estabilidade do AP e do AN e legitimam seu papel como traços de afetividade.

1.3. Transtornos da personalidade

1.3.1. Definição e classificação dos transtornos da personalidade

O temperamento, a personalidade normal e suas variantes têm sido objeto de reflexões filosóficas desde a Antiguidade⁶⁸⁻⁷¹. Entretanto, foi apenas no século XIX que a personalidade passou a ser definida em termos psicológicos e estudada de maneira objetiva. Nesse contexto, apareceu o conceito de transtorno da personalidade⁷², mas as definições não eram consistentes à época, e as fronteiras entre diferentes entidades nosológicas não eram claras⁷³.

No começo do século XX, no entanto, algumas condições mais específicas passaram a ser descritas. Janet⁷⁴, Freud e Breuer⁷⁵, por exemplo, delinearam as características psicológicas associadas à histeria, condição que, posteriormente, deu origem ao transtorno da personalidade histriônica⁷⁶.

Vale também ressaltar a relevância de Kurt Schneider para a definição e classificação dos transtornos da personalidade. Em seu livro “As Personalidades Psicopáticas”, lançado em 1923, define a “personalidade de um homem (como) o conjunto de seus sentimentos e valorações, de suas tendências e volições”⁷⁷. Schneider delimita, a seguir, uma distinção entre as personalidades anormais e as personalidades psicopáticas. As personalidades anormais são “variações, desvios de um campo médio, por nós imaginado, mas não exatamente determinável, das personalidades”. Independentemente de valorações éticas, devem ser reconhecidas como anormais todas as personalidades que são, de alguma forma, singulares e estranhas: “é exatamente tão anormal o santo ou o grande poeta, assim como o criminoso desalmado”. Dentre as personalidades anormais, Kurt Schneider descreve, então, “aquelas às quais se ocupa profissionalmente o psiquiatra”, as personalidades psicopáticas. Esse é um termo geral que o autor utiliza para se referir à patologia da personalidade. Segundo suas palavras, “as personalidades psicopáticas são aquelas que sofrem por sua anormalidade ou fazem sofrer, sob influência desta, a sociedade”⁷⁷.

A partir de sua experiência clínica e da contribuição de outros autores, Schneider enumera, enfim, dez tipos de personalidades psicopáticas (Quadro 2)

Quadro 2 – Personalidades psicopáticas segundo Kurt Schneider

- Psicopatas hipertímicos - Psicopatas depressivos - Psicopatas inseguros de si mesmos - Psicopatas fanáticos - Psicopatas necessitados de estima - Psicopatas lábeis de humor - Psicopatas explosivos - Psicopatas desalmados - Psicopatas abúlicos - Psicopatas astênicos

FONTE: Schneider (1974)⁷⁷

Apesar do minucioso trabalho de Kurt Schneider – e de outros autores dos séculos XIX e XX, ainda faltava confiabilidade ao diagnóstico dos TPs, que continuava muito influenciado pela vinculação do clínico a determinada escola, assim como pela subjetividade do próprio profissional.

O lançamento da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III)⁷⁸ da Associação Americana de Psiquiatria, em 1980, pode ser considerado um marco nos esforços por uma maior sistematização na definição, classificação e diagnóstico dos transtornos da personalidade. O manual introduziu critérios explícitos para a definição de cada categoria de TP, permitindo uma maior reprodutibilidade dos diagnósticos⁷⁹. Ele também inaugurou um sistema diagnóstico multiaxial, alocando os TPs para o chamado Eixo II. Acreditava-se que, assim, iria aumentar o interesse dos clínicos e pesquisadores por essas condições, assim como tornaria mais detalhada a formulação diagnóstica. Também foi inovadora a adoção de uma abordagem neutra em relação às causas dos transtornos mentais.

Em 1994, foi publicada a quarta edição do DSM (DSM-IV)⁸⁰, que manteve a maior parte das inovações promovidas pelo DSM-III, como os critérios diagnósticos explícitos e o sistema multiaxial. De acordo com o DSM-IV, um transtorno da personalidade é um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas culturais. Esse padrão manifesta-se em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle dos impulsos. É pervasivo e inflexível, tem início na adolescência ou no começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo⁸⁰.

Os 10 subtipos de TPs previstos pelo manual estão reunidos em três agrupamentos, de acordo com semelhanças fenomenológicas. O **Grupo A** (indivíduos estranhos ou excêntricos) abrange os TPs paranoide, esquizoide e esquizotípica. O **Grupo B** (indivíduos dramáticos, emotivos ou imprevisíveis) envolve os TP antissocial, *borderline*, histriônica e narcisista. O **Grupo C** (indivíduos ansiosos ou medrosos) compreende os TP esquiva, dependente e obsessivo-compulsiva. Já a categoria residual (TP sem outra especificação) é oferecida para duas situações: 1. O padrão de personalidade do indivíduo atende os critérios gerais para um TP e estão presentes traços de diferentes TPs, mas não são atendidos os critérios para qualquer TP específico; ou 2. O padrão de personalidade do indivíduo atende os critérios gerais para um TP, mas se

considera que o TP apresentado não está incluído na classificação (p. ex., TP passivo-agressiva) (Quadro 3).

Quadro 3 – Transtornos da personalidade previstos no DSM-IV

Grupo A

- TP paranoide: padrão de desconfianças e suspeitas, de modo que as intenções dos outros são interpretadas como maldosas
- TP esquizoide: padrão de distanciamento dos relacionamentos sociais, com uma faixa restrita de expressão emocional
- TP esquizotípica: padrão de desconforto agudo em relacionamentos íntimos, distorções cognitivas ou da percepção e comportamento excêntrico

Grupo B

- TP antissocial: padrão de desconsideração e violação dos direitos alheios
- TP “borderline”: padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, bem como de acentuada impulsividade
- TP histriônica: padrão de excessiva emotividade e busca de atenção
- TP narcisista: padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia

Grupo C

- TP esquiva: padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliações negativas
- TP dependente: padrão de comportamento submisso e aderente, relacionado a uma necessidade excessiva de ser cuidado
- TP obsessivo-compulsiva: padrão de preocupação com organização, perfeccionismo e controle

TP sem outra especificação

FONTE: Adaptado de American Psychiatric Association (1994)⁸⁰

Em maio de 2013, foi publicada a quinta edição do DSM (DSM-5). Apesar de inúmeras sugestões, de um longo debate na comunidade científica e da grande expectativa que antecedeu esse lançamento, o capítulo de TPs permaneceu praticamente inalterado: foram mantidos a abordagem categorial, a definição de transtornos de personalidade, os critérios diagnósticos e os mesmos subtipos e agrupamentos contemplados pela edição anterior.

A maior inovação do DSM-5 foi a eliminação do sistema multiaxial que, ao contrário do esperado com a sua introdução no DSM-III, acabou por criar fronteiras arbitrárias entre os TPs e os demais transtornos mentais, resultando em um menor interesse dos clínicos e pesquisadores pelos transtornos da personalidade.

Na nova classificação, a categoria residual anterior (TP sem outra especificação) foi subdividida em “outro TP especificado” e “TP não especificado”, caso o clínico decida comunicar ou não o motivo pelo qual a apresentação não satisfaz os critérios para um TP específico.

Outra inovação, descrita na seção III do manual, é a proposta de um modelo alternativo para a avaliação e o diagnóstico de TPs, com uma abordagem híbrida dimensional e categorial. No entanto, esse modelo não foi oficialmente aprovado para a prática clínica e ainda requer maiores estudos.

1.3.2. Epidemiologia dos transtornos da personalidade

A epidemiologia dos transtornos da personalidade na população geral era pouco clara e eminentemente especulativa até os anos 1990⁸¹. Esse cenário começou a mudar com a adoção de critérios diagnósticos explícitos pelo DSM-III⁷⁸, ao lado do surgimento de entrevistas clínicas estruturadas⁸²⁻⁸⁵ e o emprego de técnicas representativas de amostragem.

Atualmente, sabe-se que a prevalência comunitária dos TPs em adultos varia de 4,4 a 13,4%. O Grupo C é o mais prevalente (2,4 a 9,4%), seguido pelo A (1,6 a 6,2%) e pelo B (1,2 a 4,5%)⁸⁶⁻⁹² (Tabela 2).

Como observado, as estimativas variam marcadamente de um estudo para outro, e isso pode ocorrer por variação randômica, diferenças metodológicas ou transculturais.

A fim de permitir comparações diretas, os países participantes do consórcio WMH adotaram a mesma metodologia quanto à amostragem, a coleta de dados e a análise estatística. Em uma análise transnacional incluindo países de baixa, média e alta renda de diferentes regiões da OMS, a prevalência de algum TP foi estimada em 6,1%. Predominaram os transtornos do Grupo A (3,6%), seguidos pelo Grupo C (2,7%) e B (1,5%)⁹³.

As estimativas sobre subtipos específicos são menos consistentes, mas apontam o predomínio dos TP esquivo, obsessivo-compulsivo, paranoide e esquizoide. Alguns autores ressaltam, no entanto, que a categoria mais frequente seria o TP sem outra especificação, caso fosse sistematicamente investigado^{12, 94}. Os atuais diagnósticos, portanto, não cobrem adequadamente a patologia de personalidade, e as taxas de prevalência provavelmente estão subestimadas.

Também se questiona a validade da atual classificação devido à frequente coocorrência entre os TPs, excedendo o esperado para categorias verdadeiramente distintas. Essas elevadas estimativas, portanto, são um artefato da falta de limites precisos e da sobreposição sintomatológica^{95, 96}.

Tabela 2 - Prevalência dos transtornos da personalidade em estudos comunitários com entrevistas clínicas rigorosas

PAÍS	Austrália	Noruega	EUA	Reino Unido	EUA	México
AUTORES	Jackson e Burgess, 2000	Torgersen et al., 2001	Samuels et al., 2002	Coid et al., 2006	Lenzenweger et al., 2007	Benjet et al., 2008
INSTRUMENTOS	IPDE	SIDP-R	IPDE	SCID-II	IPDE-SQ e IPDE	IPDE-SQ
CLASSIFICAÇÃO	CID-10	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV	DSM-IV	DSM-IV
N	10 641	2 053	742	626	5 692 / 214 ¹	2 362
TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE						
Paranoide	1,2	2,4	0,7	0,7	2,3	...
Esquizoide	1,7	1,7	0,9	0,8	4,9	...
Esquizotípica	-	0,6	0,6	0,06	3,3	...
Grupo A	-	4,1	2,1	1,6	5,7/6,2	4,6
Antissocial	...	0,7	4,1	0,6	0,6/1,0	...
Impulsiva	1,3	-	-	-	-	-
Borderline	0,9	0,7	0,5	0,7	1,4/1,6	...
Histriônica	0,6	2,0	0,2	0	0	...
Narcisista	-	0,8	0,03	0	0	...
Grupo B	-	3,1	4,5	1,2	1,5/2,3	1,6
Esquiva	2,0	5,0	1,8	0,8	5,2	...
Dependente	0,9	1,5	0,1	0,1	0,6	...
Obsessivo-compulsiva	3,2	2,0	0,9	1,9	2,4	...
Passivo-agressiva	-	1,7	-	-	-	-
Grupo C	-	9,4	2,8	2,6	6,0/6,8	2,4
Algum TP	6,5	13,4	9,0	4,4	9,1/11,9	6,1

FONTE: Jackson e Burgess (2000)⁸⁸; Torgersen et al. (2001)⁹⁰; Samuels et al. (2002)⁹⁷; Coid et al. (2006)⁸⁷; Lenzenweger et al. (2007)⁸⁶; Benjet et al. (2008)⁹²

NOTA: SIDP-R: “Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorders”; IPDE: “International Personality Disorder Examination”; SCID-II: “Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders”; IPDE-SQ: “International Personality Disorder Examination-Screening Questionnaire”

¹ Amostra total (n=5.692) e amostra de reavaliação (n=214). TPs individuais, exceto antissocial e borderline, apresentam estimativas apenas para a amostra de reavaliação. Os resultados da amostra total são mais precisos.

A literatura diverge quanto à distribuição sociodemográfica da patologia de personalidade. A associação mais consistente ocorre entre o TP antissocial e o sexo masculino. Os TPs tendem a ser mais frequentes entre os homens e entre as pessoas que vivem sem um companheiro. A maioria dos estudos indica uma relação inversa com a idade e o nível educacional^{86, 87, 90, 92, 93, 97}.

A comorbidade entre TPs e outros transtornos mentais é um fenômeno frequente^{12, 96, 98} e transcultural. Na análise multicêntrica do WMH, portadores de TPs tiveram chances aumentadas de apresentar algum outro TM no último ano [razão de chances (RC) 5,3]. Essa relação obedeceu um gradiente biológico, e a força da associação

foi progressivamente maior de acordo com o número de comorbidades: um outro TM (RC 3,1); dois (RC 6,8); três ou mais (RC 21,1). Todos os três grupos de TPs associaram-se de maneira significativa a transtornos de ansiedade, de humor, externalizantes e por uso de substâncias⁹³ (HUANG et al., 2009).

Apesar da elevada prevalência e das comorbidades discutidas acima, têm surgido controvérsias sobre a significância dos TPs para a saúde pública. Sabe-se que esses quadros estão relacionados a sofrimento subjetivo, comprometimento funcional, pior prognóstico de outros transtornos mentais, aumento da morbidade médica geral, comportamento violento, vitimização, problemas legais e uso de serviços de atenção primária e de saúde mental^{12, 81, 98}. No entanto, a maioria dessas associações se enfraqueceu após o controle de variáveis sociodemográficas e de outros transtornos mentais^{86, 87, 92, 93}.

1.3.3. Etiologia dos transtornos da personalidade: o papel das adversidades na infância

A etiologia dos TPs ainda é controversa, mas se supõe a interação de fatores neurobiológicos, psicológicos e ambientais. Ao longo do século XX, diversas teorias psicodinâmicas indicaram a origem infantil da patologia de personalidade. Entretanto, permanece relativamente limitado o conhecimento empírico sobre os antecedentes infantis e as trajetórias de desenvolvimento dos TPs^{99, 100}.

Dentre os principais fatores de risco apontados pela literatura, destacam-se as adversidades na infância, e as primeiras evidências surgiram com estudos clínicos retrospectivos²⁻⁹. O *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study*, por exemplo, demonstrou que são comuns as histórias de AI entre pacientes com transtornos de personalidade: 73% relataram abuso e 82%, negligência durante a infância. Essa associação foi mais consistente nos casos de TP “borderline”¹⁰. Entretanto, a validade da maioria desses estudos é limitada por potenciais vieses de lembrança ou relato, ainda maiores por se tratar de pacientes com patologias graves.

Essa associação também foi encontrada em estudos não clínicos, mas as taxas de prevalência foram sistematicamente menores. Esses primeiros estudos populacionais, no entanto, também apresentavam limitações significativas, como amostragem por conveniência, amostras pequenas e restrição a apenas algumas AIs ou subtipos de TP¹¹,

Em um estudo com uma amostra representativa da população adulta dos Estados Unidos, Afifi et al.¹⁰¹, em 2011, observaram a alta prevalência de diferentes AIs entre portadores de todos os subtipos de TP segundo o DSM-IV. As associações mais consistentes foram encontradas com os TPs esquizotípica (RC 2,28), antissocial (RC 2,23), “borderline” (2,35) e narcisista (1,74). Diversos tipos de abuso e negligência continuaram associados a TPs dos Grupos A e B (RC 1,33 a 1,63, respectivamente) após o ajuste para demais adversidades, transtornos mentais do Eixo I, demais grupos de TPs e variáveis sociodemográficas.

Estudos prospectivos reiteraram esses achados e ofereceram evidências mais consistentes de que crianças vítimas de maus tratos têm um risco aumentado de desenvolver TPs independente de outros fatores de risco.

O estudo longitudinal *Children in the Community* acompanhou 639 famílias com crianças entre 1 e 11 anos de idade de 1975 a 1991-1993 (ou seja, até a idade de 18-28 anos). As informações sobre maus tratos na infância foram obtidas a partir de registros oficiais do Estado de Nova Iorque e dos relatos retrospectivos dos jovens adultos. Os resultados foram ajustados para idade da prole, nível educacional dos pais e psicopatologia parental. As pessoas com história documentada de abuso ou negligência na infância tiveram uma probabilidade mais que quatro vezes maior de serem diagnosticadas com TPs no início da vida adulta. Após o controle adicional de TPs coocorrentes, os jovens adultos com registro de maus tratos apresentaram chances aumentadas de TPs antissocial (RC 4,97), “borderline” (RC 7,73) e narcisista (RC 18,21)¹³.

Até o momento, ainda não foram totalmente esclarecidos os mecanismos e processos subjacentes à associação entre adversidades na infância e TPs na idade adulta. Um dos aspectos mais relevantes depreendidos da literatura é que a maioria dos expostos não desenvolve patologia da personalidade. Do mesmo modo, nem todos os portadores de TPs têm uma história de adversidades na infância.

Um dos primeiros estudos a ajudar a elucidar essas relações foi publicado por Caspi et al., em 2002¹⁰². Entre os participantes da coorte de nascimento de Dunedin, aqueles que foram expostos a maus tratos na infância tinham um risco aumentado de problemas antissociais posteriores a depender de um polimorfismo no gene que codifica a MAOA. Os homens que haviam sido expostos a maus tratos na infância e que tinham a variante de baixa atividade da enzima apresentaram um risco significativo de problemas

de conduta na infância e problemas antissociais na idade adulta. Já os homens com a variante de alta atividade da MAOA não estavam sob risco aumentado mesmo se tivessem história de maus tratos. Esse foi o primeiro estudo a demonstrar que um polimorfismo funcional no gene da MAOA modera o impacto dos maus tratos na infância no desenvolvimento de comportamento antissocial em homens.

Entretanto, muito permanece por ser esclarecido. São diversas as trajetórias de desenvolvimento da patologia de personalidade^{100, 103, 104} e esse processo segue tanto princípios de multifinalidade quanto de equifinalidade. Em outras palavras, determinados fatores de risco na infância podem conduzir a diferentes transtornos mentais ou mesmo à ausência de psicopatologia (multifinalidade), enquanto que um mesmo transtorno de personalidade pode ter diferentes origens (equifinalidade)⁹⁹.

Alguns autores propõem que essa associação possa ser melhor explicada através do modelo estresse-diátese. A patologia da personalidade resultaria da interação bidirecional entre estressores (por exemplo, as AIs) e uma vulnerabilidade específica subjacente (por exemplo, determinada configuração temperamental) (Figura 1).

NOTA: EAI: experiências adversas na infância

Figura 1. Interação bidirecional entre temperamento e afetividade com experiências adversas na infância

Como discutido acima, as diferenças quanto à afetividade positiva e negativa podem ser consideradas como traços de temperamento manifestos desde a infância precoce. O AN tem importante base disposicional, enquanto o AP sofre mais influências

situacionais. Ambas as dimensões afetivas permanecem estáveis ao longo da vida. Podemos considerar que uma criança com uma diátese temperamental desfavorável teria um risco aumentado de exposição a adversidades e uma maior probabilidade de eliciar comportamentos disfuncionais dos pais e pares. Além disso, um “temperamento difícil” pode resultar em respostas inapropriadas a eventuais experiências adversas. Segundo Paris^{11, 105} e Johnson et al.¹⁰³, crianças diferentes expostas a uma mesma situação adversa reagiriam de maneiras diferentes a depender de suas constituições de temperamento.

Por outro lado, as adversidades precoces e a hostilidade ambiental poderiam amplificar as dificuldades temperamentais de base e reforçar esses traços disfuncionais. Devemos considerar também a possibilidade de as experiências adversas exercerem uma regulação epigenética sobre a expressão do temperamento.

HIPÓTESES E JUSTIFICATIVA

2. HIPÓTESES E JUSTIFICATIVA

A hipótese do presente estudo é que haja uma associação entre relatos de adversidades na infância e patologia da personalidade na população adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo. Supomos que essa relação seja mediada por traços de afetividade positiva e negativa.

A realização desse estudo é justificada pela falta de pesquisas sobre a epidemiologia dos transtornos da personalidade na população geral brasileira. Essa é uma lacuna que também se observa em diversos países em desenvolvimento. A maior parte dos estudos epidemiológicos têm sido conduzidos em países de alta renda e podem não refletir o que acontece na maior parte do mundo. Há uma escassez de dados oriundos de regiões menos desenvolvidas, apesar de abrigarem 83% da população mundial¹⁰⁶.

De acordo com as Nações Unidas¹⁰⁷, o mundo tem enfrentado um significativo processo de urbanização nas últimas décadas. Esse processo tem ocorrido predominantemente em países de renda baixa e média, os quais concentraram, em 2014, vinte e três das 29 megacidades com mais de 10 milhões de habitantes. As projeções indicam que esse é um processo em andamento. No ano de 2030, espera-se que o mundo tenha 41 megacidades, e mais de 90% do futuro crescimento populacional será em países de baixa e média renda.

A Região Metropolitana de São Paulo, situada no Sudeste do Brasil, é uma das maiores megacidades do mundo, com aproximadamente 20,5 milhões de habitantes¹⁰⁸. Apesar de suas especificidades históricas, culturais e econômicas, a Grande São Paulo compartilha muitas características com outras megacidades de países de baixa e média renda. Os achados desse estudo podem, assim, ajudar não apenas a estimar a epidemiologia dos TPs em nossa população, como também ser ilustrativo do que acontece em diferentes partes do mundo em desenvolvimento.

Como discutido acima, os transtornos da personalidade são condições graves, associadas a comorbidades clínicas e psiquiátricas, além de incapacidade e procura por serviços de saúde. O conhecimento sobre a extensão desse agravo é fundamental para o delineamento de políticas de saúde apropriadas. Também se justifica a realização desse estudo pela importância de conhecermos os mediadores dessa associação, lacuna significativa que persiste na literatura sobre o tema.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar a associação entre adversidades na infância e transtornos de personalidade na população adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo.

3.2. Objetivos específicos

a. Avaliar a epidemiologia das adversidades na infância relatadas pela população adulta da RMSP:

- a1. Prevalência das AIs;
- a2. Distribuição segundo o gênero;
- a2. Coocorrência entre AIs;

b. Investigar a epidemiologia da patologia da personalidade na população adulta da RMSP:

- b1. Prevalência de TPs;
- b2. Correlatos sociodemográficos;
- b3. Impacto de estressores urbanos;
- b4. Coocorrência de outros transtornos mentais;
- b5. Prejuízo funcional associado;
- b6. Utilização de serviços de saúde;

c. Estudar a associação entre transtornos de personalidade na vida adulta e exposição a adversidades na infância e adolescência:

- c1. Magnitude e significância da associação;
- c2. Efeito cumulativo de múltiplas AIs;
- c3. Influência de fatores sociodemográficos;

d. Avaliar se a associação entre relatos de AIs e TPs na vida adulta é mediada por traços de afetividade positiva e negativa.

MÉTODOS

O SPMHS é um estudo comunitário de corte transversal em uma amostra representativa da população geral adulta (18 anos ou mais) residente na Região Metropolitana de São Paulo¹⁴. Essa área abrange a capital e 38 municípios adjacentes (Figura 3), e a sua população foi estimada em 17.517.230 habitantes de acordo com o Censo Populacional de 2000¹¹⁰. O segmento com idade de 18 anos ou mais contabilizou 12.021.837 habitantes, e cada município contribuiu com a amostra total de acordo com o tamanho de sua população.

FONTE: Viana et al. (2009)¹¹¹

Figura 3 - Mapa da Região Metropolitana de São Paulo

Para que se atingisse uma amostra desejada de 5 000 domicílios, foram inicialmente selecionadas 7 700 residências, permitindo uma taxa de não resposta de 35%. Foram empregadas seis etapas de seleção para recrutar a amostra nos dois estratos geográficos que compõem a RMSP: a cidade de São Paulo e os 38 municípios circunjacentes¹¹¹.

O primeiro estágio da seleção dos respondentes consistiu na definição das unidades amostrais primárias (UAP). Em cada um dos extratos, as UAPs foram as áreas de contagem do Censo de 2000, cartograficamente definidas e atualizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No estrato correspondente à cidade de São Paulo, foram selecionados 96 UAPs (cada uma correspondendo a um bairro da cidade), enquanto no outro estrato, o dos outros municípios da RMSP, foram selecionados 38 UAPs (cada uma correspondendo a uma cidade). Cada um dos 39 municípios da RMSP contribuiu com a amostra total de acordo com o tamanho da sua população (Tabela 3).

Tabela 3 – Desenho da amostra do estudo São Paulo Megacity

Estrato	% população	% amostra	Tamanho amostral	UAPs	Domicílios selecionados
São Paulo	60%	40%	2 000	96	3 080
Outras cidades	40%	60%	3 000	38	4 620
TOTAL (RMSP)	100%	100%	5 000	134	7 700

FONTE: Viana et al. (2009)^{III}

NOTA: RMSP: Região Metropolitana de São Paulo; UAPs: unidades amostrais primárias

No segundo estágio de seleção, foram considerados os setores censitários (SC), que abrangem 200 a 500 domicílios, e que são as menores áreas para as quais estão disponíveis os dados do Censo. De acordo com o Censo de 2000, havia 21 158 setores na RMSP.

No terceiro estágio, esses setores censitários foram agrupados por proximidade geográfica. Para que se alcançasse as 5 000 famílias, com uma taxa de não resposta estimada em 35%, foram selecionados 7 700 domicílios, distribuídos em 1 540 agrupamentos. Assumindo a existência de cinco casas por agrupamento, o número de agrupamentos em cada UAP foi obtido dividindo-se por cinco o número de famílias a serem selecionadas em cada UAP específica, que havia sido previamente calculado de acordo com sua densidade demográfica.

Na quarta etapa, em cada agrupamento, foi escolhido um setor censitário a partir de uma lista ordenada produzida na fase anterior.

Na quinta etapa, foi aleatoriamente selecionado um bloco dentro de cada setor censitário a partir de um mapa da área onde todos os blocos estavam numerados. O bloco selecionado foi visitado por um funcionário da empresa de pesquisa, que identificava e registrava, a partir da esquina noroeste do bloco, e indo no sentido horário, todos os domicílios existentes até o quadragésimo. Se o bloco selecionado não possuísse 40 domicílios ocupados, um segundo bloco voltado para o norte (a partir do ponto de partida) era usado para completar a estrutura da amostragem. A seguir, uma a cada cinco casas foi selecionada sistematicamente, começando na primeira casa e obtendo cinco domicílios por bloco. Se um segundo agrupamento fosse selecionado dentro da mesma UAP, essa sistemática seria iniciada na segunda casa do bloco selecionado. Em caso de um terceiro agrupamento, a contagem iniciaria na terceira casa e assim por diante, até o sexto grupo, onde a seleção começaria novamente na primeira casa.

Uma abordagem diferente para seleção das famílias foi aplicada nas favelas onde não há ruas ou blocos definidos, e as unidades habitacionais não são dispostas de maneira regular. Quando uma área de favela era selecionada, o entrevistador ia a campo sem qualquer seleção anterior de famílias e seguia as seguintes instruções: em favelas situadas em morros ou locais íngremes, dividia-se mentalmente a área em cinco regiões, verticalmente, de cima para baixo. Uma entrevista, então, era coletada no meio de cada região. O mesmo procedimento foi aplicado em favelas planas, mas a divisão era feita horizontalmente. Se a favela fosse dominada por gangues relacionadas a drogas, como costumava ser o caso, um consentimento prévio para entrar na área era necessário. Na eventualidade de uma negação, a favela mais próxima na mesma área era selecionada. Sem considerar questões relacionadas com a substituição por não resposta, esse era o único caso em que foi permitida a substituição de uma área selecionada, pois era de grande importância ter moradores de favelas representados na amostra.

Na última fase, ocorria o primeiro contato pessoal e o entrevistador obtinha uma lista de todos os moradores do domicílio. Essa lista continha idade, gênero, relação familiar com o informante e sua capacidade de falar português. Essa lista foi, então, organizada por gênero e ordem inversa da idade, e os indivíduos elegíveis para a entrevista foram identificados – aqueles com 18 anos ou mais, que falavam português e sem qualquer deficiência ou incapacidade que prejudicasse sua capacidade de participar da entrevista de alguma forma. Uma, dentre 12 tabelas de Kish¹¹² diferentes, foi colocada em cada kit de materiais usados no trabalho de campo. A tabela de kish foi usada para selecionar randomicamente o respondente em cada domicílio a partir da lista de participantes elegíveis. Foi selecionado apenas um respondente por domicílio e, uma vez selecionado, não houve substituição. Adicionalmente, em uma amostra aleatória de 20% das famílias onde o entrevistado selecionado era casado ou morava como casado, o cônjuge foi identificado e também selecionado para formar uma amostra de casais para estudar a agregação de transtornos mentais dentro da família e do casamento. Não foi tentado selecionar ou entrevistar um segundo sujeito na casa antes da conclusão da entrevista principal. A fração de amostragem para aqueles domicílios com dois entrevistados foi depois corrigida por uma probabilidade interna de seleção de peso.

As etapas da amostragem foram sintetizadas na figura 4.

FONTE: Adaptado de Viana et al. (2009)¹¹¹

Figura 4 - Representação esquemática das etapas da amostragem

Foram adotadas medidas para que, em qualquer momento do trabalho de campo, a amostra já avaliada fosse representativa e para que não fossem excluídos os respondentes difíceis de serem alcançados. Por isso, o trabalho de campo pode ser interrompido após a seleção das primeiras 6 199 residências.

Um total de 200 entrevistados idosos com deficiência cognitiva e que não conseguiram completar a entrevista foram excluídos.

A coleta de dados ocorreu entre maio de 2005 e abril de 2007. No total, 5 037 sujeitos foram avaliados e a taxa de resposta global (81,3%) foi considerada alta se comparada à dos outros países que participaram do WMH (Figura 5).

FONTE: Viana et al. (2009)¹¹¹

Figura 5 – Distribuição dos respondentes na Região Metropolitana de São Paulo

4.3. Instrumentos utilizados

4.3.1. “Composite International Diagnostic Interview – versão World Mental Health” (WMH-CIDI)

A CIDI é uma entrevista clínica estruturada aplicável por leigos e que possibilita gerar diagnósticos de acordo com o DSM-IV. Foi usada a versão “World Mental Health” (WMH-CIDI)¹¹³, traduzida para o português do Brasil e adaptada para uso nessa pesquisa¹¹⁴. O instrumento foi administrado na fase domiciliar por entrevistadores profissionais treinados intensivamente. A entrevista foi subdividida em duas partes:

A) Parte I, aplicada a todos os respondentes (n=5 037), incluiu o rastreamento de transtornos psiquiátricos “nucleares”: depressão maior, mania, transtorno de pânico, fobia específica, fobia social, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), ansiedade de separação do adulto (ASA), transtornos por uso de substância (TUS), transtorno explosivo intermitente (TEI), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno opositor-desafiador (TOD) e transtorno de conduta, além de comportamentos suicidas. Também continha os módulos específicos para cada um desses transtornos e uma seção de dados sociodemográficos. Adicionalmente, foram avaliados a sobrecarga ou impacto familiar, o funcionamento e prejuízos diários nos 30 últimos dias, condições clínicas crônicas e sintomas não específicos nos últimos 30 dias;

B) Parte II, aplicada a todos os respondentes que preencheram critérios para algum transtorno “nuclear”, além de uma subamostra probabilística dos “não-casos” – com o objetivo de reduzir a carga sobre os respondentes e controlar os custos do estudo. No total, 2 942 indivíduos responderam perguntas sobre diversos fatores de risco, uso de serviços, uso de psicofármacos, consequências sociais e ocupacionais de eventuais transtornos psiquiátricos, informações sociodemográficas adicionais, suporte familiar e social e história de relacionamentos afetivos e prole. A Parte II também continha o rastreamento de transtornos de personalidade e de experiências psicóticas, além de módulos para condições menos comuns, como transtornos alimentares, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), jogo patológico, neurastenia e dependência de tabaco.

Ao final da Parte I, a depender das respostas ao instrumento, os entrevistados poderiam ser direcionados à Parte II ou finalizar a avaliação. Dessa maneira, houve três possibilidades de entrevista de acordo com a extensão e o tempo necessário para completá-la: 1) Entrevista longa (Partes I e II), administrada a todos que, em algum momento da vida, preencheram critérios para ao menos um transtorno “nuclear” da Parte I, assim como os respondentes que já haviam planejado ou tentado suicídio (n=2 236 indivíduos ou 44,4% da amostra total); 2) Entrevista intermediária (Partes I e II), aplicada a uma subamostra aleatória de 25% dos “não-casos” de transtornos da Parte I e que, portanto, não foram avaliados na maioria dos módulos clínicos (n=706 indivíduos ou 14% da amostra total); e 3) Entrevista curta (Parte I apenas), aplicada aos “não casos” que não foram selecionados para responder a Parte II (n=2 095 ou 41,6% da amostra).

4.3.2. Avaliação das adversidades na infância

A seção de AIs da WHM-CIDI foi composta a partir de vários instrumentos que investigam a exposição a adversidades e a violência antes dos 18 anos de idade (Anexo 2). As variáveis investigadas foram negligência, abuso físico e sexual, morte parental, divórcio parental e outras perdas parentais, psicopatologia parental, transtorno parental por uso de substâncias, criminalidade parental, violência familiar, doença física e adversidade econômica. Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a. Negligência parental foi avaliada por questões comumente usadas em estudos de bem-estar infantil. Esta variável questionava sobre a frequência de ter tido uma supervisão inadequada, de ter que fazer tarefas, trabalhos ou afazeres domésticos inadequados para a idade, ou de ter recebido alimentos, roupas ou cuidados médicos inadequados¹¹⁵;
- b. Abuso físico e violência familiar foram avaliados por uma versão modificada da Escala de Táticas de Conflitos (“Conflict Tactics Scales”)¹¹⁶, validada para o português¹¹⁷. As experiências incluídas fora bater, dar tapas, socar, empurrar ou jogar algo na criança pelo pai, pela mãe (pais biológicos, padrasto, madrasta ou pais adotivos) e/ou por aqueles que cuidam/criam da criança ou adolescente;
- c. Abuso sexual foi avaliado por questões sobre ocorrência de carícias repetidas, tentativa de estupro ou estupro (incluindo relações sexuais completas, penetração com dedos ou objetos, agressão sexual ou abuso

sexual). As questões foram formuladas de modo a não ser possível identificar o agressor e se ocorreu dentro ou fora da família. Contudo, com base em achados de estudos anteriores, assumiu-se que, se a experiência tivesse ocorrido uma ou duas vezes, teria sido cometida por estranhos. Caso tivesse ocorrido três ou mais vezes, teria sido cometida por um membro da família ou por uma pessoa próxima à vítima¹¹⁸;

- d. Perda parental foi avaliada por questões criadas para o NCS³² e usadas em pesquisas semelhantes^{24, 26}. As perguntas incluíam morte parental, divórcio ou separação dos pais e outras perdas parentais (ausência dos pais por seis meses ou mais por razões que não a separação ou divórcio – por exemplo, por prestar serviço no exterior, prisão, internação prolongada ou pela criança estudar em regime de internato);
- e. Psicopatologia parental e transtorno parental por uso de substâncias foram investigadas pela versão em português da *The Family History Research Diagnostic Criteria Interview*¹¹⁹;
- f. Criminalidade parental foi avaliada através de questões criadas para o estudo “National Comorbidity survey” (NCS)³² e usadas em pesquisas similares^{26, 36};
- g. Doença física com risco para a vida na infância foi avaliada através de uma lista padrão de doenças e condições crônicas¹²⁰; e
- h. Adversidades econômicas foram avaliadas por medidas criadas para o NCS³².

4.3.3. Avaliação dos estressores urbanos

Foram incluídos urbanicidade, migração, nível de privação social da contextual e exposição a eventos traumáticos relacionados a crime:

- a. Urbanicidade: os respondentes foram perguntados sobre terem crescido (i.e., terem passado a maior parte da infância e adolescência) em uma cidade grande ou seus subúrbios, uma cidade pequena ou vilarejo, ou na zona rural. Haver crescido em áreas rurais foi considerado o menor nível de exposição; ter crescido em uma cidade pequena ou vilarejo, nível intermediário de exposição; e ter crescido em cidades grandes, o maior nível de exposição;

- b. Migração: os respondentes foram perguntados se haviam nascido fora da RMSP;
- c. Nível de privação social contextual: um índice de privação social (IPS) desenvolvido pelo Centro de Estudos da Metrópole¹²¹ foi atribuído a cada setor censitário para refletir as condições sociais no espaço geográfico da RMSP usando dados do Censo de 2000¹¹⁰. Esse índice é derivado de uma combinação de dimensões de privação socioeconômica (renda, nível de educação, tamanho da família e proporção de famílias lideradas por uma mulher com baixa escolaridade) e a estrutura etária da população;
- d. Exposição a eventos traumáticos relacionados a crimes: sete eventos traumáticos foram selecionados da lista de experiências na seção de TEPT da CIDI: sequestro ou ter sido mantido em cativeiro; “saidinha bancária”; ter sido perseguido, assaltado ou ameaçado com uma faca; testemunhar alguém ser agredido ou morto, ou ver inesperadamente um corpo morto; testemunhar atrocidades ou carnificinas; testemunhar uma pessoa próxima ser sequestrada, torturada ou estuprada.

4.3.4. “International Personality Disorder Examination” (IPDE)

Juntamente à Parte II da CIDI, 2 942 indivíduos responderam 34 questões de rastreamento da IPDE¹²² (Anexo 3). Esses quesitos haviam sido considerados preditores significativos de algum transtorno de personalidade (incluindo TP sem outra especificação), assim como de TPs dos Grupos A, B e C do DSM-IV diagnosticados através da entrevista IPDE administrada por um clínico⁸⁶.

As respostas a essas questões foram combinadas para gerar diagnósticos baseado em um estudo de calibração com uma subamostra probabilística dos respondentes da Parte II do NCS-R (n=214), com uma sobreamostragem daqueles que tiveram um rastreamento positivo⁸⁶. De maneira sucinta, as entrevistas de recalibração clínica com a versão completa da IPDE foram conduzidas por telefone por um clínico veterano e bem treinado, cego às respostas do rastreamento. Essas entrevistas foram gravadas para controle de qualidade, e um supervisor experiente na IPDE monitorou as gravações e deu orientações para assegurar a adequada administração do instrumento. Uma pesquisa anterior havia demonstrado que a IPDE gera diagnósticos válidos de transtornos da personalidade quando administrada pelo telefone¹²³.

O próximo passo foi relacionar as respostas do rastreamento aos diagnósticos clínicos da IPDE. O objetivo era poder futuramente utilizar as respostas ao rastreamento como uma estimativa fidedigna do diagnóstico feito com a entrevista completa.

Foram obtidos diagnósticos de TP dos Grupos A, B e C, além de algum TP a partir da entrevista clínica IPDE. Probabilidades preditas desses quatro diagnósticos então foram atribuídas para cada respondente de acordo com as respostas às questões de rastreamento usando os resultados da regressão logística por etapas realizada na amostra de calibração clínica. A acurácia preditiva na amostra de calibração foi excelente para todas as equações, com área sob a curva de características operacionais de 0,94 para o Grupo A, 0,92 para o Grupo B, 0,90 para o Grupo C e 0,88 para algum TP.

Essas equações de predição foram utilizadas para estimar os diagnósticos dos Grupos A, B e C e algum TP através de imputação múltipla, o que será descrito com mais detalhes na subseção de análise.

4.3.5. Comprometimento funcional

A “World Health Organization Disability Assessment Scales” (WHO-DAS)¹²⁴ foi utilizada para avaliar o comprometimento nos últimos 30 dias em atividades básicas (autocuidados, mobilidade e cognição) e em atividades instrumentais (qualidade no desempenho do papel produtivo, qualidade no desempenho do papel social).

4.3.6. Tratamento

Os respondentes foram perguntados sobre tratamento no último ano para problemas com suas emoções, “nervos” ou uso de substâncias com um psiquiatra, outro profissional da saúde mental (p. ex. psicólogo clínico, assistente social psiquiátrica), um prestador de serviços gerais de saúde, um profissional de serviços humanos (p. ex., conselheiro religioso, assistente social em uma agência de serviço social), ou na medicina complementar-alternativa (MCA) (recebendo tratamento por um profissional da MCA ou participando de um grupo de autoajuda). Uma lista de tipos de provedores foi apresentada aos respondentes quando essa pergunta foi feita.

4.3.7. “The Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS)

A PANAS é um instrumento que permite avaliar afetos positivos e negativos tanto como estados quanto como traços⁵² e que teve a sua versão em português

validada^{125, 126}. É composta de 20 itens, os quais podem ser graduados em uma escala que varia de muito discreto (1) a extremo (5) (Anexo 4).

4.4. Procedimentos de manejo dos dados

Após o controle de qualidade, toda a informação escrita e codificada contida no questionário (“Paper and Pencil Version” – PAPI) foi duplamente digitada por dois profissionais diferentes, e foi criado um banco de dados específico para essa finalidade. Ele foi disponibilizado pela coordenação do WMH.

O programa de entrada de dados foi criado com o Blaise 4.7 Enterprise®, um software desenvolvido pela Statistics Netherlands para o processamento de pesquisas assistidas por computador, o qual pode ser executado no sistema operacional Microsoft Windows®. O software permite a exportação de dados para pacotes estatísticos externos ou bancos de dados como SAS ou SPSS. Esse programa foi adaptado para as mudanças feitas na versão brasileira do questionário.

Por razões éticas, também foi produzido um banco de dados separado contendo as informações sobre os respondentes e residentes nos domicílios para evitar a identificação dos participantes.

Foi realizada uma série de análises visando a consistência interna dos dados.

4.5. Variáveis de interesse

4.5.1. Variáveis sociodemográficas

Foram incluídas as seguintes variáveis sociodemográficas:

- a. Gênero: masculino ou feminino;
- b. Idade
 - a1. Categorical (utilizada em descrições): 18-34 anos; 45-49 anos; 50-64 anos; e ≥ 65 anos;
 - a2. Contínua (utilizada nos modelos de equações estruturais);
 - a3. Contínua padronizada para uma média de zero e variância de um: seguindo o protocolo do WMH, a versão padronizada foi utilizada para o ajuste dos modelos regressivos;
- c. Educação
 - c1. Categorical (utilizada em descrições): baixa (0 a 4 anos), médio-baixa (5 a 8 anos), médio-alta (9 a 11 anos) e alta (≥ 12 anos);

- c2. Contínua padronizada para uma média de zero e variância de um: seguindo o protocolo do WMH, a versão padronizada foi utilizada para o ajuste dos modelos regressivos;
- d. Estado civil (categorical): casado(a)/morando junto, previamente casado(a), nunca casou;
- e. Renda familiar
 - e1. Categorical (utilizada em descrições): definida em categorias baseadas na renda média por membro do domicílio dividida pela renda média *per capita* da amostra geral. As categorias são: renda baixa, se a razão for até 0,5; renda média inferior, razão de 0,5 a 1,0; renda média superior, razão de 1,0 a 2,0; renda alta, se a razão for $> 2,0$;
 - e2. Contínua padronizada para uma média de zero e variância de um: seguindo o protocolo do WMH, a versão padronizada foi utilizada para o ajuste dos modelos regressivos.

4.5.2. Estressores urbanos

- a. Urbanicidade: foram criadas três variáveis “dummies” para refletir cada um dos níveis de exposição a urbanicidade;
- b. Migração: variável dicotômica;
- c. Nível de privação social contextual (PSC): foram criadas três categorias de privação contextual: Nenhuma/baixa PSC; média-baixa/média PSC; e alta/muito alta PSC;
- e. Exposição a eventos traumáticos relacionados a crimes: O número de exposições foi categorizado em nenhuma, uma, duas, três ou mais eventos traumáticos ao longo da vida.

4.5.3. Outros transtornos mentais nos últimos 12 meses

Serão considerados os transtornos ativos nos 12 meses anteriores à avaliação, codificados pelo DSM-IV e incluídos nas seguintes classes:

- a. Transtornos de ansiedade:
 - a1. Transtorno de pânico;
 - a2. TAG;
 - a3. Agorafobia sem transtorno de pânico;

- a4. Fobia específica;
- a5. Fobia social;
- a6. TEPT;
- a7. TOC; e
- a8. Ansiedade de separação do adulto.
- b. Transtornos de humor:
 - b1. Depressão maior;
 - b2. Distímia; e
 - b3. Transtorno bipolar tipos I e II.
- c. Transtornos do controle do impulso:
 - c1. Transtorno opositivo-desafiador;
 - c2. Transtorno de conduta; e
 - c3. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.
- d. Transtornos por uso de substâncias:
 - d1. Abuso de álcool;
 - d2. Dependência de álcool;
 - d3. Abuso de drogas; e
 - d4. Dependência de drogas.

Os critérios de exclusão orgânica foram usados na formulação dos diagnósticos. Critérios hierárquicos também foram usados para diagnosticar depressão Maior, distímia, TAG e TOD. Em relação aos TUS, abuso foi definido com ou sem dependência, uma vez que frequentemente é um estágio na progressão para a dependência. Na análise de comorbidades, foram usados diagnósticos não hierarquizados.

4.5.4. Adversidades na infância

As 12 variáveis dicotômicas abrangem três tipos de perdas interpessoais (morte parental, divórcio parental e outras perdas parentais), quatro tipos de mal ajustamento parental (violência familiar, doença mental parental, transtorno parental por uso de substâncias, criminalidade parental), três tipos de maus tratos (abuso físico, abuso sexual e negligência) e duas outras adversidades precoces (doenças físicas incapacitantes ou com risco de vida e adversidades financeiras familiares) (Anexo 2).

4.5.5. Patologia da personalidade

As respostas ao rastreamento da IPDE foram combinadas para estimar, através de imputação múltipla, algum TP, TP dos Grupos A, B e C e algum TP, conforme a metodologia empregada no “National Comorbidity Survey Replication”⁸⁶ e na análise transnacional do WMH⁹³.

4.5.6. Comprometimento funcional

Cada dimensão da WHO-DAS foi pontuada de 0 a 100, sendo que 0 representa nenhum comprometimento e 100 representa completo comprometimento. Também estimamos o funcionamento global como a média dos cinco domínios de funcionamento.

Seguindo o protocolo do WMH, os escores da WHO-DAS foram padronizados para uma média de zero e uma variância de 1,0.

4.5.7. Tratamento

As variáveis relacionadas a tratamento eram dicotômicas.

4.5.8. Afetividade positiva e negativa

A afetividade positiva e negativa foi avaliada através da PANAS, composta por 10 itens referentes a afetividade positiva e 10 itens referentes a afetividade negativa.

4.6. Análises estatísticas

4.6.1. Procedimentos de ponderação dos dados

Uma vez que empregamos uma amostragem do tipo “*survey data*”, é preciso considerar, na análise estatística, a complexidade desse desenho amostral que inclui estratos, aglomerados e pesos.

Pesos foram criados para ajustar as diferenças na probabilidade de:

- a. Seleção: P1a;
- b. Não-seleção: P1b;
- c. Para pós-estratificar a amostra final e aproximá-la da população geral segundo o censo do IBGE de 2000 de acordo com a distribuição de gênero e idade: P1c; e
- d. Para ajustar a seleção da Parte II da WMH-CIDI (P2).

O produto consolidado (P1) de P1a, P1b e P1c foi o peso utilizado para as análises de dados da Parte I da WMH-CIDI.

A probabilidade de ser selecionado para a Parte II da WMH-CIDI foi calculada para cada grupo, e a inversa probabilidade de participação na Parte II foi atribuída a cada indivíduo (P2a). Um outro peso (P2b) foi criado baseado nos dados de distribuição de gênero e idade do Censo de 2000. O P2 foi consolidado, então, da seguinte maneira:

$$P2=P1*P2a*P2b \quad (1)$$

Os valores de P2 foram depois reanalisados para assegurar que a soma dos pesos fosse proporcional ao tamanho da amostra (n=2 942).

Vale ressaltar que tanto a amostra da Parte I quanto a da Parte II são representativas da população geral adulta residente na RMSP.

Nesse presente estudo, além de contemplar a estratificação e a aglomeração dos dados, utilizamos o P2, uma vez que nossas análises se restringem aos sujeitos que participaram da segunda parte da entrevista.

Informações adicionais sobre o processo de ponderação podem ser consultados em Viana et al. (2009)¹¹¹.

4.6.2. Imputação múltipla

A prevalência dos Grupos de TP e de algum TP, além dos coeficientes de regressão, foram estimados através de imputação múltipla. Esse é um método que oferece inferências estatisticamente válidas no contexto de valores faltantes completamente ao acaso [*missing completely at random* (MCAR), ou seja, sem qualquer relação com outras variáveis no banco de dados, sejam elas observadas ou não observadas] ou no contexto de valores faltantes ao acaso [*missing at random* (MAR), relacionados às variáveis observadas, mas não às variáveis não observadas]. No caso do *missing* planejado, como aconteceu no SPMHS, considera-se que seja um MCAR^{127, 128}. Em outras palavras, a imputação múltipla oferece estimativas aproximadamente não enviesadas levando em consideração a incerteza^{129, 130}. Nesse estudo, imputamos os diagnósticos de TP a partir das questões de rastreamento da IPDE usando as equações de predição obtidas no estudo de calibração clínica feita nos Estados Unidos⁸⁶, procedimento adotado no WMH⁹³. Esse processo seguiu três etapas. Na primeira, a fase de imputação, dez conjuntos de dados

completos foram gerados para cada TP (Grupos A, B, C e algum TP). Na segunda etapa, foram feitas análises separadamente em cada conjunto de dados, resultando em 10 conjuntos de estimativas do parâmetro (p. ex., estimativas de prevalência). Na etapa final, dos 10 conjuntos de estimativas foi tirada uma média para obter a melhor estimativa do parâmetro, e os coeficientes e erros padrão foram ajustados para a variabilidade entre imputações de acordo com as regras de Rubin¹²⁹ (Figura 6).

Figura 6 – Etapas envolvidas na imputação múltipla

Uma vez que eram altos os valores da área sob a curva de características operacionais, essas imputações são consideradas acuradas e a precisão dos parâmetros estimados aproxima-se à que se teria caso os TPs tivessem sido diretamente avaliados através de entrevistas completas da IPDE na amostra total⁹³.

4.6.3. Estatística descritiva das adversidades na infância, padrões de coocorrência e sua distribuição de acordo com o gênero

Foram estimadas as prevalências das adversidades na infância, assim como da coocorrência entre as adversidades. Também foi avaliada a sua distribuição de acordo com o gênero.

4.6.4. Epidemiologia dos transtornos da personalidade

A prevalência dos TPs, da coocorrência com outros transtornos mentais e da

prevalência de tratamento foram calculadas como as médias das dez estimativas imputadas.

Já as associações com variáveis sociodemográficas, outros diagnósticos e tratamento foram estimadas através de modelos de regressão logística, novamente através da média dos dez parâmetros obtidos através de imputação múltipla.

Levando em consideração a não independência das observações indicada por um estudo prévio com essa amostra¹³¹, e considerando que a variável PSC foi medida no nível contextual, as associações entre TPs e estressores uranos foram analisadas através de modelos logísticos multiníveis. Os sujeitos foram considerados o primeiro nível, e os setores censitários, o segundo nível.

Os coeficientes de regressão logística foram exponenciados e relatados como razão de chances (RC; “odds ratio”, em inglês), ao lado de seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

As associações entre TPs e incapacidade foram estimados através de regressão linear ajustada para gênero e idade em um modelo, e para gênero, idade e outros transtornos mentais nos últimos 12 meses no segundo modelo.

Todas as análises foram realizadas com o Stata 15¹³² – exceto quando indicado. Devido à amostragem complexa, os parâmetros imputados foram estimados usando o comando “*mi estimate: svy:*”¹³³, levando em consideração a estratificação, o agrupamento e a ponderação dos dados.

Os modelos multiníveis foram estimados com o comando “*mi estimate: xtmeologit*”. As variâncias foram computadas usando a linearização de Taylor¹³⁴, e a significância estatística foi avaliada usando testes bicaudados com um nível de significância de 0,05.

4.6.5. Associação entre adversidades na infância, afeto positivo e negativo e transtornos da personalidade

Foi estimada a média dos escores de afetos positivo e negativo e seus respectivos erros padrão entre os expostos a adversidades na infância. A associação entre adversidades na infância e as dimensões do afeto foram estimadas através de modelos de regressão linear.

Verificou-se também a associação entre as dimensões de afeto positivo e negativo e a ocorrência de transtornos da personalidade. Foram estimadas a média de

cada dimensão do afeto segundo cada um dos diagnósticos de TPs. Modelos de regressão probit avaliaram a força e a significância das associações entre afeto e transtornos da personalidade. A partir dos coeficientes obtidos com essas regressões, foram estimadas as probabilidades de ocorrência de transtornos da personalidade de acordo com a variação dos escores afetivos a partir da seguinte equação:

$$P(u=1|x) = F(a + b_1*x + b_2*x + b_3*x + b_4*x)^{135} \quad (2)$$

Sendo que F é a função de distribuição normal padronizada; a é o intercepto da regressão probit, b_1 é o coeficiente relacionado afeto negativo; b_2 é o coeficiente relacionado ao afeto positivo; b_3 é o coeficiente relacionado ao gênero; e b_4 é o coeficiente relacionado à idade.

A seguir foi avaliada a prevalência de relatos de adversidades na infância entre os portadores de TPs, e a associação entre essas variáveis foi estimada através de regressões probit. A partir dos coeficientes obtidos com essas regressões, foram estimadas as probabilidades de ocorrência de transtornos da personalidade de acordo com o número de adversidades na infância a partir da equação:

$$P(u=1|x) = F(a + b_1*x + b_2*x + b_3*x)^{135} \quad (3)$$

Sendo que F é a função de distribuição normal padronizada; a é o intercepto da regressão probit, b_1 é o coeficiente relacionado ao escore de adversidades; b_2 é o coeficiente relacionado ao gênero; e b_3 é o coeficiente relacionado à idade.

As análises de mediação foram realizadas no *Mplus 8*¹³⁵ usando o estimador de mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média e variância (WLSMV).

4.6.6. Análises de mediação

A influência da afetividade sobre a associação entre adversidades na infância e transtornos da personalidade na idade adulta foi estimada através de modelos de análise de mediação. Define-se mediação como o processo através do qual uma variável intermediária ajuda a explicar como ou porque uma variável independente influencia o desfecho¹³⁶.

Como pode ser observado no diagrama de caminhos da figura 7, uma variável é

considerada mediadora quando a variável independente está significativamente associada ao mediador (caminho “a”); o mediador está significativamente associado ao desfecho (caminho “b”); e a associação entre a variável independente e o desfecho deixa de ser significativa após o controle dos caminhos “a” e “b”. Quando essa associação (caminho “c”) reduz-se a zero, fala-se de uma mediação total. Entretanto, isso é raramente encontrado em pesquisas sobre fenômenos psicológicos e sociais, que envolvem múltiplas causas e mecanismos. Em geral, os mediadores reduzem significativamente, e não anulam, a associação entre a variável independente e o desfecho. Nesses casos, tem-se a chamada mediação parcial.

FONTE: Adaptado de Baron e Kenny (1986)¹³⁶

NOTA: caminho “a”: associação entre a variável independente e o mediador; caminho “b”: associação entre o mediador e a variável de desfecho; caminho “c”: associação entre a variável independente e o desfecho. Essa associação deixa de ser significativa quando controlada por “a” e “b”.

Figura 7 - Diagrama de caminhos representando uma relação de mediação

Tradicionalmente, a mediação é testada através de modelos de regressão estimados sequencialmente¹³⁷. Nos últimos anos, no entanto, tem se consagrado o uso de modelos de equações estruturais para realizar análises de mediação¹³⁸ e, assim, estimar efeitos diretos e indiretos¹³⁹ de uma variável sobre outra.

A modelagem de equações estruturais (MEE) pode ser entendida como um conjunto de técnicas multivariadas que combinam análise fatorial, regressão múltipla e análise de trajetórias¹⁴⁰. Desse modo, presta-se a diversos usos, como a avaliação de propriedades psicométricas e da estrutura fatorial de instrumentos, além do teste de modelos teóricos complexos, envolvendo relações simultâneas entre diversas variáveis, que podem ser contínuas ou discretas, observadas ou latentes¹⁴¹.

Na terminologia empregada na MEE, as variáveis que atuam como dependentes em ao menos uma das equações do modelo são chamadas de endógenas. Esse termo é

preferível a “desfecho” pois, em outra equação do mesmo modelo, essa mesma variável pode atuar como “independente”. Já as chamadas variáveis exógenas são aquelas que sempre atuam como independentes nas equações do modelo sendo testado¹³⁸.

O emprego da MEE para a análise estatística e o teste de hipóteses segue algumas etapas, como pode ser observado na figura 8.

A primeira é a **especificação do modelo** a partir de referenciais teóricos e aportes de pesquisas anteriores. O modelo pode ser representado através de um diagrama de caminhos. Por convenção, as variáveis observadas são representadas por retângulos ou quadrados, enquanto que as latentes são representadas por círculos ou elipses. Já a relação entre as variáveis é representada por setas. Setas unidirecionais representam a direção do efeito de uma variável sobre outra e setas bidirecionais indicam uma correlação ou covariância entre duas variáveis. Por fim, o erro associado a determinada variável é representado por uma seta que liga o valor do erro à variável em questão.

Adaptado de Hoyle (2007)¹⁴²

Figura 8 - Etapas na aplicação da modelagem de equações estruturais em pesquisa no campo da personalidade

Conforme citado anteriormente, nessa tese será testada a hipótese de que adversidades na infância influenciem a ocorrência de transtornos da personalidade na idade adulta, e que essa associação seja mediada por dimensões de afeto negativo e positivo, de acordo com os diagramas de caminhos apresentados na figura 9.

Figura 9 - Diagrama de caminhos dos modelos de mediação a serem estimados através de modelagem de equações estruturais

É importante ressaltar que testaremos os efeitos diretos e indiretos da exposição a alguma adversidade na infância, assim como os efeitos do número de adversidades às quais os sujeitos foram expostos. Todos os modelos de mediação foram ajustados por sexo e idade. As análises foram realizadas para os transtornos da personalidade dos Grupos A, B e C e para algum transtorno da personalidade.

A **identificação do modelo** é uma característica essencial na MEE e refere-se, basicamente, se a quantidade de informações disponível é suficiente para estimar os parâmetros.

Com a MEE, o pesquisador visa estimar parâmetros desconhecidos através de parâmetros conhecidos, dispostos na matriz de covariância observada. Para que isso seja possível, é necessário que haja informações suficientes disponíveis. Um modelo é considerado justo-identificado quando o número de parâmetros desconhecidos a serem estimados é igual ao número de elementos conhecidos (elementos não redundantes na matriz observada) – assim, o número de graus de liberdade (GL) desse modelo é zero. Um modelo superidentificado é aquele com GL maior que zero, ou seja, há mais elementos conhecidos (elementos não redundantes na matriz observada) que o número de parâmetros a serem estimados. Já um modelo subidentificado é aquele com GL menor que zero, isto é, com mais elementos desconhecidos que conhecidos, fazendo com que não possa ser estimado^{140, 143}.

Caso o modelo seja identificado, procede-se à etapa seguinte, a **estimação** dos parâmetros desconhecidos e a geração de uma matriz de covariância predita. A matriz de covariância predita deve representar a matriz de covariância amostral (observada) o máximo possível.

O método mais comumente utilizado para estimar os parâmetros desconhecidos em MEE é o da máxima verossimilhança¹⁴³. Entretanto, na presente pesquisa, as variáveis endógenas de interesse (transtornos da personalidade dos Grupos A, B e C e qualquer transtorno da personalidade) são categóricas. Nesse caso, o *default* do software *MPlus* 8, utilizado para a MEE nessa pesquisa, é o estimador de mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média e variância (WLSMV). Como as variáveis de transtorno da personalidade são categóricas, o WLSMV estimou coeficientes de regressão probit. Já as variáveis intermediárias (afeto positivo e negativo) são contínuas, e o WLSMV estimou coeficientes de regressão linear simples¹³⁵.

Estimados os parâmetros, a etapa seguinte é a **avaliação do ajuste do modelo**. O objetivo é verificar o quanto a matriz de covariância estimada é “próxima” à matriz de covariância amostral (observada). Existem diversos índices de ajuste, mas os seguintes são os mais utilizados e disponíveis em diferentes *softwares* de análise estatística.

O índice mais elementar é o teste do qui-quadrado, que indica um bom ajuste caso o valor do p seja não-significativo ($p > 0,05$). Em outras palavras, um modelo bem ajustado é aquele em que a matriz estimada não difere de forma significativa da matriz observada¹⁴⁴. Entretanto, uma grave limitação é o fato de esse teste ser sensível ao tamanho da amostra, quase sempre rejeitando modelos que empregam amostras grandes.

No caso da presente pesquisa, vale ressaltar que o output do *MPlus* não oferece a significância estatística do teste qui-quadrado, uma vez que os dados foram imputados.

Outra medida de ajuste bastante utilizada é a raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA, na sigla em inglês), que estima quão bem os parâmetros do modelo reproduzem a matriz de covariância populacional. O RMSEA é sensível ao número de parâmetros estimados pelo modelo e favorece a parcimônia, ou seja, modelos com um número menor de parâmetros. Muitos autores consideram como um modelo bem ajustado aquele que apresenta um RMSEA menor que 0,06¹⁴⁴.

O índice de ajuste comparativo (CFI, na sigla em inglês) compara a matriz estimada com um modelo nulo, onde as covariâncias entre todas as variáveis são zero. Assim, ele mede uma melhora relativa do ajuste do modelo estimado em relação a esse modelo nulo. Um modelo bem ajustado é aquele com $CFI \geq 0,95$ ¹⁴⁴.

O índice de Tucker-Lewis (TLI, na sigla em inglês) é semelhante ao CFI, mas tende a penalizar modelos mais complexos, que tentam estimar muitos parâmetros. O seu ponto de corte também é $\geq 0,95$ ¹⁴⁴.

Caso o modelo não apresente um bom ajuste, pode-se avaliar os resíduos e os índices de modificação, que indicam possíveis mudanças no modelo que possam resultar em uma melhora do ajuste. Nessa etapa de **reespecificação**, as mudanças nas relações entre as variáveis devem ser bem justificadas e amparadas pelo modelo teórico e pela literatura científica.

Após o modelo ter obtido um bom ajuste, procede-se com a sua **interpretação**. Nessa pesquisa, serão avaliados os coeficientes das regressões, os efeitos diretos e indiretos das adversidades sobre os transtornos de personalidade, os respectivos erros padrão e a significância estatística.

Como informado anteriormente, o WLSMV estima regressões lineares no caso de variáveis dependentes contínuas, como afeto positivo e negativo. O emprego desse tipo de regressão é frequente na pesquisa em saúde mental, e a interpretação do seu coeficiente não oferece maiores óbices. Entretanto, no caso de variáveis dependentes binárias, o WLSMV estima regressões probit. A interpretação do seu coeficiente não é intuitiva ou amigável: ele expressa a mudança no escore Z da variável dependente para cada mudança de uma unidade na variável independente.

Além disso, como foram utilizadas variáveis com diferentes grandezas, foi necessária a padronização dos coeficientes com o objetivo de permitir a comparação entre os resultados. Vale considerar, nesse sentido, alguns aspectos técnicos empregados pelo *MPlus*¹³⁵. Quando a variável y observada é regredida em uma variável x contínua (afeto positivo, afeto negativo, idade e número de adversidades), utiliza-se a padronização $StdYX$:

$$b_{StdYX} = b * SD(x) / DS(y), \quad (4)$$

onde b é o coeficiente não padronizado, $SD(x)$ é o desvio padrão amostral de x, e $SD(y)$ é o desvio padrão de y estimado pelo modelo. O coeficiente padronizado b_{StdYX} é interpretado como a mudança em y em unidades de desvio padrão de y para cada mudança de um desvio padrão em x.

No caso de uma variável y observada regredida em uma variável x categorial (sexo e alguma adversidade), a padronização adotada é a $StdY$:

$$b_{StdY} = b / SD(y), \quad (5)$$

onde b é o coeficiente não padronizado e $SD(y)$ é o desvio padrão de y estimado pelo modelo. O coeficiente padronizado b_{StdY} é interpretado como a mudança em y em unidades de desvio padrão de y quando x muda de zero para um¹³⁵.

Dada a complexidade exposta acima, propõe-se uma interpretação mais objetiva dos coeficientes de regressão. Serão avaliados a direção da associação (se o efeito de x sobre y é nulo, positivo ou negativo), o tamanho da associação (o valor do coeficiente) e sua significância estatística.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. A Epidemiologia das adversidades na infância na RMSP

Dos adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, 53,6% tiveram relato de alguma adversidade na infância, sendo que 48,4% desses sujeitos tiveram duas ou mais dessas experiências (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência de relatos de adversidades na infância entre adultos moradores da Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Adversidades na infância	% (EP)	Entre os indivíduos com AI	
		% daqueles com 2 ou mais AI	Média de AI
		% (EP)	Média (EP)
Abuso físico	16,0 (1,1)	73,7 (3,3)	3,0 (0,1)
Abuso sexual	0,7 (0,2)	95,2 (2,7)	3,0 (0,2)
Negligência	11,3 (0,9)	85,8 (2,2)	3,2 (0,1)
Morte parental	16,1 (1,0)	47,1 (4,2)	3,2 (0,1)
Divórcio parental	9,5 (0,7)	60,7 (4,3)	3,4 (0,1)
Outra perda parental	8,4 (0,9)	73,8 (3,0)	3,6 (0,1)
TM parental	11,8 (0,9)	76,9 (2,5)	3,2 (0,1)
TUS parental	9,7 (0,9)	78,3 (3,5)	3,6 (0,1)
Criminalidade parental	3,6 (0,4)	89,1 (4,1)	3,4 (0,2)
Violência familiar	12,1 (0,8)	87,5 (2,3)	3,4 (0,1)
Doença física	1,4 (0,4)	62,2 (13,1)	3,0 (0,2)
Adversidade econômica	1,0 (0,2)	94,4 (2,9)	2,9 (0,2)
Alguma adversidade	53,6 (1,8)	48,4 (1,5)	2,9 (0,1)

NOTA: EP: erro padrão; AI: adversidades na infância; TM: transtorno mental parental; TUS: transtorno por uso de substâncias

Os sujeitos que sofreram abuso sexual ou adversidade econômica na infância foram os que tiveram as maiores proporções de adversidades concorrentes (95,2 e 94,4%, respectivamente).

As adversidades mais frequentemente relatadas foram morte parental (16,1%), abuso físico (16,0%) e violência familiar (12,1%), enquanto que as menos comuns foram abuso sexual (0,7%), adversidade econômica (1,0%) e doença física (1,4%) (Figura 10).

Figura 10 – Representação gráfica da prevalência de relatos de adversidades específicas na infância entre adultos moradores da Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Pode-se verificar pela observação da figura 11 que foi frequente a coocorrência de adversidades: quase metade dos que relataram alguma AI foram expostos a duas ou mais experiências.

Figura 11 – Representação gráfica da prevalência de adversidades na infância entre adultos moradores da Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Quanto à distribuição das adversidades de acordo com o gênero dos respondentes, as mulheres tiveram significativamente mais relatos de exposição a alguma AI. Em relação a subtipos específicos, as mulheres tiveram significativamente mais relatos de abuso sexual, negligência, outra perda parental, psicopatologia parental e violência familiar. Quanto às outras adversidades, não houve diferenças significativas entre os gêneros (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das adversidades na infância pelo gênero entre adultos moradores da Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

	Total	Mulheres	Homens	<i>p</i>
	% (EP)	% (EP)	% (EP)	
Abuso físico	16,0 (1,1)	17,4 (1,5)	14,4 (1,6)	0,327
Abuso sexual	0,7 (0,2)	1,2 (0,3)	0,1 (0,1)	< 0,001
Negligência	11,3 (0,9)	14,1 (1,3)	8,1 (1,1)	< 0,001
Morte parental	16,1 (1,0)	16,8 (1,1)	15,3 (1,7)	0,102
Divórcio parental	9,5 (0,7)	10,8 (0,9)	8,0 (1,2)	0,444
Outra perda parental	8,4 (0,9)	11,0 (1,3)	5,5 (0,6)	< 0,001
TM parental	11,8 (0,9)	14,4 (1,3)	9,0 (1,0)	< 0,001
TUS parental	9,7 (0,9)	11,6 (1,3)	7,7 (1,3)	0,09
Criminalidade parental	3,6 (0,4)	4,3 (0,6)	2,7 (0,7)	0,831
Violência familiar	12,1 (0,8)	15,5 (1,3)	8,4 (1,0)	< 0,001
Doença física	1,4 (0,4)	0,8 (0,2)	2,1 (0,6)	0,267
Adversidade econômica	1,0 (0,2)	0,9 (0,2)	1,0 (0,3)	0,467
Alguma adversidade	53,6 (1,8)	59,0 (1,7)	47,6 (3,2)	< 0,001

NOTA: EP: erro padrão; TM: transtorno mental parental; TUS: transtorno por uso de substâncias

5.2. A epidemiologia dos transtornos da personalidade na RMSP

A prevalência de algum transtorno da personalidade na RMSP foi de 6,7%. O subtipo mais frequente foi o Grupo C (4,6%), seguido dos Grupos A e B (4,3% e 2,7%, respectivamente) (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência de transtornos da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Transtornos da personalidade	%	EP
Grupo A	4,3%	0,7
Grupo B	2,7%	0,5
Grupo C	4,6%	0,7
Algum transtorno da personalidade	6,8%	1,0

NOTA: EP: erro padrão

5.2.1. Correlatos sociodemográficos

Os homens tiveram chances aumentadas de apresentar algum transtorno da personalidade (RC = 2,2) e, mais especificamente, um diagnóstico do Grupo A (RC = 6,8). Já a escolaridade foi inversamente associada ao Grupo C (RC = 0,7).

Idade, renda, estado civil e status ocupacional não foram preditores significativos (Tabela 7).

Tabela 7 - Preditores sociodemográficos de transtornos da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

	Grupo A RC (IC 95%)	Grupo B RC (IC 95%)	Grupo C RC (IC 95%)	Algum TP RC (IC 95%)
Gênero				
Feminino	1,0	1,0	1,0	1,0
Masculino	6,8 (2,4-19,1)**	1,3 (0,7-2,5)	1,2 (0,6-2,4)	2,2 (1,2-4,2)*
Idade	0,8 (0,6-1,1)	0,7 (0,5-1,0)	1,2 (0,9-1,7)	0,8 (0,6-1,2)
Educação	0,9 (0,6-1,2)	0,8 (0,6-1,2)	0,7 (0,5-0,9)*	0,8 (0,5-1,3)
Renda	0,9 (0,6-1,5)	0,9 (0,4-1,7)	0,8 (0,5-1,3)	0,8 (0,5-1,4)
Estado civil				
Casado ou coabitando	0,6 (0,3-1,6)	0,5 (0,2-1,1)	1,2 (0,4-3,5)	0,8 (0,3-1,8)
Previamente casado ^a	0,6 (0,2-2,0)	1,0 (0,4-2,5)	1,5 (0,5-4,6)	0,8 (0,3-2,1)
Nunca casado	1,0	1,0	1,0	1,0
Emprego				
Empregado/estudante/do lar	0,6 (0,2-1,5)	0,5 (0,2-1,3)	0,7 (0,2-2,1)	0,6 (0,3-1,2)
Aposentado	0,4 (0,1-1,8)	0,2 (0,0-2,4)	0,5 (0,3-1,1)	0,5 (0,1-1,8)
Outro ^b	1,0	1,0	1,0	1,0

NOTA: ^a Separado, divorciado ou viúvo; ^b Desempregado ou incapacitado; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,00$

5.2.2. Estressores urbanos

Após ajustar para idade e sexo, não houve qualquer diferença significativa entre ter crescido na zona rural, em uma pequena cidade ou na cidade grande sobre a prevalência de TPs. Migração também não foi um preditor significativo, assim como viver atualmente em um bairro com privação social (Tabela 8a).

Entretanto, os TPs estavam associados à exposição cumulativa a experiências traumáticas relacionadas a crime. Os sujeitos com relato de três ou mais eventos tinham um aumento na chance de apresentar os Grupo A (RC = 2,9), B (RC = 3,4) e C (RC = 2,5), além de algum TP (RC = 2,7). Essas associações ficaram um pouco mais fracas após o ajuste adicional de outros estressores urbanos, mas permaneceram, de todo modo, estatisticamente significativas (Tabela 8b).

Tabela 8a - Associação entre transtornos da personalidade e estressores urbanos na Região Metropolitana de São Paulo, ajustada para gênero e idade - 2005 a 2007 (N = 2 942)

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Algum TP
	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)
Urbanicidade				
Zona rural	1,0	1,0	1,0	1,0
Pequena cidade	0,8 (0,4-1,8)	1,2 (0,6-2,3)	1,0 (0,6-1,7)	1,0 (0,6-1,8)
Grandes cidades	0,8 (0,4-1,5)	1,0 (0,6-1,9)	0,9 (0,5-1,5)	0,9 (0,6-1,4)
Migração				
Não migrante	1,0	1,0	1,0	1,0
Migrante	1,0 (0,6-1,6)	0,9 (0,6-1,5)	1,1 (0,7-1,7)	1,1 (0,8-1,6)
Privação social contextual				
Não-baixa PSC	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixa-média/média PSC	1,2 (0,7-2,2)	1,0 (0,6-1,9)	1,3 (0,8-2,2)	1,3 (0,7-2,2)
Alta/muito alta PSC	1,4 (0,8-2,4)	1,2 (0,6-2,2)	1,2 (0,8-2,0)	1,3 (0,8-2,3)
Número de eventos traumáticos relacionados a crimes				
0	1,0	1,0	1,0	1,0
1	1,5 (0,8-2,8)	1,2 (0,6-2,2)	1,4 (0,9-2,3)	1,4 (0,9-2,2)
2	1,0 (1,1-3,4)*	1,9 (1,0-3,8)	2,0 (1,2-3,2)**	1,7 (0,9-3,0)
3 ou mais	2,9 (1,1-7,3)*	3,43 (1,5-8,0)**	2,5 (1,3-4,8)**	2,7 (1,7-4,2)***

NOTA: PSC: privação social contextual; * p<.05; **p<.01; ***p<.001

Tabela 8b - Associação entre transtornos da personalidade e estressores urbanos na Região Metropolitana de São Paulo, ajustada para gênero, idade e outros estressores urbanos - 2005 a 2007 (N = 2 942)

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Algum TP
	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)
Urbanicidade				
Zona rural	1,0	1,0	1,0	1,0
Pequena cidade	0,8 (0,4-1,9)	1,2 (0,6-2,3)	1,0 (0,6-1,8)	1,0 (0,6-1,8)
Grandes cidades	0,8 (0,4-1,6)	0,9 (0,4-2,0)	0,9 (0,5-1,6)	0,9 (0,5-1,6)
Migração				
Não migrante	1,0	1,0	1,0	1,0
Migrante	0,9 (0,5-1,5)	0,9 (0,5-1,5)	1,0 (0,6-1,6)	1,1 (0,7-1,7)
Privação social contextual				
Não-baixa PSC	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixa-média/média PSC	1,2 (0,7-2,0)	1,0 (0,5-1,8)	1,3(0,7-2,1)	1,2 (0,7-2,1)
Alta/muito alta PSC	1,3 (0,8-2,4)	1,2 (0,6-2,2)	1,2 (0,8-2,0)	1,3 (0,7-2,3)
Número de eventos traumáticos relacionados a crimes				
0	1,0	1,0	1,0	1,0
1	1,5 (0,8-2,8)	1,2 (0,7-2,3)	1,4 (0,9-2,3)	1,4 (0,9-2,2)
2	2,0 (1,1-3,6)*	2,0 (1,0-3,9)*	2,0 (1,2-3,2)**	1,7 (0,9-3,0)
3 ou mais	3,0 (1,2-7,6)*	3,5 (1,5-8,1)**	2,6 (1,3-4,9)**	2,7 (1,7-4,3)***

NOTA: PSC: privação social contextual; * p<.05; **p<.01; ***p<.001

5.2.3. Coocorrência com outros transtornos mentais nos últimos 12 meses

A patologia da personalidade frequentemente coocorreu com outros transtornos mentais. Quase dois terços dos indivíduos com algum TP tinham pelo menos alguma coocorrência, sendo a ansiedade a condição mais comum (46,3%). O Grupo B tinha a mais elevada prevalência de alguma comorbidade (83,8%), seguido pelo Grupo C (73,4%) e A (54,0%).

Os transtornos de ansiedade foram a coocorrência mais comum nos Grupos A e C (33,9 e 60,0%, respectivamente), enquanto que os transtornos de humor predominaram no Grupo B (48,8%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Prevalência de coocorrência de outro transtorno mental nos últimos 12 meses em portadores de transtornos da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

TM 12 meses	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Algum TP
	% (EP)	% (EP)	% (EP)	% (EP)
Algum transtorno de ansiedade	33,9% (7,4)	47,9% (8,5)	60,0% (6,9)	46,3% (6,8)
Algum transtorno de humor	23,3% (5,6)	48,8% (9,4)	42,1% (6,0)	31,7% (5,5)
Algum transtorno de controle de impulsos	19,4% (5,1)	24,4% (6,3)	14,4% (4,1)	16,4% (4,3)
Algum TUS	13,9% (4,3)	45,2% (9,0)	10,6% (3,3)	14,3% (3,6)
Número de transtornos				
Exatamente um	20,1% (5,6)	22,0% (5,5)	20,8% (4,5)	21,2% (4,8)
Exatamente dois	14,2% (4,1)	16,0% (5,7)	19,0% (4,8)	14,8% (4,4)
Três ou mais	19,7% (5,4)	45,7% (7,7)	33,6% (5,5)	27,4% (5,1)
Algum TM 12 meses	54,0% (8,1)	83,8% (9,3)	73,4% (6,2)	63,4% (8,2)

NOTA: TM: transtornos mentais; TUS: transtorno por uso de substâncias; EP: erro padrão

De acordo com a tabela 10, os TP predizem a ocorrência de outros transtornos mentais. Aqueles com algum TP tiveram um aumento de seis vezes na chance de ter um ou mais transtornos comórbidos (RC = 6,0). A força das associações respeitou um gradiente dose-resposta (RCs para exatamente um, dois e três ou mais transtornos foram 3,1, 6,9 e 17,1, respectivamente). O Grupo B teve a associação mais forte com alguma comorbidade (RC = 16,0). O Grupo A foi mais associado a transtornos de controle de impulsos (RC = 6,08); o Grupo B, com transtornos por uso de substâncias (RC = 32,0); e o C, com transtornos de ansiedade (RC = 8,1) (Tabela 10).

Tabela 10 - Associações entre transtornos da personalidade e outros transtornos mentais nos últimos 12 meses na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Transtornos da personalidade	Subtipos de TM em 12 meses					Número de TM em 12 meses		
	Algum transtorno de ansiedade	Algum transtorno de humor	Algum transtorno de controle de impulsos	Algum TUS	Algum TM em 12 meses	Exatamente um	Exatamente dois	Três ou mais
	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)
Grupo A	3,4 (1,5-7,4)**	4,0 (1,9-8,4)**	6,1 (2,6-14,0)***	23,0 (1,1-7,8)*	4,4 (2,1-9,0)***	2,6 (1,0-6,6)*	5,6 (2,3-13,4)***	8,5 (3,1-23,2)***
Grupo B	4,4 (2,0-9,8)**	9,4 (3,8-22,6)***	7,2 (3,3-15,8)***	32,0 (10,7-95,7)***	16,0 (3,6-70,8)**	6,7 (1,6-28,6)*	14,5 (2,2-96,3)*	51,6 (11,2-238,7)***
Grupo C	8,1 (4,0-16,2)***	7,7 (4,4-13,7)***	4,6 (2,3-9,4)***	3,6 (1,6-7,8)**	8,8 (4,4-17,3)***	3,8 (1,7-8,4)**	11,6 (4,6-29,0)***	26,8 (12,4-57,9)***
Algum TP	5,2 (2,8-9,8)***	5,4 (2,8-10,4)***	5,1 (2,4-10,7)***	4,2 (1,9-9,5)**	6,0 (2,6-14,0)**	3,1 (1,2-7,7)*	6,9 (2,1-22,6)**	17,1 (6,4-45,6)***

NOTA: TM: transtornos mentais; TUS: transtorno por uso de substâncias; Modelos ajustados para gênero e idade; * p<.05; **p<.01; ***p<.001

5.2.4. Incapacidade associada aos transtornos da personalidade

Os transtornos da personalidade foram associados a comprometimento significativo no mês anterior, como demonstra a tabela 11. No primeiro modelo, ajustado para gênero e idade, a presença de algum TP predisse incapacidade geral e incapacidades específicas na cognição, mobilidade, papel produtivo e interações sociais, mas não em autocuidados. Padrões similares também puderam ser encontrados entre aqueles com patologias dos Grupos B e C, mas não do Grupo A, o qual foi menos associado a incapacidade.

No segundo modelo, após ajustar para transtornos em 12 meses (além de gênero e idade), as associações tornaram-se mais fracas ou não significativas. Algum TP e Grupo B permaneceram significativamente associados a comprometimento global, cognitivo e social; e o Grupo C, com comprometimento cognitivo, do papel produtivo e das interações sociais.

Nota-se que os Grupos B e C foram mais fortemente associados a comprometimento cognitivo que os outros transtornos mentais. Do mesmo modo, os Grupos B e C foram mais fortemente associados a comprometimento das interações sociais que os outros transtornos mentais. O comprometimento global foi maior para o Grupo C, quando comparado aos outros transtornos mentais. O Grupo A, no entanto, não foi especificamente associado a comprometimento (Tabela 11).

Tabela 11 - Comprometimento associado a transtornos da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007
(N = 2 942)

	Domínios funcionais					
	Autocuidados	Cognição	Mobilidade	Papel produtivo	Interação social	Global
	b (EP)	b (EP)	b (EP)	b (EP)	b (EP)	b (EP)
MODELO 1						
Grupo A	0,2 (0,1)	0,5 (0,22)	0,1 (0,1)	0,3 (0,2)*	0,3 (0,2)	0,4 (0,2)*
Grupo B	0,4 (0,2)	0,9 (0,3)**	0,3 (0,2)	0,6 (0,2)*	0,8 (0,3)*	0,8 (0,2)**
Grupo C	0,3 (0,2)	0,9 (0,2)**	0,4 (0,2)*	0,7 (0,2)**	0,8 (0,3)**	0,8 (0,2)**
Algum TP	0,2 (0,2)	0,6 (0,2)**	0,2 (0,1)*	0,5 (0,2)*	0,5 (0,2)*	0,6 (0,2)**
Algum TM	0,2 (0,0)***	0,5 (0,1)***	0,3 (0,1)***	0,5 (0,1)***	0,4 (0,1)***	0,6 (0,1)***
MODELO 2						
Grupo A	0,1 (0,1)	0,3 (0,2)	0,0 (0,1)	0,2 (0,1)	0,2 (0,2)	0,2 (0,2)
Grupo B	0,4 (0,2)	0,7 (0,3)*	0,1 (0,2)	0,3 (0,2)	0,7 (0,3)*	0,5 (0,2)*
Grupo C	0,2 (0,2)	0,7 (0,2)*	0,3 (0,2)	0,5 (0,2)*	0,7 (0,3)*	0,6 (0,2)**
Algum TP	0,1 (0,1)	0,5 (0,2)*	0,1 (0,1)	0,3 (0,2)	0,4 (0,2)*	0,4 (0,2)*
Algum TM	0,2 (0,0)***	0,4 (0,1)***	0,3 (0,1)***	0,5 (0,1)***	0,3 (0,1)***	0,5 (0,1)***

NOTA: MODELO 1: ajustado para gênero e idade; MODELO 2: ajustado para gênero, idade e outros transtornos mentais; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

5.2.5. Tratamento

De acordo com a tabela 12, aproximadamente 20% dos que tinham algum TP receberam tratamento para problemas emocionais ou por uso de substâncias no ano anterior à entrevista. A prevalência de cuidados especializados em saúde mental foi maior que o de cuidados médicos gerais ou não ligados à saúde (14,4% vs. 7,1% e 5,6%, respectivamente). O tratamento foi mais prevalente entre o Grupo C, seguido pelos Grupos B e A, em todas as modalidades.

Os sujeitos com TPs tiveram uma chance aumentada de tratamento no ano anterior ($RC = 3,0$), independentemente do gênero e da idade. Essa associação foi mais forte para consultar-se com um psiquiatra que com qualquer outro especialista na saúde mental ou outro profissional médico ($RC = 4,1$ vs. 2,6 e 3,1, respectivamente). Nota-se que, após ajustar para outros transtornos mentais nos últimos 12 meses (além de gênero e idade), apenas o Grupo C permaneceu significativamente associado a tratamento ($RC = 1,9$) (Tabela 13).

Tabela 12 - Prevalência de tratamento nos 12 meses anteriores entre aqueles com transtornos de personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Transtornos da personalidade	Sistema de saúde						Fora do sistema de saúde		
	Algum tratamento	Especialista em saúde mental				Algum profissional	Serviço humano	MAC [¶]	Algum não ligado à saúde
		Psiquiatria	Outro profissional [§]	Algum profissional	Profissional geral [‡]				
	% (EP)	% (EP)	% (EP)	% (EP)	% (EP)	% (EP)	% (EP)	% (EP)	% (EP)
Grupo A	15,4 (4,6)	8,2 (3,5)	5,4 (2,8)	11,3 (4,4)	5,3 (3,0)	13,2 (4,5)	2,8 (2,0)	3,66 (2,5)	5,2 (2,7)
Grupo B	22,6 (5,6)	11,2 (3,9)	7,9 (3,5)	16,0 (5,5)	8,0 (3,3)	18,4 (5,6)	2,8 (1,9)	4,9 (2,8)	7,1 (3,3)
Grupo C	26,7 (5,1)	13,3 (3,8)	8,4 (3,3)	18,0 (4,8)	8,1 (2,9)	22,7 (5,1)	3,6 (2,3)	5,4 (2,7)	7,9 (3,0)
Algum TP	20,0 (4,1)	10,9 (3,0)	6,9 (2,4)	14,4 (3,4)	7,1 (2,7)	18,0 (4,1)	2,9 (1,6)	3,9 (2,2)	5,6 (2,5)

NOTA: EP: erro padrão; MAC: Medicina complementar e alternativa;

[§] psicólogo ou outro profissional da saúde mental que não seja psiquiatra, em qualquer setting; assistente social ou conselheiro em um ambiente de saúde mental ou uso de alguma *hotline* para saúde mental

[‡] médico da atenção básica, outro médico generalista, enfermeiro, e qualquer outro profissional da saúde que não tenha sido previamente mencionado

^{||} conselheiro religioso ou espiritual, ou assistente social ou conselheiro em algum setting que não seja da saúde mental

[¶] qualquer outro tipo de curandeiro, participação em grupos de suporte na Internet ou participação em grupos de autoajuda

Tabela 13 – Associação entre tratamento nos 12 meses anteriores e transtornos de personalidade na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Transtornos da personalidade	Sistema de saúde						Fora do sistema de saúde		
	Algum tratamento	Especialista em saúde mental				Algum profissional	Serviço humano	MAC [¶]	Algum não ligado à saúde
		Psiquiatria	Outro profissional [§]	Algum profissional	Profissional geral [‡]				
	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)
MODELO 1									
Grupo A	2,5 (1,0-6,0)*	3,1 (1,0-9,7)	2,3 (0,6-8,8)	2,7 (0,9-8,2)	2,6 (0,5-13,4)	2,5 (0,9-6,8)	2,3 (0,3-17,7)	3,1 (0,4-20,7)	2.84 (0.83-9.68)
Grupo B	3,0 (1,4-6,2)**	3,7 (1,6-8,6)**	2,5 (0,8-7,6)	3,2 (1,2-8,1)*	2,9 (1,1-7,8)*	2,7 (1,2-6,3)*	1,9 (0,4-9,0)	3,8 (0,9-16,7)	3.16 (0.97-10.33)
Grupo C	3,8 (2,0-7,3)**	4,3 (1,7-10,9)**	2,8 (1,0-8,4)	3,6 (1,5-9,0)**	2,9 (1,2-7,1)*	3,5 (1,6-7,7)**	2,6 (0,6-10,7)	4,9 (1,4-17,0)*	4.02 (1.59-10.13)**
Algum TP	3,0 (1,6-5,5)**	4,1 (2,0-8,7)**	2,6 (1,0-6,5)*	3,3 (1,7-6,3)**	3,0 (1,1-8,2)*	3,1 (1,6-6,1)**	2,3 (0,6-8,7)	3,0 (0,7-14,0)	2.78 (0.89-8.67)
MODELO 2									
Grupo A	1,5 (0,6-3,8)	1,6 (0,5-5,5)	1,4 (0,4-5,6)	1,6 (0,5-5,1)	1,5 (0,3-8,2)	1,4 (0,5-4,2)	1,4 (0,2-11,1)	1,9 (0,3-13,6)	1,6 (0,5-5,8)
Grupo B	1,4 (0,7-2,9)	1,5 (0,7-3,5)	1,3 (0,4-4,0)	1,5 (0,6-3,8)	1,4 (0,5-3,7)	1,2 (0,5-3,0)	1,0 (0,2-4,7)	1,9 (0,4-8,3)	1,5 (0,5-4,7)
Grupo C	2,0 (1,0-3,8)*	2,0 (0,8-5,1)	1,6 (0,5-4,7)	1,9 (0,8-4,6)	1,4 (0,6-3,5)	1,8 (0,8-3,9)	1,4 (0,3-6,2)	2,7 (0,7-9,9)	2,0 (0,8-5,3)
Algum TP	1,6 (0,9-3,0)	2,1 (1,0-4,4)	1,5 (0,6-4,1)	1,8 (0,9-3,5)	1,6 (0,6-4,5)	1,7 (0,9-3,4)	1,3 (0,3-5,4)	1,8 (0,4-8,3)	1,5 (0,5-7,7)

NOTA: EP: erro padrão; MAC: Medicina complementar e alternativa;

[§] psicólogo ou outro profissional da saúde mental que não seja psiquiatra, em qualquer setting; assistente social ou conselheiro em um ambiente de saúde mental ou uso de alguma *hotline* para saúde mental

[‡] médico da atenção básica, outro médico generalista, enfermeiro, e qualquer outro profissional da saúde que não tenha sido previamente mencionado

^{||} conselheiro religioso ou espiritual, ou assistente social ou conselheiro em algum setting que não seja da saúde mental

[¶] qualquer outro tipo de curandeiro, participação em grupos de suporte na Internet ou participação em grupos de autoajuda

5.3. Associação entre adversidades na infância, afeto positivo e negativo e transtornos da personalidade

5.3.1. Associação entre adversidades na infância e afetos positivo e negativo

De acordo com a figura 12, os indivíduos que não foram expostos a adversidades na infância apresentaram escores mais elevados de afeto positivo de maneira persistente ao longo da vida. Dentre os expostos, os que relataram menos afeto positivo foram os que enfrentaram duas adversidades.

Figura 12 - Representação gráfica da média dos escores de afeto positivo segundo o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Observando-se a figura 13, sugere-se que todos os tipos de adversidades estão associados a redução nos escores médios de afeto positivo. Os que apresentam as menores pontuações foram os expostos a adversidade econômica e abuso físico. A única adversidade que destoa desse padrão é o abuso sexual, sugerindo até um aumento dos escores médios de AP. Entretanto, essa foi uma adversidade pouco relatada e as suas estimativas são pouco precisas – vide os amplos erros padrão a ela associados.

Figura 13 - Representação gráfica da média dos escores de afeto positivo segundo o tipo de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Quando comparados a quem nunca foi exposto a adversidade, os expostos a dois desses eventos têm uma redução de 1,0 ponto no traço de afeto negativo, independentemente de gênero e idade.

Quando analisamos os tipos de AI em um modelo ajustado para gênero e idade, alguma adversidade, abuso físico e adversidade econômica estão inversamente relacionados aos escores de afeto positivo como traço (coeficientes de regressão $[b] = -0,7, -1,5$ e $-2,9$, respectivamente).

Já no modelo que ajustou gênero, idade e as adversidades entre si, abuso físico esteve associado a uma redução persistente de 1,8 pontos no escore do traço de AP, enquanto quem sofreu adversidade econômica na infância teve uma redução de 2,8 pontos no escore do traço do AP (Tabela 14).

Tabela 14 - Associação entre relatos de adversidades na infância e afeto positivo em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil - 2005-2007 (N = 2 942)

Adversidades na infância	Afeto positivo		
	Média (EP)	Modelo 1	Modelo 2
		b (EP)	b (EP)
Abuso físico	29,9 (0,4)	-1,5 (0,5)**	-1,8 (0,5)***
Abuso sexual	32,6 (1,4)	1,6 (1,4)	2,5 (1,6)
Negligência	30,9 (0,6)	-0,2 (0,6)	0,2 (0,6)
Morte parental	30,7 (0,4)	-0,5 (0,4)	-0,6 (0,4)
Divórcio parental	31,1 (0,7)	-0,4 (0,6)	-0,4 (0,6)
Outra perda parental	30,8 (0,5)	-0,3 (0,5)	-0,1 (0,5)
Psicopatologia parental	31,4 (0,4)	0,2 (0,4)	0,3 (0,4)
TUS parental	31,2 (0,5)	0,1 (0,3)	0,1 (0,4)
Criminalidade parental	30,7 (0,9)	-0,6 (0,9)	-0,6 (0,9)
Violência familiar	31,4 (0,5)	0,2 (0,4)	0,7 (0,5)
Doença física	30,6 (1,1)	-0,9 (1,1)	-0,6 (1,2)
Adversidade econômica	28,4 (1,1)	-2,9 (1,1)*	-2,8 (1,1)*
Alguma adversidade	30,9 (0,3)	-0,7 (0,3)*	
Número de adversidades			
0	31,7 (0,3)	Baseline	
1	31,2 (0,4)	-0,5 (0,5)	
2	30,6 (0,5)	-1,0 (0,5)*	
3 ou mais	30,8 (0,5)	-0,8 (0,5)	

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e demais adversidades; EP: erro padrão; b: coeficiente de regressão (nesses modelos, linear); TUS: transtorno por uso de substâncias; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Em relação aos traços de afetividade negativa, a figura 14 indica um aumento progressivo no escore médio do traço de afeto negativo de acordo com o número de adversidades às quais o indivíduo foi exposto na infância.

Figura 14 – Representação gráfica da média dos escores de afeto negativo segundo o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Comparados a quem não apresentou história de AI, os expostos a todos os tipos de adversidades apresentaram escores de traço de afetividade negativa elevados. As maiores médias foram observadas entre os que relataram abuso sexual, adversidade econômica e violência familiar; já as menores médias foram encontradas entre os que relataram história parental de transtornos por uso de substâncias, divórcio parental e morte parental (Figura 15).

Figura 15 – Representação gráfica da média dos escores de afeto negativo segundo o tipo de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Pode-se observar na tabela 15 uma relação dose resposta entre o número de AI relatadas e o aumento persistente do afeto negativo ao longo da vida, independentemente do gênero e da idade. Nesse mesmo modelo, observou-se que há uma associação direta e estatisticamente significativa entre o traço de afeto negativo e exposição a alguma adversidade ($b = 1,4$), adversidade econômica ($b = 4,0$), doença física ($b = 2,1$), violência familiar ($b = 2,2$), psicopatologia parental ($b = 2,0$), outra perda parental ($b = 1,7$), morte parental ($b = 2,0$), negligência ($b = 1,9$) e abuso físico ($b = 2,1$).

No modelo que ajustou gênero, idade e as adversidades entre si, verificou-se que tiveram um efeito independente, direto e estatisticamente significativo sobre o aumento do traço de AN as seguintes adversidades: abuso físico ($b = 1,3$), outra perda parental ($b = 1,3$),

= 1,2), psicopatologia parental (b = 1,4), violência familiar (b = 1,3) e, principalmente, adversidade econômica (b = 3,6) (Tabela 15).

Tabela 15 - Associação entre relatos de adversidades na infância e traços de afeto negativo em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005-2007 (N = 2 942)

Adversidades na infância	Média (EP)	Afeto negativo	
		Modelo 1 b (EP)	Modelo 2 b (EP)
Abuso físico	20,1 (0,4)	2,1 (0,5)***	1,3 (0,5)*
Abuso sexual	22,3 (2,2)	2,8 (2,2)	1,6 (2,0)
Negligência	20,2 (0,5)	1,9 (0,6)**	0,6 (0,7)
Morte parental	18,1 (0,3)	2,0 (0,5)***	-0,5 (0,3)
Divórcio parental	19,2 (0,6)	0,5 (0,6)	-0,1 (0,6)
Outra perda parental	20,2 (0,6)	1,7 (0,6)**	1,2 (0,6)*
Psicopatologia parental	20,5 (0,4)	2,1 (0,5)***	1,4 (0,6)*
TUS parental	19,4 (0,5)	0,8 (0,5)	-0,2 (0,6)
Criminalidade parental	19,9 (0,6)	1,2 (0,7)	-0,0 (0,7)
Violência familiar	20,8 (0,4)	2,2 (0,4)***	1,3 (0,5)*
Doença física	20,0 (0,9)	2,1 (1,0)*	1,7 (0,8)
Adversidade econômica	22,1 (1,4)	4,0 (1,4)**	3,6 (1,4)**
Alguma adversidade	19,1 (0,2)	1,4 (0,3)***	
Número de adversidades			
0	17,5 (0,29)	Baseline	
1	18,2 (0,33)	0,6 (0,4)	
2	19,4 (0,37)	1,6 (0,5)**	
3 ou mais	20,8 (0,36)	2,9 (0,4)***	

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e demais adversidades; EP: erro padrão; Coeficiente: coeficiente de regressão linear; TUS: transtorno por uso de substâncias; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.3.2. Associação entre traços de afetos positivo e negativo e transtornos da personalidade

De acordo com a figura 16, quando comparados a indivíduos sem o diagnóstico, os portadores de TPs tiveram escores médios de afetividade negativa aumentados em quatro pontos (Grupo A e algum TP) ou mesmo seis pontos (Grupos B e C). Já os escores de traço de afetividade positiva tiveram uma diminuição discreta entre os portadores de transtornos da personalidade (Figura 16).

Figura 16 - Representação gráfica da média dos escores de afetos positivo e negativo segundo a presença de transtornos da personalidade em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Verifica-se na tabela 16 que o afeto negativo está direta e significativamente associado à ocorrência de transtornos da personalidade do Grupo A, independentemente do gênero, idade e dos escores de afeto positivo.

Tabela 16 - Associação de afetos positivo e negativo com transtorno da personalidade do Grupo A em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Afeto	Transtorno da personalidade do Grupo A		
	Média (EP)	Modelo 1	Modelo 2
		b (EP)	b (EP)
Afeto positivo	31,22 (1,06)	-0,01 (0,01)	-0,01 (0,01)
Afeto negativo	22,40 (1,62)	0,05 (0,02)**	0,05 (0,02)**

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e a outra outra dimensão do afeto; EP: erro padrão; b: coeficiente de regressão probit; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A partir dos parâmetros oferecidos por essa regressão probit, foram calculadas e plotadas as probabilidades de ocorrência de um transtorno da personalidade do Grupo A de acordo com escores de afeto positivo e negativo.

A figura 17 confirma que os escores de afeto positivo tiveram pouca influência sobre a probabilidade de um TP do Grupo A. Por outro lado, escores aumentados de traços de afetividade negativa têm um efeito marcante na probabilidade de tal transtorno da personalidade: um indivíduo com o escore mínimo de AN teria uma probabilidade quase nula de tal transtorno. Já uma pessoa com um escore máximo de AN teria uma probabilidade superior a 35%. Vale ressaltar que a média do AN como traço na população geral da RMSP é de 18,37, o que confere uma baixa probabilidade desse diagnóstico.

Figura 17 - Probabilidade predita de TP do Grupo A em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo a partir de escores de afetos positivo e negativo, ajustados para gênero, idade e a outra dimensão do afeto – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Semelhante ao que ocorreu com o TP do Grupo A, também se observa que o afeto negativo esteve direta e significativamente associado à ocorrência de transtornos da personalidade do Grupo B, independentemente do gênero, idade e dos escores de afeto positivo (Tabela 17).

Tabela 17 - Associação de afetos positivo e negativo com transtorno da personalidade do Grupo B em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Afeto	Transtorno da personalidade do Grupo B		
	Média (EP)	Modelo 1	Modelo 2
		b (EP)	b (EP)
Afeto positivo	29,90 (1,12)	-0,02 (0,01)	-0,02 (0,01)
Afeto negativo	24,40 (1,18)	0,05 (0,01)***	0,05 (0,01)***

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e a outra outra dimensão do afeto; EP: erro padrão; b: coeficiente de regressão probit; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A figura 18 indica um padrão semelhante ao ocorrido no Grupo A dos transtornos da personalidade. Níveis aumentados de afeto positivo tiveram pouco impacto na redução da ocorrência de TPs do Grupo B. Entretanto, traços aumentados de afetividade negativa tiveram uma marcante influência na probabilidade de ocorrência de tal diagnóstico.

Figura 18 - Probabilidade predita de TP do Grupo B em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo a partir de escores de afetos positivo e negativo, ajustados para gênero, idade e a outra dimensão do afeto – 2005 a 2007 (N = 2 942)

De acordo com a tabela 18, o afeto negativo foi um preditor significativo do TP do Cluster C: cada aumento de uma unidade no seu escore, aumentou o z-score do Grupo C em 0,06. O afeto positivo também foi um preditor estatisticamente significativo, mas seu efeito foi inverso: cada aumento no escore do afeto positivo reduziu o z-score do Grupo C em 0,03. Esses efeitos foram independentes do gênero, da idade e da influência da outra dimensão do afeto.

Tabela 18 - Associação de afetos positivo e negativo com transtorno da personalidade do Grupo C em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Afeto	Transtorno da personalidade do Grupo C		
	Média (EP)	Modelo 1	Modelo 2
		b (EP)	b (EP)
Afeto positivo	29,10 (0,97)	-0,03 (0,01)*	-0,03 (0,01)*
Afeto negativo	24,55 (0,92)	0,06 (0,01)***	0,06 (0,01)***

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e a outra outra dimensão do afeto; EP: erro padrão; b: coeficiente de regressão probit; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Para facilitar a compreensão dessas associações, pode-se computar e plotar as probabilidades preditas a partir dos parâmetros estimados por essas regressões.

De acordo com a figura 19, uma variação ampla nos escores de afeto positivo estão associados a uma pequena variação na probabilidade de TP do Grupo C. Já uma variação ampla nos escores de afeto negativo refletem uma mudança significativa na probabilidade de ocorrência do quadro: alguém que tivesse um escore de traço de afetividade negativa de 11 teria uma probabilidade próxima a zero de ter um transtorno do Grupo C. Já se seu escore fosse de 50, sua chance seria de quase 60%. Para a média dos adultos residentes na RMSP, cujo escore médio de AN é 31,29, a sua probabilidade de apresentar algum TP do Grupo C seria em torno de 13% (Figura 19).

Figura 19 - Probabilidade predita de TP do Grupo C em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo a partir de escores de afetos positivo e negativo, ajustados para gênero, idade e a outra dimensão do afeto – 2005 a 2007 (N = 2 942)

De acordo com a tabela 19, o afeto negativo foi um preditor significativo de algum transtorno da personalidade, e a força da associação aumentou após o ajuste do afeto positivo, além do gênero e idade (Tabela 19).

Tabela 19 - Associação de afetos positivo e negativo com algum transtorno da personalidade em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007 (N = 2 942)

Afeto	Algum transtorno da personalidade		
	Média (EP)	Modelo 1	Modelo 2
		b (EP)	b (EP)
Afeto positivo	30,28 (0,87)	-0,02 (0,01)	-0,02 (0,01)
Afeto negativo	22,81 (0,96)	0,05 (0,01)***	0,06 (0,01)***

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e a outra dimensão do afeto; EP: erro padrão; b: coeficiente de regressão probit; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Observando a figura 20, verificamos que, controlados o gênero, a idade e o afeto positivo, a curva da probabilidade associada ao afeto negativo não é tão inclinada como no Grupo A (variações pequenas no traço de afeto negativo tinham probabilidades muito diferentes de ocorrência de patologia do Grupo A). Neste caso agora, a curva do afeto

negativo é mais suave, ou seja, variações interpessoais mais amplas no afeto negativo basal não aumentam de forma significativa a probabilidade de algum TP. E em níveis extremos de afetividade negativa tônica não estão associadas a probabilidades tão altas de algum transtorno da personalidade quanto do Grupo C.

Novamente, pode-se verificar a pouca contribuição do afeto positivo para a probabilidade de algum transtorno da personalidade.

Figura 20 - Probabilidade predita de algum transtorno da personalidade em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo a partir de escores de afetos positivo e negativo, ajustados para gênero, idade e a outra dimensão do afeto – 2005 a 2007 (N = 2 942)

5.3.3. Associação entre relatos de adversidades na infância e transtornos da personalidade

De acordo com a figura 21, quase dois terços (62,0%) dos portadores de TP do Grupo A apresentaram relatos de alguma adversidade na infância. Nota-se que 23,2% dos portadores relataram três ou mais dessas experiências (Figura 21).

As experiências mais frequentes nesse grupo foram o abuso físico (22,9%), a violência familiar (21,9%) e a psicopatologia parental (18,0%); e as menos frequentes, doença física (4,9%), adversidade econômica (2,7%) e abuso sexual (0,7%) (Figura 22).

Figura 21 - Prevalência de exposição a adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo A na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Figura 22 - Prevalência da exposição a diferentes categorias de adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo A na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Independentemente do sexo e da idade, psicopatologia parental, criminalidade parental e violência familiar estavam significativamente associadas a TP do Grupo A ($b = 0,4$; $0,6$; e $0,5$, respectivamente) (Tabela 20, modelo 1).

Tabela 20 - Proporção e associação entre relatos de adversidades na infância e transtornos da personalidade do Grupo A entre adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2.942)

Adversidades na infância	Transtorno da personalidade do <i>Cluster A</i>		
	% (EP)	Modelo 1	Modelo 2
		b (EP)	b (EP)
Abuso físico	22,90 (6,22)	0,30 (0,17)	0,11 (0,19)
Abuso sexual	0,72 (0,65)	0,34 (0,44)	0,05 (0,46)
Negligência	13,53 (4,08)	0,27 (1,00)	0,02 (0,25)
Morte parental	14,80 (5,34)	-0,01 (0,20)	-0,03 (0,21)
Divórcio parental	12,41 (4,19)	0,18 (0,21)	0,07 (0,23)
Outra perda parental	8,79 (3,75)	0,22 (0,24)	0,11 (0,27)
Psicopatologia parental	18,04 (5,38)	0,38 (0,19)*	0,27 (0,22)
TUS parental	12,44 (4,28)	0,22 (0,20)	-0,02 (0,21)
Criminalidade parental	8,97 (3,75)	0,61 (0,28)*	0,48 (0,30)
Violência familiar	21,91 (6,39)	0,50 (0,21)*	0,30 (0,24)
Doença física	4,87 (2,48)	0,54 (0,36)	0,50 (0,37)
Adversidade econômica	2,74 (2,16)	0,52 (0,58)	0,50 (0,65)
Alguma adversidade	61,99 (9,01)	0,29 (0,18)	
Número de adversidades			
0	38,01 (9,01)	Baseline	
1	23,86 (5,88)	0,09 (0,21)	
2	14,88 (5,93)	0,29 (0,28)	
3 ou mais	23,25 (5,50)	0,63 (0,20)**	
Número de adversidades (contínuo)		0,16 (0,05)**	

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e demais adversidades; EP: erro padrão; Coeficiente: coeficiente de regressão probit; TUS: transtorno por uso de substâncias; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Entretanto, quando todas as adversidades foram ajustadas entre si e também para sexo e idade, não foi encontrado nenhum preditor isoladamente significativo (modelo 2).

Já o número de exposições guarda relação com a probabilidade de apresentar o desfecho. Comparados a quem não teve qualquer adversidade na infância, os 23,25% que foram expostos a três ou mais eventos tiveram um aumento significativo na ocorrência de TP do Grupo A ($b = 0,6$).

A partir dos coeficientes da regressão probit acima, foram calculadas as probabilidades preditas para a ocorrência de TP do Grupo A de acordo com o número de adversidades relatadas. Os que não foram expostos a adversidades na infância tiveram uma probabilidade de 1,86% de apresentar o transtorno do Grupo A. Já os expostos a três adversidades, tiveram uma probabilidade de 5,45%. Como verificado, essa relação entre exposição e efeito seguiu um gradiente dose-resposta (Figura 23).

Figura 23 - Probabilidades de ocorrência de transtorno de personalidade do Grupo A de acordo com o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Entre os portadores de transtorno da personalidade do Grupo B, 71,8% foram expostos a alguma adversidade na infância (Figura 24).

Figura 24 - Prevalência de exposição a adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo B na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

As adversidades mais relatadas foram abuso físico (35,6%), psicopatologia parental (28,7%) e violência familiar (26,5%). As menos relatadas foram doença física (4,5%), adversidade econômica (1,4%) e abuso sexual (1,3%) (Figura 25).

Figura 25 - Prevalência de exposição a diferentes categorias de adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo B residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Após o ajuste para gênero e idade, a exposição a alguma adversidade estava significativamente associada a TP do Grupo B ($b = 0,4$). O efeito foi ainda maior entre os que foram expostos a três ou mais adversidades ($b = 0,72$).

Abuso físico ($b = 0,5$), psicopatologia parental ($b = 0,5$), criminalidade parental ($b = 0,6$) e violência familiar ($b = 0,4$) predisseram a ocorrência de TP do Grupo B independentemente do sexo e da idade.

Entretanto, após o controle das adversidades entre si, além de sexo e idade, apenas abuso físico ($b = 0,4$) e psicopatologia parental ($b = 0,43$) permaneceram como preditores significativos (Tabela 21).

Tabela 21 - Proporção e associação entre relatos de adversidades na infância e transtorno de personalidade do Grupo B entre adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Adversidades na infância	Transtorno da personalidade do <i>Cluster B</i>		
	% (EP)	Modelo 1	Modelo 2
		b (EP)	b (EP)
Abuso físico	35,56 (7,29)	0,53 (0,15)**	0,38 (0,17)*
Abuso sexual	1,30 (0,99)	0,28 (0,39)	-0,01 (0,41)
Negligência	17,42 (5,72)	0,28 (0,20)	-0,05 (0,22)
Morte parental	12,35 (4,73)	-0,11 (0,18)	-0,13 (0,19)
Divórcio parental	12,26 (5,54)	0,07 (0,24)	-0,03 (0,26)
Outra perda parental	15,88 (5,62)	0,39 (0,20)	0,33 (0,22)
Psicopatologia parental	28,69 (6,79)	0,53 (0,17)**	0,43 (0,18)*
TUS parental	14,35 (5,24)	0,20 (0,20)	-0,12 (0,21)
Criminalidade parental	11,72 (4,83)	0,59 (0,23)*	0,42 (0,26)
Violência familiar	26,52 (6,16)	0,44 (0,16)**	0,19 (0,17)
Doença física	4,54 (2,95)	0,53 (0,39)	0,40 (0,41)
Adversidade econômica	1,41 (1,10)	0,16 (0,39)	0,15 (0,43)
Alguma adversidade	71,81 (9,01)	0,38 (0,19)*	
Número de adversidades			
0	28,19 (9,01)	Baseline	
1	20,23 (7,24)	0,10 (0,22)	
2	19,05 (7,10)	0,41 (0,27)	
3 ou mais	32,53 (7,25)	0,72 (0,21)***	
Número de adversidades (contínuo)		0,18 (0,05)***	

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e demais adversidades; EP: erro padrão; Coeficiente: coeficiente de regressão probit; TUS: transtorno por uso de substâncias; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A probabilidade de apresentar o TP do Grupo B foi diretamente relacionada ao número de adversidades a que o indivíduo foi exposto em sua infância, respeitando um gradiente dose-resposta. Na ausência de adversidades, a probabilidade foi de 1,4%, aumentando para 4,9% entre os expostos a três adversidades e atingindo 22,4% entre os que foram expostos a oito mais AIs (Figura 26).

A exposição a adversidades na infância também foi frequente entre os portadores de transtorno da personalidade do Grupo C: 70% foram expostos a alguma adversidade, sendo que 29,2% relataram três ou mais eventos (Figura 27).

Figura 26 - Probabilidades de ocorrência de transtorno de personalidade do Grupo B de acordo com o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Figura 27 - Prevalência de exposição a adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo C na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

As adversidades mais comuns foram abuso físico (34,1%), psicopatologia parental (26,0%) e violência familiar (24,0%), enquanto que as menos frequentes foram adversidade econômica (4,3%), doença física (3,6%) e abuso sexual (1,8%) (Figura 28).

Figura 28 - Prevalência de exposição a diferentes categorias de adversidades na infância entre adultos portadores de transtornos da personalidade do Grupo C na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

De acordo com a tabela 22, independentemente de gênero ou idade, a exposição a alguma adversidade na infância predispe a ocorrência de TP do Grupo C na vida adulta ($b = 0,3$). Observa-se que a relação entre o número de adversidades e a ocorrência do desfecho respeitou um gradiente dose-resposta, variando da ausência de efeito significativo em quem foi exposto a apenas uma adversidade, a uma associação progressivamente mais forte entre aqueles que foram expostos a duas e três ou mais adversidades ($b = 0,1$ [não significativo]; $0,41$; e $0,66$, respectivamente).

Também se observa que abuso físico ($b = 0,5$), psicopatologia parental ($b = 0,5$), violência familiar ($b = 0,5$) e adversidade econômica ($b = 0,9$) aumentam a ocorrência de TP do Grupo C.

Após o ajuste de todas as adversidades, gênero e idade, apenas abuso físico ($b = 0,3$) e psicopatologia parental ($b = 0,4$) permaneceram como preditores significativos (Tabela 22).

Tabela 22 - Proporção e associação entre relatos de adversidades na infância e transtornos da personalidade do *Cluster C* entre adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Adversidades na infância	Transtorno da personalidade do Grupo C		
	% (EP)	Modelo 1	Modelo 2
		b (EP)	b (EP)
Abuso físico	34,11 (5,63)	0,49 (0,13)***	0,33 (0,15)*
Abuso sexual	1,78 (1,20)	0,53 (0,42)	0,21 (0,45)
Negligência	20,38 (6,62)	0,34 (0,19)	0,04 (0,21)
Morte parental	14,81 (4,32)	-0,07 (0,16)	-0,14 (0,17)
Divórcio parental	11,04 (3,92)	0,14 (0,20)	-0,01 (0,22)
Outra perda parental	14,39 (4,56)	0,31 (0,16)	0,22 (0,17)
Psicopatologia parental	26,02 (5,12)	0,52 (0,14)***	0,44 (0,14)**
TUS parental	10,13 (3,33)	0,02 (0,18)	-0,30 (0,21)
Criminalidade parental	7,15 (2,95)	0,41 (0,24)	0,26 (0,26)
Violência familiar	24,00 (5,47)	0,47 (0,16)**	0,27 (0,18)
Doença física	3,61 (1,9)	0,48 (0,35)	0,34 (0,37)
Adversidade econômica	4,30 (2,37)	0,86 (0,39)*	0,84 (0,43)
Alguma adversidade	70,00 (5,95)	0,34 (0,12)**	
Número de adversidades			
0	30,00 (5,95)	Baseline	
1	21,28 (5,61)	0,08 (0,17)	
2	19,53 (4,80)	0,41 (0,18)*	
3 ou mais	29,19 (5,93)	0,66 (0,15)***	
Número de adversidades (contínuo)		0,17 (0,04)***	

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e demais adversidades; EP: erro padrão; Coeficiente: coeficiente de regressão probit; TUS: transtorno por uso de substâncias; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A partir da estimativa das probabilidades previstas, pode-se observar o efeito cumulativo da exposição às adversidades na infância sobre a ocorrência de TP do Grupo C: quanto maior a exposição, maior foi a probabilidade.

Figura 29 - Probabilidades de ocorrência de transtorno de personalidade do Grupo C de acordo com o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

A partir da observação da figura 30, verifica-se que apenas pouco mais que um terço (36,6%) dos portadores de algum TP não relataram adversidades na infância. Inclusive, foi alta a prevalência da exposição a duas ou mais adversidades: 40,76%

Figura 30 - Prevalência da exposição a adversidades na infância entre adultos portadores de algum transtorno da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

As adversidades mais comuns nesse grupo foram abuso físico (26,3%), violência familiar (23,6%) e psicopatologia parental (20,5%), e as menos comuns, doença física (3,5%), adversidade econômica (3,4%) e abuso sexual (1,4%) (Figura 31).

Figura 31 - Prevalência de exposição a diferentes categorias de adversidades na infância entre adultos portadores de algum transtorno da personalidade na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

O grupo dos que sofreram alguma adversidade na infância tiveram um aumento significativo na ocorrência de algum transtorno da personalidade, mesmo após o ajuste de idade e sexo ($b = 0,26$). Esse efeito foi ainda maior entre os expostos a três ou mais adversidades ($b = 0,6$). Abuso físico ($b = 0,4$), psicopatologia parental ($b = 0,4$), violência familiar ($b = 0,5$) e adversidade econômica ($b = 0,8$) estão significativamente associados a aumento na ocorrência de TP do Cluster A. Entretanto, após o ajuste de todas as adversidades entre si, além de idade e gênero, nenhum preditor permaneceu significativo (Tabela 23).

Tabela 23. Proporção e associação entre relatos de adversidades na infância e algum transtorno da personalidade entre adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Adversidades na infância	Algum transtorno da personalidade		
	% (EP)	Modelo 1	Modelo 2
		b (EP)	b (EP)
Abuso físico	26,31 (4,43)	0,39 (0,13)**	0,20 (0,15)
Abuso sexual	1,36 (0,97)	0,47 (0,47)	0,20 (0,50)
Negligência	16,49 (3,76)	0,32 (0,17)	0,07 (0,18)
Morte parental	14,27 (4,17)	-0,05 (0,16)	-0,09 (0,17)
Divórcio parental	11,79 (3,79)	0,12 (0,21)	-0,01 (0,25)
Outra perda parental	10,94 (3,13)	0,25 (0,18)	0,15 (0,19)
Psicopatologia parental	20,50 (4,61)	0,42 (0,17)*	0,30 (0,16)
TUS parental	11,60 (3,33)	0,14 (0,17)	-0,13 (0,20)
Criminalidade parental	7,23 (3,01)	0,44 (0,26)	0,26 (0,29)
Violência familiar	23,56 (4,35)	0,50 (0,14)***	0,33 (0,17)
Doença física	3,54 (1,79)	0,43 (0,37)	0,35 (0,40)
Adversidade econômica	3,35 (1,65)	0,78 (0,36)*	0,73 (0,40)
Alguma adversidade	63,34 (6,47)	0,26 (0,13)*	
Número de adversidades			
0	36,66 (6,47)	Baseline	
1	22,58 (4,70)	0,05 (0,16)	
2	15,75 (4,37)	0,29 (0,20)	
3 ou mais	25,01 (4,36)	0,61 (0,15)***	
Número de adversidades (contínuo)		0,16 (0,04)***	

NOTA: Modelo 1: ajustado para gênero e idade; Modelo 2: ajustado para gênero, idade e demais adversidades; EP: erro padrão; Coeficiente: coeficiente de regressão probit; TUS: transtorno por uso de substâncias; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Analisando as probabilidades preditas a partir dos parâmetros da regressão probit, verificamos que a probabilidade de desenvolver algum TB aumenta progressivamente com o número de exposições a AIs, reiterando o seu efeito cumulativo (Figura 32).

Figura 32 - Probabilidades de ocorrência de algum transtorno da personalidade de acordo com o número de adversidades na infância relatadas por adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

5.3.4. Análises de mediação

Antes de apresentar os resultados, cumpre reiterar que todos os modelos foram ajustados para gênero e idade. Vale também ressaltar que serão apresentados apenas os coeficientes padronizados a fim de facilitar a comparação dos resultados, obtidos com variáveis de diferentes grandezas.

De acordo com o diagrama de caminhos apresentado na figura 33, a exposição a alguma adversidade na infância não teve um efeito direto estatisticamente significativo sobre a ocorrência de transtorno da personalidade do Grupo A. Entretanto, o relato de adversidade estava associado a um aumento do afeto negativo, e este predissem significativamente a ocorrência de TP do *Cluster A*.

NOTA: Análise de mediação realizada através de modelagem de equações estruturais. A direção da seta indica a direção do efeito entre as variáveis. Linhas cheias representam associações estatisticamente significativas, enquanto que as tracejadas, associações não significativas. Os modelos foram ajustados por idade e sexo, cujos retângulos e setas encontram-se em cinza. Os coeficientes estão padronizados.

TP: transtorno de personalidade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figura 33 - Diagrama de caminhos da associação entre exposição a alguma adversidade na infância e transtorno da personalidade do Grupo A na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Portanto, como demonstrado na tabela 24 (disposta ao final dessa seção, após a apresentação de todos os modelos de mediação por MEE), apenas o efeito indireto via afeto negativo foi estatisticamente significativo (b padronizado = 0,06; $p < 0,01$). Do efeito total (0,30) de alguma AI sobre o TP do Grupo A, 20% foi mediado pelo aumento do afeto negativo, caracterizando uma mediação parcial.

Em relação ao efeito do número de adversidades sofridas na infância (Figura 34; Tabela 24), observa-se que teve um efeito total significativo sobre o TP do Grupo A, ou seja, a exposição cumulativa a um número crescente de adversidades foi associada a um aumento da sua ocorrência (b padronizado: 0,20; $p < 0,01$). A maior parte do seu efeito foi direta (b padronizado: 0,16; $p < 0,01$), enquanto que uma parte menor (b padronizado: 0,04; $p < 0,01$) foi indireta: para cada adversidade adicional à qual o indivíduo foi exposto, ocorreu um aumento de 0,04 desvios padrão no afeto negativo. O aumento no afeto negativo, por sua vez, está associado a um aumento na ocorrência de TP do *Cluster A*.

Em suma, do efeito total de 0,20 do número de adversidades sobre TP do Grupo A, 80% foi direto e 20% foi mediado pelo aumento do afeto negativo.

NOTA: análise de mediação realizada através de modelagem de equações estruturais. A direção da seta indica a direção do efeito entre as variáveis. Linhas cheias representam associações estatisticamente significativas, enquanto que as tracejadas, associações não significativas. Os modelos foram ajustados por idade e sexo, cujos retângulos e setas encontram-se em cinza. Os coeficientes estão padronizados.

TP: transtorno de personalidade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figura 34 - Diagrama de caminhos da associação entre número de adversidades na infância e transtorno da personalidade do Grupo A na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2005 - 2007 (N = 2 942)

O relato de alguma adversidade na infância tem um efeito total significativo sobre o transtorno da personalidade do Grupo B, aumentando a sua ocorrência (b padronizado: 0,38; $p < 0,05$) (Tabela 24; Figura 35). Entretanto, o seu efeito direto não foi estatisticamente significativo. Mas foi significativo o efeito indireto da adversidade através de um aumento do afeto negativo, demonstrando uma mediação parcial (b padronizado: 0,06; $p < 0,01$). Esse efeito indireto correspondeu a 15,79% do efeito total.

NOTA: Análise de mediação realizada através de modelagem de equações estruturais. A direção da seta indica a direção do efeito entre as variáveis. Linhas cheias representam associações estatisticamente significativas, enquanto que as tracejadas, associações não significativas. Os modelos foram ajustados por idade e sexo, cujos retângulos e setas encontram-se em cinza. Os coeficientes estão padronizados.

TP: transtorno de personalidade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figura 35 - Diagrama de caminhos da associação entre exposição a alguma adversidade na infância e transtorno da personalidade do Grupo B na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, 2005 a 2007 (N = 2 942)

O mesmo pode ser observado sobre a influência do número de adversidades na infância. Houve um efeito total significativo sobre a ocorrência de TP do Grupo B (b padronizado: 0,17; $p < 0,001$), mas o efeito direto não foi significativo. Por outro lado, a cada aumento no número de adversidades às quais os sujeitos foram expostos, houve um aumento correspondente no afeto negativo, associado a um aumento na ocorrência de TP do Grupo B (b padronizado: 0,04; $p < 0,01$). Esse efeito indireto através do aumento do afeto negativo correspondeu a 25,53% do efeito total do número de adversidades sobre a ocorrência de TP do Grupo B (Tabela 24; Figura 36).

NOTA: Análise de mediação realizada através de modelagem de equações estruturais. A direção da seta indica a direção do efeito entre as variáveis. Linhas cheias representam associações estatisticamente significativas, enquanto que as tracejadas, associações não significativas. Os modelos foram ajustados por idade e sexo, cujos retângulos e setas encontram-se em cinza. Os coeficientes estão padronizados.

TP: transtorno de personalidade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figura 36 - Diagrama de caminhos da associação entre número de adversidades na infância e transtorno da personalidade do Grupo B na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2005 - 2007 (N = 2 942)

A exposição a alguma adversidade está diretamente associada à ocorrência de transtorno da personalidade do Grupo C na idade adulta (b padronizado: 0,24; $p < 0,05$) (Figura 38).

O seu efeito total sobre esse transtorno, entretanto, é ainda maior (b padronizado: 0,33; $p < 0,01$), como verificado na tabela 24. Parte desse efeito é mediado pelo afeto negativo (b padronizado: 0,07; $p < 0,001$).

Em suma, do efeito total da exposição a alguma adversidade sobre a ocorrência de TP do Grupo C na idade adulta, 72,73% foi direto, e 21,21% foi mediado por um aumento do afeto negativo.

NOTA: Análise de mediação realizada através de modelagem de equações estruturais. A direção da seta indica a direção do efeito entre as variáveis. Linhas cheias representam associações estatisticamente significativas, enquanto que as tracejadas, associações não significativas. Os modelos foram ajustados por idade e sexo, cujos retângulos e setas encontram-se em cinza. Os coeficientes estão padronizados.

TP: transtorno de personalidade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figura 37 - Diagrama de caminhos da associação entre exposição a alguma adversidade na infância e transtorno da personalidade do Cluster C na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo – 2005 a 2007 (N = 2 942)

Em relação ao número de adversidades às quais os sujeitos foram expostos na infância, há um efeito total significativo: quanto maior o número de adversidades, maior a ocorrência de TP do Grupo B (b padronizado: 0,22; $p < 0,001$). A maior parte desse efeito (72,73%) foi direto (b padronizado: 0,16; $p < 0,001$), e parte (22,73%) foi mediada pelo aumento do afeto negativo (b padronizado: 0,05; $p < 0,001$) (Figura 38).

Vale ressaltar que a exposição a alguma adversidade, assim como o número de adversidades estão significativamente associados a redução do afeto positivo. Já o afeto positivo, está significativamente associado a menor ocorrência de TP do Grupo C. Mas, apesar de ambos os caminhos serem estatisticamente significativos isoladamente, o efeito

da adversidade sobre o TP pela via do afeto positivo não conseguiu atingir significância estatística (Tabela 24).

NOTA: Análise de mediação realizada através de modelagem de equações estruturais. A direção da seta indica a direção do efeito entre as variáveis. Linhas cheias representam associações estatisticamente significativas, enquanto que as tracejadas, associações não significativas. Os modelos foram ajustados por idade e sexo, cujos retângulos e setas encontram-se em cinza. Os coeficientes estão padronizados.

TP: transtorno de personalidade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figura 38 - Diagrama de caminhos da associação entre número de adversidades na infância e transtorno da personalidade do Grupo C na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, 2005 a 2007 (N = 2 942)

A exposição a alguma adversidade na infância teve um efeito total positivo sobre a ocorrência de algum transtorno da personalidade na idade adulta (b padronizado: 0,26; $p < 0,05$). Entretanto, o efeito direto não apresentou significância estatística. Já o efeito indireto mediado pelo aumento do afeto negativo foi significativo (b padronizado: 0,08; $p < 0,001$) e correspondeu a 26,92% do efeito total (Tabela 24; Figura 39).

NOTA: Análise de mediação realizada através de modelagem de equações estruturais. A direção da seta indica a direção do efeito entre as variáveis. Linhas cheias representam associações estatisticamente significativas, enquanto que as tracejadas, associações não significativas. Os modelos foram ajustados por idade e sexo, cujos retângulos e setas encontram-se em cinza. Os coeficientes estão padronizados.

TP: transtorno de personalidade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figura 39 - Diagrama de caminhos da associação entre exposição a alguma adversidade na infância e algum transtorno da personalidade na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, 2005 a 2007 (N = 2 942)

Já o número de adversidades na infância esteve diretamente associado à ocorrência de algum transtorno da personalidade na idade adulta (b padronizado: 0,15; $p < 0,01$) (Figura 40).

O seu efeito total foi significativo (b padronizado: 0,20; $p < 0,001$), como demonstra a tabela 24, e corresponde a 75% do efeito total do número de adversidades. Parte do efeito total também foi mediada pelo afeto negativo: para cada adversidade adicional a que o indivíduo foi exposto, houve um aumento no afeto negativo (b padronizado: 0,15; $p < 0,01$), o qual está associado a um aumento da ocorrência de algum transtorno da personalidade (b padronizado do efeito indireto mediado pelo afeto negativo: 0,05; $p < 0,001$) O efeito mediado pelo afeto negativo correspondeu a 25% do efeito total.

NOTA: Análise de mediação realizada através de modelagem de equações estruturais. A direção da seta indica a direção do efeito entre as variáveis. Linhas cheias representam associações estatisticamente significativas, enquanto que as tracejadas, associações não significativas. Os modelos foram ajustados por idade e sexo, cujos retângulos e setas encontram-se em cinza. Os coeficientes estão padronizados.

TP: transtorno de personalidade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figura 40 - Diagrama de caminhos da associação entre número de adversidades na infância e algum transtorno da personalidade na idade adulta, mediada por dimensões de afeto negativo e afeto positivo. Região Metropolitana de São Paulo, 2005 a 2007 (N = 2 942)

Tabela 24 - Efeitos de adversidades na infância sobre transtornos da personalidade em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, 2005-2007 (N = 2 942)

	TP do <i>Cluster A</i>	TP do <i>Cluster B</i>	TP do <i>Cluster C</i>	Algum TP
	Coeficiente (EP)	Coeficiente (EP)	Coeficiente (EP)	Coeficiente (EP)
Efeitos de alguma adversidade na infância				
Direto	0,24 (0,16)	0,31 (0,16)	0,24 (0,11)*	0,18 (0,12)
Indireto	0,06 (0,02)*	0,07 (0,02)**	0,09 (0,02)***	0,08 (0,02)***
Via afeto negativo	0,06 (0,02)**	0,06 (0,02)**	0,07 (0,02)***	0,07 (0,02)**
Via afeto positivo	0,00 (0,01)	0,01 (0,01)	0,02 (0,01)	0,01 (0,01)
Total	0,30 (0,17)	0,38 (0,17)*	0,33 (0,12)**	0,26 (0,12)*
Medidas de ajuste				
χ^2 ; graus de liberdade	0,113; 1 gl	0,113; 1 gl	0,113; 1 gl	0,113; 1 gl
RMSEA	0,00	0,00	0,00	0,00
CFI	1,00	1,00	1,00	1,00
TLI	1,00	1,00	1,00	1,00
Efeitos do número de adversidades na infância				
Direto	0,16 (0,05)**	0,13	0,16 (0,04)***	0,15 (0,05)**
Indireto	0,04 (0,01)**	0,04 (0,01)***	0,06 (0,01)***	0,05 (0,01)***
Via afeto negativo	0,04 (0,01)**	0,04 (0,01)***	0,05 (0,01)***	0,05 (0,01)***
Via afeto positivo	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,01 (0,00)	0,00 (0,00)
Total	0,20 (0,06)**	0,17 (0,04)***	0,22 (0,04)***	0,20 (0,05)***
Medidas de ajuste				
χ^2 ; graus de liberdade	0,085; 1 gl	0,115; 1 gl	0,110; 1 gl	0,123; 1 gl
RMSEA	0,00	0,00	0,00	0,00
CFI	1,00	1,00	1,00	1,00
TLI	1,00	1,00	1,00	1,00

NOTA: Coeficientes de regressão probit padronizados e ajustados para sexo e idade; EP: erro padrão; RMSEA: raiz do erro quadrático médio de aproximação; CFI: índice de ajuste comparativo; TLI: índice de Tucker-Lewis; gl: graus de liberdade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou uma elevada prevalência de adversidades infantis relatadas pelos adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo. De acordo com as estimativas, 53,6% dos adultos relataram tais experiências e também foi a elevada a proporção dos que foram expostos a múltiplas adversidades. Esses dados, quando contrastados com a literatura mundial, sugerem uma prevalência aumentada de adversidades precoces em nosso meio, mesmo quando comparamos as nossas estimativas com aquelas de países em guerra³⁸. Nossas estimativas também se mostram elevadas se comparadas a outros países participantes do consórcio *World Mental Health* e que utilizaram a mesma metodologia de amostragem, coleta e tratamento de dados. Na análise transnacional feito pelo consórcio sobre adversidades na infância, as estimativas encontradas foram aquém das observadas pelo São Paulo Megacity: 38,4% em países de renda alta, 38,9% em países de renda média alta e 39,1% em países de baixa renda. De todos os países participantes do consórcio, os únicos que tiveram estimativas parecidas às de São Paulo foram o México (54,5%)³⁶, e os Estados Unidos (53,4%)³⁵.

Diversos estudos já haviam indicado os efeitos deletérios das adversidades infantis sobre a saúde em geral, assim como sobre a saúde mental e, nos últimos anos, tem aumentado o interesse pelo seu impacto sobre o desenvolvimento da personalidade.

Esse estudo teve por objetivo ajudar a esclarecer um dos possíveis mecanismos para essa associação, ou seja, o seu impacto sobre as dimensões da vida emocional e afetiva dos sujeitos em formação, o que poderia trazer efeitos deletérios sobre a estrutura e a dinâmica da personalidade.

Como demonstrado pelos dados, as adversidades tiveram um efeito sobre o traço de afeto positivo, reduzindo os seus escores, mas, fundamentalmente, o seu maior impacto sobre a vida emocional foi no aumento significativo e cumulativo sobre o aumento da afetividade negativa.

Para testar a hipótese de que essa poderia ser uma via de mediação entre as adversidades na infância e a ocorrência de transtornos da personalidade na vida adulta, foram utilizados modelos de equações estruturais. Esses modelos demonstraram que essa relação é parcialmente mediada por aumento do traço de afetividade negativa, mas não de afetividade positiva. Isso traz importantes implicações não apenas para a pesquisa etiológica na área, mas principalmente às estratégias voltadas para minorar o impacto das

adversidades. Muito possivelmente, estratégias focadas em aumentar os escores de afeto positivo dos expostos a adversidades na infância não seriam tão eficazes na prevenção da patologia da personalidade. A partir dos achados desse estudo, sugere-se que as estratégias voltadas para a regulação emocional e redução do afeto negativo seriam mais apropriadas com o intuito de prevenir ou, ao mesmo, amenizar a manifestação da patologia da personalidade.

Como observado neste estudo, os transtornos da personalidade são comuns na Grande São Paulo. Eles afetam 6,77% dos adultos, com uma predominância do Grupo C. Estão significativamente associados a outros transtornos mentais e predizem comprometimento funcional, especialmente na cognição e nos domínios de interação social. Esses sujeitos têm uma chance aumentada de receber tratamento para problemas emocionais e por uso de substâncias, mas as associações se tornaram amplamente não significativas quando ajustadas para outros transtornos mentais.

6.1. Prevalência

As estimativas de prevalência de TPs na Grande São Paulo estão dentro dos intervalos encontrados em pesquisas epidemiológicas anteriores para qualquer TP (6,77% versus 4,4-13,4%); Grupo A (4,33% vs. 1,6-5,7%); Grupo B (2,73% vs. 1,2-5,5%); e Grupo C (4,62% vs. 2,3-9,4%)⁸⁶⁻⁹². Como visto, as estimativas variam acentuadamente de um estudo para outro, e isso pode ser devido a variações aleatórias, diferenças interculturais ou metodológicas.

Para permitir comparações transcultural mais claras, os países que participaram da WMH adotaram métodos semelhantes de amostragem, coleta de dados e métodos estatísticos. Uma análise transnacional, incluindo países de baixa, média e alta renda de diferentes regiões da OMS, estimou a prevalência de qualquer TP em 6,1%. Os transtornos do Grupo A predominaram (3,6%), seguidos pelos Grupos C (2,7%) e B (1,5%)⁹³. Uma vez que o São Paulo Megacity participa desse consórcio, nossas estimativas podem ser comparadas diretamente com essas descobertas. Embora a prevalência de qualquer TP em nosso estudo tenha sido bastante semelhante à média transnacional (6,77% vs. 6,1%), os grupos específicos apresentaram padrões diferentes. A prevalência do Grupo A em São Paulo (4,33%) foi maior do que a média geral no WMH (3,6%), mas menor do que outros países da América Latina (5,3% na Colômbia e

4,6% no México). Por outro lado, a prevalência dos Grupos B e C em nosso estudo foi maior do que todos os outros locais do WMH.

6.2. Correlatos sociodemográficos

Reconhecer correlatos sociodemográficos pode ajudar a identificar aqueles com maior risco de TPs e ajudar a delinear intervenções adequadas. Também pode esclarecer possíveis mecanismos causais e ajudar a avançar a compreensão fisiopatológica.

Em nosso estudo, os homens tiveram maior chance de apresentar TP e, mais especificamente, um diagnóstico de Grupo A, o que é consistente com a literatura^{87-89, 92, 93}. Outros autores observaram uma associação entre ser homem com os Grupos B^{87, 89} e C⁹³. Alguns estudos, no entanto, não observaram tais diferenças de gênero^{86, 90}.

Também encontramos uma associação entre o Grupo C e menor nível de escolaridade, e isto possivelmente reflete o impacto negativo de traços ansiosos e temerosos sobre a educação.

Não observamos diferenças significativas quanto à idade, renda, situação conjugal ou emprego. Estudos anteriores mostraram que os TPs, especialmente o Grupo B, são mais comuns nos jovens^{86, 87, 89}. Da mesma forma, a literatura indica que os TPs são mais prevalentes entre os separados, divorciados ou nunca casados, bem como os desempregados e aqueles com menores rendimentos¹⁴⁵.

6.3. Associação com estressores urbanos

A urbanidade não mostrou influenciar significativamente a ocorrência de TPs. A migração também não foi um preditor significativo, embora alguns autores sugiram que os migrantes estão em maior risco¹⁴⁶. Esta perspectiva não é consensual, no entanto, e alguns estudos indicam uma menor prevalência de TPs em imigrantes admitidos em serviços de emergência psiquiátrica em países desenvolvidos¹⁴⁷⁻¹⁴⁹. Ainda assim, qualquer conclusão sólida não pode ser extraída dessas amostras clínicas, uma vez que imigrantes e nativos podem ter probabilidades diferenciais de procurar serviços de saúde mental.

Viver em bairros socialmente privados também não teve qualquer impacto na patologia da personalidade. Isso pode ser o resultado do projeto SPMHS, que avaliou apenas a residência atual, e não o efeito da privação social ao longo da vida.

De todos os estressores urbanos investigados, apenas a exposição cumulativa à violência foi associada a transtornos de personalidade. A violência é endêmica na Megacidade de São Paulo ¹⁵⁰, e a criminalidade repetitiva pode alterar mecanismos neurobiológicos, psicológicos, interpessoais e sociais associados ao funcionamento normal da personalidade. Uma vez que este é um estudo transversal, não se pode excluir a possibilidade de causalidade reversa, ou seja, indivíduos com TPs podem estar mais expostos à violência do que aqueles sem patologia de personalidade.

6.4. Coocorrência

Os transtornos da personalidade foram altamente coincidentes com outros distúrbios mentais. As associações foram especialmente fortes para o Grupo B e respeitaram um gradiente dose-resposta.

Investigar a comorbidade psiquiátrica é uma reflexão sobre a própria natureza da psicopatologia e das taxonomias atuais. Por que a personalidade e transtornos mentais ocorrem de forma conjunta? Diversos modelos foram propostos, como o patoplástico (um pode influenciar o início ou apresentação do outro); o espectro (eles podem compartilhar uma etiologia comum); e o modelo causal (um pode ter um papel causal na etiologia do outro) ¹⁵¹. Testar esses modelos está além do escopo deste estudo, mas algumas iniciativas têm tentado esclarecer esses mecanismos. Uma delas é o HiTOP, *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*, que visa explorar a estrutura dos transtornos mentais por meio de medidas dimensionais de psicopatologia ¹⁵².

Para além das considerações etiológicas e taxonômicas, um aspecto importante em relação à coocorrência é o seu impacto clínico, com reflexos sobre o funcionamento e o uso de serviços de saúde.

6.5. Comprometimento funcional

Os TPs foram associados a comprometimento funcional significativo. Estas são condições crônicas que, mesmo quando não comórbidas, têm efeitos negativos no funcionamento. Curiosamente, a patologia de personalidade "pura" pode ser ainda mais prejudicial do que outros distúrbios mentais. O Grupo C "puro", por exemplo, foi mais fortemente associado ao comprometimento global do que outros transtornos mentais. Esses resultados levantam a questão porque os conhecidos como “transtornos do Eixo I” ainda recebem mais atenção que a patologia da personalidade.

6.6. Tratamento

A falta de tratamento dos transtornos mentais também é uma realidade comum na Região Metropolitana de São Paulo¹⁴. Isto é especialmente verdadeiro para a patologia da personalidade, já que apenas um em cada cinco casos recebeu tratamento no ano anterior. Com exceção do Grupo C, os TPs "puros" permaneceram em grande parte sem tratamento, apesar do comprometimento funcional direto. Várias barreiras podem explicar esta situação, e possivelmente as primárias são a falta de conhecimento, o não reconhecimento e o estigma. Os transtornos de personalidade são frequentemente egossintônicos¹⁵³ e muitas pessoas desconhecem seus próprios traços patológicos^{154, 155}. Em relação às famílias, o mal-entendido e a desinformação são frequentes mesmo entre parentes de pacientes diagnosticados¹⁵⁶.

Mesmo depois de superar essas barreiras iniciais, os sujeitos enfrentam obstáculos adicionais no sistema de saúde. O acesso ao tratamento é desigual, os recursos no sistema público de saúde são insuficientes e mal alocados, os profissionais de Medicina geral não são adequadamente treinados em saúde mental, a provisão de cuidados especializados é limitada e os serviços não estão adequadamente integrados¹⁵⁷⁻¹⁵⁹. O estigma contra os transtornos da personalidade também é um fenômeno comum entre os prestadores de cuidados de saúde. A avaliação dos TPs é muitas vezes considerada como demorada, difícil e não baseada em critérios específicos, e esses pacientes são frequentemente rotulados como difíceis, não aderentes e refratários^{160, 161}. Em nosso estudo, o tratamento foi predominantemente associado aos casos comórbidos, ao invés dos "puros". Isso pode ser o resultado de um maior reconhecimento e menos estigma contra o chamado "Eixo I". A comorbidade também pode resultar em maior gravidade clínica e, assim, aumento da busca e recebimento de tratamento. Destaca-se que o Grupo C permaneceu significativamente associado ao tratamento após ajuste de outros distúrbios mentais. Em comparação com outros Grupos, esses indivíduos podem ser mais autoconscientes e perspicazes, menos negativos e mais propensos a adotar comportamentos relacionados à saúde. Embora o Grupo B seja tradicionalmente considerado como o grupo mais problemático de TPs, uma característica central é a sua tendência errática e impulsiva, o que pode limitar seu acesso ao tratamento. E os indivíduos do Grupo A, por suas características excêntricas e de isolamento, podem ter menos percepção e evitar mais o tratamento.

6.7. Limitações

Estes resultados devem ser considerados tendo em mente algumas limitações potenciais. As adversidades na infância são vivências traumáticas e permeadas por estigma e preconceito. Os respondentes podem ter evitado falar sobre essas experiências pelo medo de serem julgados ou mesmo por se sentirem desconfortáveis de falar sobre essas experiências que, muitas vezes, acontecem no ambiente familiar. Uma outra possibilidade a se considerar é a causalidade reversa: indivíduos com TPs podem, eventualmente, ter mais lembrança de experiências que para outras pessoas eventualmente não soaram tão graves.

Além disso, os diagnósticos de TPs foram gerados a partir de perguntas de triagem do IPDE usando equações derivadas da amostra de reavaliação clínica dos EUA. Embora a precisão do procedimento tenha sido considerada excelente, nenhum outro país do WMH utilizou e testou diretamente a IPDE.

Também, estudos empíricos sobre o modelo de três Grupos de TPs mostraram resultados contraditórios¹⁶²⁻¹⁶⁵.

Algumas preocupações também são levantadas pela natureza transversal de nossos dados, o que impede qualquer conclusão sobre direção de associações ou causalidade.

Apesar dessas limitações, este estudo pode oferecer algumas contribuições relevantes para o conhecimento científico, para as políticas de saúde pública e para a prática clínica.

Conforme indicado na introdução, pouco se sabe sobre os mecanismos envolvidos na associação entre adversidades na infância e patologia da personalidade na vida adulta. Em nosso estudo, verificamos que essa associação é parcialmente mediada por aumentos no traço de afetividade negativa, o que pode ser um objeto interessante para esforços de prevenção de TPs em expostos a adversidades na infância. Entretanto, a viabilidade e a eficácia de estratégias voltadas à regulação emocional nessa população ainda precisam ser verificadas por estudos de custo-efetividade.

Mais estudos também são necessários para aprofundar nosso conhecimento sobre a fisiopatogenia dos transtornos da personalidade. Um desenho ideal envolveria um acompanhamento longitudinal, com medidas seriadas da afetividade positiva e negativa, idealmente antes e depois da exposição às adversidades precoces. Assim ficariam mais claros os mecanismos mediadores e moderadores dessa relação. Também se sugere a

adoção de algum desenho sensível a fatores genéticos, como o estudo de gêmeos a fim de explorar as relações gene-ambiente nessa complexa rede de causas.

Outro ponto em que o nosso estudo pode contribuir é aumentar o conhecimento sobre a epidemiologia dos transtornos de personalidade no Brasil. Até onde se sabe, não há estudos com amostras representativas da nossa população. Além disso, é pouco estudada a epidemiologia dos TPs em países em desenvolvimento. Esses resultados podem ajudar a suprir essa lacuna.

Em nosso estudo, a violência foi associada a maiores chances de patologia da personalidade, mas outros estressores urbanos não foram preditores significativos. Provavelmente, a influência da vida urbana sobre a personalidade é um fenômeno mais refinado, explicado por fatores como a desintegração social¹¹, a falta de apoio social e de valores compartilhados, interferindo no funcionamento da família e no papel de suporte oferecido pela comunidade¹⁶⁶. Em 1975, Fischer afirmou que “as redes sociais são o tecido interno da estrutura social” e “o possível vínculo entre indivíduo e comunidade”¹⁶⁷. Estudos futuros sobre a associação da vida urbana e distúrbios de personalidade podem se beneficiar adotando como foco o impacto dos estressores urbanos na dinâmica das redes sociais em diferentes estágios de desenvolvimento. Isso poderia ser avaliado por métodos como a análise longitudinal de redes.

Em relação à saúde pública, este estudo deixou claro as necessidades não satisfeitas de indivíduos expostos a adversidades na infância, assim como dos portadores de TPs.

Os indivíduos de famílias sob maior risco podem ser beneficiados de estratégias governamentais voltadas à prevenção e ao reconhecimento precoce dos maus tratos infantis.

Aqueles que, porventura, já tenham sido expostos às adversidades poderiam se beneficiar de estratégias voltadas à regulação emocional com o objetivo de evitar os impactos de longo prazo das adversidades como os transtornos da personalidade, foco específico desse projeto.

Já os indivíduos que já têm um TP podem se beneficiar de intervenções educacionais direcionadas para diminuir o estigma e melhorar a identificação dos casos. Os serviços devem ser adequadamente estruturados para acomodar esses pacientes, e programas educacionais devem ser oferecidos não só para especialistas, mas também para médicos em geral.

Nossos dados também podem ser relevantes para a prática clínica. Os transtornos anteriormente conhecidos como do “Eixo I” foram o foco principal da atenção clínica nas últimas décadas. Este é provavelmente o resultado do estigma e crenças distorcidas sobre pacientes com TP como sendo difíceis, não aderentes, intratáveis e, quando não, fingidores. Estas são, de fato, condições clínicas complexas, às vezes mais prejudiciais do que outras doenças mentais. Com um melhor treinamento, no entanto, os profissionais da saúde podem começar a se sentir mais capacitados para entender, diagnosticar e tratar esses pacientes. Eles podem começar a decodificar o aparente “ser difícil” do paciente como um sintoma da sua desordem. Eles podem começar a se perguntar o que pode ter acontecido em suas vidas para que suas personalidades sejam dessa maneira. E então, eles podem finalmente se tornar capazes de se aproximar desses pacientes e manter uma boa relação terapêutica, o elemento mais importante no tratamento de transtornos da personalidade.

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

- A prevalência de AIs na população foi de 53,6%;
- As mulheres apresentaram maior exposição às AIs que os homens (59,0% vs. 47,6%);
- A coocorrência de ao menos duas adversidades num mesmo indivíduo foi de 48,4%, variando de 47,1%, para morte parental, a 95,2% para abuso sexual. A média de AIs num mesmo indivíduo (naqueles com mais de uma AI) foi de 2,9;
- A prevalência de quaisquer patologias da personalidade na população geral foi de 6,8%. Por grupo, a prevalência de transtornos do Grupo A foi de 4,3%, do Grupo B foi 2,7% e do Grupo C foi de 4,6%;
- O gênero masculino foi associado positivamente a quaisquer TPs e aos TP do Grupo A, enquanto que educação foi associada negativamente aos TP do Grupo C;
- Com relação ao impacto de estressores urbanos, o único associado aos TPs foi a exposição a múltiplos eventos traumáticos relacionados a crimes;
- Aproximadamente dois terços (63,4%) dos respondentes com TP apresentaram coocorrência com outros transtornos mentais. Essa prevalência variou de 54,0% no TP do Grupo A a 83,8% nos TP do Grupo B;
- A presença de TPs aumentou o risco de qualquer outro transtorno mental de quatro a dezesseis vezes, sendo que, no geral, os transtornos dos Grupos B e C conferiram um maior risco;
- Os TPs como grupo foram associados a comprometimento significativo no mês anterior de todos domínios funcionais testados. Algumas associações perderam força estatística após o ajuste de transtornos mentais comórbidos;
- A utilização de serviços de saúde pelos portadores de TPs ocorreu em apenas um quinto da amostra, sendo que apenas um em cada dez portadores frequentaram um psiquiatra nos últimos 12 meses;
- Com relação à associação entre transtornos de personalidade na vida adulta e exposição a adversidades na infância e adolescência:
 - Os transtornos de personalidade estavam positiva e significativamente associados a diferentes adversidades na infância;

- A força da associação era maior quanto maior fosse o número de eventos aos quais o sujeito havia sido exposto;
 - Essas associações permaneciam significativas independentemente do gênero e da idade dos sujeitos;
- Foi verificado que a associação entre relatos de adversidades na infância e patologia da personalidade na vida adulta é parcialmente mediada por um aumento dos escores do traço de afeto negativo, mas não a alterações do afeto positivo.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

1. Hall CS, Lindzey G, Campbell JB. Theories of personality. 4th ed. ed: John Wiley & Sons; 1997. 740- p.
2. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*. 1989;30(1):18-25.
3. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154(8):1101-6.
4. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, Khera GS. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Pers Disord*. 2000;14(3):264-73.
5. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(6):381-7.
6. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, Skodol AE, Grilo CM, Gunderson JG, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender DS, Rettew JB, McGlashan TH. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(8):510-8.
7. Johnson DM, Sheahan TC, Chard KM. Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with histories of childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus*. 2003;12(2):19-39.
8. Rettew DC, Zanarini MC, Yen S, Grilo CM, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Culhane MA, Gunderson JG. Childhood antecedents of avoidant personality disorder: A retrospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(9):1122-30.
9. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ. Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*. 2003;8(10):737-54.
10. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Pers Disord*. 2004;18(2):193-211.
11. Paris J. Psychosocial adversity. In: Livesley WJ, editor. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. 1st ed. New York: The Guilford Press; 2001. p. 231-41.
12. Samuels J. Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(3):223-33.

13. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):600-6.
14. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. Mental disorders in megacities: Findings from the sao paulo megacity mental health survey, brazil. *PLoS One*. 2012;7(2):e31879.
15. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the us national comorbidity survey. *Psychol Med*. 1997;27(5):1101-19.
16. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ace) study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
17. Fiddler M, Jackson J, Kapur N, Wells A, Creed F. Childhood adversity and frequent medical consultations. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(5):367-77.
18. Rosenman S, Rodgers B. Childhood adversity in an australian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(9):695-702.
19. Brodsky BS, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *The Psychiatric clinics of North America*. 2008;31(2):223-35.
20. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication ii: Associations with persistence of dsm-iv disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(2):124-32.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Adverse childhood experiences reported by adults - five states, 2009. *MMWR*. 2010;59(49):1609-13.
22. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. In: Lanius RAV, E.; Pain, C., editor. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. 1st ed. New York: Cambridge University Press; 2010. p. 334.
23. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication i: Associations with first onset of dsm-iv disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(2):113-23.
24. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *J Psychiatr Res*. 2010;44(11):732-40.
25. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, Karam EG, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Horiguchi I, Hu C, Kovess V, Levinson D, Posada-Villa J, Sagar R, Scott K, Tsang A, Vassilev SM, Williams DR, Nock MK. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;197(1):20-7.
26. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Aguilar-Gaxiola S, Alhamzawi AO, Alonso J, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, Chatterji S, de Girolamo G, Demyttenaere K, Fayyad J, Florescu S, Gal G, Gureje O, Haro

- JM, Hu C-Y, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lépine J-P, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R, Tsang A, Ustün TB, Vassilev S, Viana MC, Williams DR. Childhood adversities and adult psychopathology in the who world mental health surveys. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197(5):378-85.
27. Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: A systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2011;24(4):223-36.
 28. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2012;9(11):e1001349-e.
 29. Santana GL, Coelho BM, Borges G, Viana MC, Wang YP, Andrade LH. The influence of parental psychopathology on offspring suicidal behavior across the lifespan. *PLoS One*. 2015;10(7):e0134970.
 30. Coelho BM, Andrade LH, Borges G, Santana GL, Viana MC, Wang YP. Do childhood adversities predict suicidality? Findings from the general population of the metropolitan area of sao paulo, brazil. *PLoS One*. 2016;11(5):e0155639.
 31. Pinheiro PS. World report on violence against children. New York; 2006.
 32. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the us national comorbidity survey. *Psychological Medicine*. 1997;27(5):1101-19.
 33. Rosenman S, Rodgers B. Childhood adversity in an australian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004;39(9):695-702.
 34. Pirkola S, Isometsä E, Aro H, Kestilä L, Härmäläinen J, Veijola J, Kiviruusu O, Lönnqvist J. Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders: Results from the health 2000 study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005;40(10):769-77.
 35. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication i: Associations with first onset of dsm-iv disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(2):113-23.
 36. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*. 2010;44(11):732-40.
 37. Lee S, Guo WJ, Tsang A, He YL, Huang YQ, Zhang MY, Liu ZR, Shen YC, Kessler RC. The prevalence of family childhood adversities and their association with first onset of dsm-iv disorders in metropolitan china. *Psychol Med*. 2011;41(1):85-96.
 38. Itani L, Haddad YC, Fayyad J, Karam A, Karam E. Childhood adversities and traumata in lebanon: A national study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10:116-25.
 39. Livesley WJ. Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment. New York: The Guilford Press; 2001. 626 p.
 40. Allport GW. Personality: A psychological interpretation. London: Henry Holt; 1937. 588 p.
 41. Kagan J, Snidman NC. The long shadow of temperament: Belknap Press of Harvard University Press; 2009. 304 p.

42. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, Hinde RA, McCall RB. Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child development*. 1987;58(2):505-29.
43. Clark LA, Watson D. Temperament: An organizing paradigm for trait psychology. In: John OP, Robins RW, Pervin LA, editors. *Handbook of personality: Theory and research*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2008. p. 265-86.
44. McAdams DP, Pals JL. A new big five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*. 2006;61(3):204-17.
45. Rothbart MK, Bates JE. Temperament. In: Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of child psychology*. Vol. 3. 6th ed. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc; 2006. p. 99-166.
46. Caspi A, Shiner RL. Personality development. In: Damon W, Lerner R, editors. *Handbook of child psychology*. Vol. 3. 6th ed. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc; 2006. p. 300-65.
47. McCrae RR, Costa PT. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of personality and social psychology*. 1987;52(1):81-90.
48. Krueger RF, South S, Johnson W, Iacono W. The heritability of personality is not always 50%: Gene-environment interactions and correlations between personality and parenting. *J Pers*. 2008;76(6):1485-522.
49. Caspi A, Shiner R. Temperament and personality. In: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A, editors. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 5th ed. London: Blackwell Publishing; 2010. p. 182-98.
50. Diener E, Emmons RA. The independence of positive and negative affect. *J Pers Soc Psychol*. 1984;47(5):1105-17.
51. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull*. 1985;98(2):219-35.
52. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The panas scales. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(6):1063-70.
53. Costa PT, Jr., McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol*. 1980;38(4):668-78.
54. Warr P, Barter J, Brownbridge G. On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(3):644-51.
55. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull*. 1984;96(3):465-90.
56. Emmons RA, Diener E. Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1985;11(1):89-97.
57. Emmons RA, Diener E. Influence of impulsivity and sociability on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;50:1211-5.
58. Emmons RA, Diener E. An interactional approach to the study of personality and emotion. *Journal of Personality*. 1986;54(2):371-84.
59. Watson D, Clark LA. On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *J Pers*. 1992;60(2):441-76.

60. Baker LA, Cesa IL, Gatz M, Mellins C. Genetic and environmental influences on positive and negative affect: Support for a two-factor theory. *Psychol Aging*. 1992;7(1):158-63.
61. Denham SA, Lehman EB, Moser MH, Reeves SL. Continuity and change in emotional components of infant temperament. *Child Study Journal*. 1995;25(4):289-308.
62. Mathiesen KS, Tambs K. The eas temperament questionnaire--factor structure, age trends, reliability, and stability in a norwegian sample. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1999;40(3):431-9.
63. Rothbart MK, Ahadi Sa, Evans DE. Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000;78(1):122-35.
64. Gaertner BM, Spinrad TL, Eisenberg N. Focused attention in toddlers: Measurement, stability, and relations to negative emotion and parenting. *Infant and Child Development*. 2008;17(4):339-63.
65. Murphy BC, Eisenberg N, Fabes RA, Shepard S, Guthrie IK. Consistency and change in children's emotionality and regulation: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly*. 1999;45(3):413-44.
66. Olino TM, Lopez-Duran NL, Kovacs M, George CJ, Gentzler AL, Shaw DS. Developmental trajectories of positive and negative affect in children at high and low familial risk for depressive disorder. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2011;52(7):792-9.
67. Charles ST, Reynolds CA, Gatz M. Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *J Pers Soc Psychol*. 2001;80(1):136-51.
68. Hippocrates, Lloyd GER, Chadwick J, Mann WN, Hippocrates. Hippocratic writings. New ed. Harmondsworth ; New York: Penguin; 1978. 380 p. p.
69. Kagan J. Galen's prophecy : Temperament in human nature. New York, NY: Basic Books; 1994. xxiv, 376 p. p.
70. Theophrastus, Bennett CE, Hammond WA. The characters of theophrastus. New York etc.: Longmans, Green, and Co.; 1902. xliii, 85 p. p.
71. Chen X, L.A. S. Temperament and personality. In: Lerner RM, Lamb ME, editors. *Handbook of child psychology and developmental science*. Vol 3. 7th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc; 2015. p. 152-200.
72. Berrios GE. The history of mental symptoms : Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge England ; New York, NY, USA: Cambridge University Press; 1996. xiv, 565 p. p.
73. Taylor MA, Vaidya NA. Personality. In: Taylor MA, Vaidya NA, editors. *Descriptive psychopathology: The signs and symptoms of behavioral disorders*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2009. p. 332-50.
74. Janet P. The mental state of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents. New York, NY: Putnam; 1901.
75. Freud S, Breuer J. *Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. São Paulo: Companhia das Letras; 2017. 442 p.
76. Caballo VE. Conceptos actuales sobre los transtornos de la personalidad. In: Caballo VE, editor. *Manual de transtornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis; 2004. p. 25-56.

77. Schneider K. Las personalidades psicopáticas. 7th ed. Madrid: Ediciones Morata; 1974. 214 p.
78. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition (dsm-iii). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
79. Spitzer RL, Williams JB, Skodol AE. Dsm-iii: The major achievements and an overview. *Am J Psychiatry*. 1980;137(2):151-64.
80. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Dsm-iv. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. 886 p.
81. Lenzenweger MF. Epidemiology of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(3):395-403.
82. Pfohl B, Stangl D, Zimmerman M. The structured interview for dsm-iii personality disorders (sidp). 3rd ed. Iowa City: Dept of Psychiatry, University of Iowa; 1982.
83. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured clinical interview for dsm-iii-r personality disorders (scid-ii). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research; 1987.
84. Loranger AW, Susman VL, Oldham JM, Russakoff M. Personality disorder examination (pde): A structured interview for dsm-iii-r personality disorders. White Plains, NY: New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division; 1985.
85. Zanarini MC, Frankenburg FR, Chauncey DL, Gunderson JG. The diagnostic interview for personality disorders: Interrater and test-retest reliability. *Compr Psychiatry*. 1987;28(6):467-80.
86. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. Dsm-iv personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62(6):553-64.
87. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in great britain. *Br J Psychiatry*. 2006;188:423-31.
88. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: A report from the australian national survey of mental health and wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35(12):531-8.
89. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJr, Brown CH, Costa PT, Jr., Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2002;180:536-42.
90. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):590-6.
91. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised nescarc personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*. 2010;24(4):412-26.
92. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Dsm-iv personality disorders in mexico: Results from a general population survey. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(3):227-34.
93. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, Demyttenaere K, de Graaf R, Gureje O, Karam AN, Lee S, Lepine JP, Matschinger H, Posada-Villa J, Suliman S, Vilagut G, Kessler RC. Dsm-iv personality disorders in the who world mental health surveys. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):46-53.

94. Verheul R, Widiger TA. A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (pdnos) diagnosis. *Journal of personality disorders*. 2004;18(4):309-19.
95. Skodol AE. Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005. p. 57-87.
96. Peluso MAM, Andrade LH. Transtornos da personalidade: Epidemiologia. In: Louza Neto MR, Cordas TA, editors. *Transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 25-38.
97. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu 3rd OJ, Brown CH, Costa Jr. PT, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2002;180:536-42.
98. Lyons MJ, Jerskey BA, Genderson MR. The epidemiology of personality disorders: Findings, methods and concepts. In: Tsuang MT, Tohen M, Jones PB, editors. *Textbook in psychiatric epidemiology*. 3rd edition ed. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2011. p. 401-34.
99. De Clercq B, De Fruyt F. Childhood antecedents of personality disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(1):57-61.
100. Shiner RL. The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol*. 2009;21(3):715-34.
101. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, Macmillan H, Sareen J. Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res*. 2011;45(6):814-22.
102. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297(5582):851-4.
103. Johnson JG, McGeoch PG, Caskey VP, Abhary SG, Sneed JR, Bornstein RF. The developmental psychopathology of personality disorders. In: Hankin BL, Abela JRZ, editors. *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 2005. p. 417-64.
104. Cicchetti D, Crick NR. Precursors and diverse pathways to personality disorder in children and adolescents. *Development and psychopathology*. 2009;21(3):683-5.
105. Paris J. A current integrative perspective on personality disorders. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of personality disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005. p. 119–28.
106. Division UNDoEaSAP. World population prospects: The 2015 revision, volume i: Comprehensive tables. New York2015.
107. Division UNDP. World urbanization prospects: The 2014 revision. New York2015. p. 1-514.
108. Division UNDoEaSAP. World urbanization prospects: The 2005 revision. New York2006. p. 1-196.
109. Harvard University. World mental health survey initiative [Available from: <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>].

110. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico populacional do ano 2000 2000 [Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>].
111. Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani IS, Andrade LH. Sao paulo megacity mental health survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the sao paulo metropolitan area: Aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(4):375-86.
112. Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *J Am Stat Assoc*. 1949;44(247):380-7.
113. Kessler RC, Ustun TB. The world mental health (wmh) survey initiative version of the world health organization (who) composite international diagnostic interview (cidi). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.
114. Viana MC, Viana-Moldes I, Teixeira M, Basani IS, Andrade LH. The world mental health survey initiative version of the composite international diagnostic interview (wmh-cidi): Translation and adaptation to brazilian-portuguese: The instrument used in the "são paulo megacity mental health survey". Printed version. 2004.
115. Courtney ME, Piliavin I, Grogan-Kaylor A, Nesmith A. Foster youth transitions to adulthood: A longitudinal view of youth leaving care. *Child Welfare*. 2001;80(6):685-717.
116. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (ct) scales. *Journal of Marriage and the Family*. 1979;41(1):75-88.
117. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Cross-cultural adaptation of the portuguese version of the conflict tactics scales form r (cts-1) used to assess marital violence: Semantic and measurement equivalence. *Cad Saude Publica*. 2003;19(4):1083-93.
118. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey. *Am J Public Health*. 2001;91(5):753-60.
119. Endicott J, Andreasen N, Spitzer RL. Family history research diagnostic criteria. New York: New York State Psychiatric Institute; 1978.
120. Merikangas KR, Ames M, Cui L, Stang PE, Ustun TB, Von Korff M, Kessler RC. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the us adult household population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1180-8.
121. Centro de Estudos da Metropole. Mapa da vulnerabilidade social Sao Paulo [06/19/2017]. Available from: <http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/584>.
122. Loranger AW. International personality disorder examination: Dsm-iv and icd-10 interviews. *PARS Psychological Assessment Resources*; 1999.
123. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis i and ii disorders. *Am J Psychiatry*. 1997;154(11):1593-8.
124. Chwastiak LA, Von Korff M. Disability in depression and back pain: Evaluation of the world health organization disability assessment schedule (who das ii) in a primary care setting. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(6):507-14.
125. Pires P, Filgueiras A, Ribas R, Santana C. Positive and negative affect schedule: Psychometric properties for the brazilian portuguese version. *Span J Psychol*. 2013;16:E58.

126. Carvalho HW, Andreoli SB, Lara DR, Patrick CJ, Quintana MI, Bressan RA, Melo MF, Mari Jde J, Jorge MR. Structural validity and reliability of the positive and negative affect schedule (panas): Evidence from a large brazilian community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35(2):169-72.
127. Graham JW. Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:549-76.
128. Rhemtulla M, Little T. Tools of the trade: Planned missing data designs for research in cognitive development. *J Cogn Dev.* 2012;13(4).
129. Rubin DB. Multiple imputation for nonresponse in surveys. New York: John Wiley & Sons; 1987. 258 p.
130. Rubin DB. Multiple imputation after 18+ years. *J Am Stat Assoc.* 1996;91(434):473-89.
131. Chiavegatto Filho AD, Kawachi I, Wang YP, Viana MC, Andrade LH. Does income inequality get under the skin? A multilevel analysis of depression, anxiety and mental disorders in sao paulo, brazil. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67(11):966-72.
132. StataCorp. Stata statistical software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC; 2017.
133. StataCorp. Stata multiple imputation reference manual: Release 15. College Station, TX: Stata Press; 2017.
134. Wolter KM. Introduction to variance estimation. New York: Springer-Verlag; 1985. 427 p.
135. Muthen LK, Muthén BO. Mplus user's guide. Eighth edition ed. Los Angeles, CA: Muthen & Muthen; 2017.
136. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51(6):1173-82.
137. Judd CM, Kenny DA. Process analysis: Estimating mediation in evaluation research. *Evaluation Research.* 1981;5:602-19.
138. Gunzler D, Chen T, Wu P, Zhang H. Introduction to mediation analysis with structural equation modeling. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2013;25(6):390-4.
139. Muthen BO. Applications of causally defined direct and indirect effects in mediation analysis using sem in mplus Los Angeles, CA: Muthen & Muthen; [Available from: <http://www.statmodel.com/download/causalmediation.pdf>.
140. Ullman JB. Structural equation modeling: Reviewing the basics and moving forward. *J Pers Assess.* 2006;87(1):35-50.
141. Pilati R, Laros JA. Modelos de equações estruturais em psicologia: Conceitos e aplicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2007;23(2):205-16.
142. Hoyle RH. Applications of structural equation modeling in personality research. In: Robins RW, Fraley RC, Krueger RF, editors. *Handbook of research methods in personality psychology.* New York, NY: The Guilford Press; 2007. p. 444-60.
143. Loehlin JC. Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis. 4th ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 2004.
144. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling.* 1999;6(1):1-55.

**Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo**

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

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

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

CAPPesq, 23 de Outubro de 2003.

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

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

Questões de rastreamento do *International Personality Disorder Examination*

PERSONALIDADE II (P)

- *P1. Agora vou ler uma série de frases que as pessoas usam para descrever a si mesmas. Responda verdadeiro ou falso para cada frase. A melhor resposta é geralmente a que vem à mente primeiro, então não gaste muito tempo pensando antes de responder. Aqui está a primeira frase.

(SE NEC: O(A) Sr(a). diria que isto é verdadeiro ou falso para o(a) Sr(a).?)	VERD (1)	FALSO (5)	NS (8)	REC (9)
*P1. Demonstro meus sentimentos para que todos vejam. O(A) Sr(a). diria que isso é verdadeiro ou falso para o(a) Sr(a).?	1	5	8	9
Entro em relacionamentos muito intensos que não duram.	1	5	8	9

*P3. Frequentemente sinto-me “vazio(a)” por dentro.	1	5	8	9
O meu humor é muito instável.	1	5	8	9
Ceder a alguns de meus impulsos me coloca em dificuldades.	1	5	8	9
Tenho explosões ou acessos de raiva.	1	5	8	9
Quando estou sob estresse, as coisas à minha volta não parecem reais.	1	5	8	9
Chego a extremos para tentar impedir que as pessoas me deixem.	1	5	8	9

Não consigo decidir que tipo de pessoa quero ser.	1	5	8	9
*P10. Nunca fui preso(a).	1	5	8	9
Algumas vezes, fiz coisas que poderiam levar uma pessoa a ser presa.	1	5	8	9
*P12. Geralmente sinto-me mal quando machuco ou magôo alguém.	1	5	8	9

Algumas vezes recusei um emprego, mesmo quando era esperado que eu o aceitasse.	1	5	8	9
*P14. Eu mentiria ou enganaria alguém, se fosse de meu interesse.	1	5	8	9
*P15. Perco a paciência e me envolvo em brigas corporais.	1	5	8	9
*P16. Eu me arrisco e faço coisas perigosas.	1	5	8	9
*P17. Frequentemente me meto em confusão.	1	5	8	9

EC: O(A) Sr(a). diria que isso é verdadeiro ou falso para o(a) Sr(a).?)	VERD (1)	FALSO (5)	NS (8)	REC (9)
*P18. Às vezes não cumpro minhas obrigações financeiras.	1	5	8	9
Algumas vezes danifiquei de propósito coisas que não eram minhas.	1	5	8	9
Daria informações falsas sobre mim mesmo(a) se fosse para me ajudar a conseguir um emprego ou impressionar alguém.	1	5	8	9
Discuto ou brigo quando as pessoas tentam me impedir de fazer o que quero.	1	5	8	9
Meus sentimentos são como o tempo, estão sempre mudando.	1	5	8	9
*P23. Às vezes fico com tanta raiva que quebro ou destruo coisas.	1	5	8	9
*P24. Deixo que outros tomem decisões importantes por mim.	1	5	8	9
Geralmente me sinto desconfortável ou desamparado(a) quando estou só.	1	5	8	9
Freqüentemente busco aconselhamento ou aprovação para tomar decisões no dia a dia.	1	5	8	9
Fico sozinho(a) mesmo quando há outras pessoas em volta.	1	5	8	9
As pessoas acham que sou rigoroso(a) demais quanto a normas e regulamentos.	1	5	8	9
*P29. As pessoas acham que sou cerimonioso(a) ou formal demais.	1	5	8	9
Sinto-me desajeitado(a) ou fora de lugar em situações sociais.	1	5	8	9
*P31. As pessoas freqüentemente deboçam de mim pelas costas.	1	5	8	9

*P32. Prefiro atividades que posso fazer sozinho(a).	1	5	8	9
*P33. Guardei rancor contra alguma(s) pessoa(s) durante anos.	1	5	8	9
Estou convencido(a) de que existe uma conspiração por trás de muitas coisas no mundo.	1	5	8	9

Escala PANAS, que avalia a afetividade positiva e negativa como traço

#nsd6.1 (CAD PG 58) Por favor olhe a página 58 de seu caderno. Do lado esquerdo há uma lista de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Usando essa escala do lado direito da página, indique quanto cada uma dessas características geralmente se aplica à sua pessoa:

(SE NEC: NADA OU QUASE NADA, UM POUCO, MODERADAMENTE, MUITO OU EXTREMAMENTE?)	NADA OU QUASE NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	MUITO	EXTREMAMENTE	NÃO SABE	RECUSOU
#nsd6.1.a. atento(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.b. forte	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.c. irritável	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.d. inspirado(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.e. com medo	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.f. alerta	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.g. chateado(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.h. ativo(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.i. culpado(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.j. nervoso(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.k. empolgado(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.l. hostil	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.m. orgulhoso(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.n. inquieto(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.o. envergonhado (a)	1	2	3	4	5	998	999

#nsd6.1.p. apavorado(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.q. entusiasmado (a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.r. aflito(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.s. determinado(a)	1	2	3	4	5	998	999
#nsd6.1.t. interessado(a)	1	2	3	4	5	998	999

Parte da Subescala do *Composite International Diagnostic Interview* que avalia a infância dos entrevistados

INFÂNCIA (CH)

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

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

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

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

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

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

RECUSOU..... 99

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

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

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

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

ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

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

NÃO SABE	98
RECUSOU.....	99

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

NÃO SABE	998
RECUSOU	999

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

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE UNIDADE TEMPO: MESES 1 ANOS 2

NÃO SABE	98
RECUSOU	99

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

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

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

PAI BIOLÓGICO	1
PAI ADOTIVO.....	2

PADRASTO (CÔNJUGE/ PARCEIRO DA MÃE)	3
OUTRO HOMEM (ESPECIFICAR)	4

The epidemiology of personality disorders in the Sao Paulo Megacity general population

--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Article Type:	Research Article
Full Title:	The epidemiology of personality disorders in the Sao Paulo Megacity general population
Short Title:	Personality disorders in Sao Paulo
Corresponding Author:	Geilson Lima Santana, M.D. University of Sao Paulo Sao Paulo, Sao Paulo BRAZIL
Keywords:	personality disorders; cluster A; cluster B; cluster C; epidemiology; prevalence; survey; community study; general population; Sao Paulo; Brazil; developing country; middle income country; comorbidity; impairment; health service use; treatment; social stressor; urban stressor; urbanicity; migration; social deprivation; violence
Abstract:	<p>Introduction: Most studies on the epidemiology of personality disorders (PDs) have been conducted in high-income countries and may not represent what happens in most part of the world. In the last decades, population growth has been concentrated in low- and middle-income countries, with rapid urbanization, increasing inequalities and escalation of violence. Our aim is to estimate the prevalence of PDs in the Sao Paulo Metropolitan Area, one of the largest megacities of the world. We examined sociodemographic correlates, the influence of urban stressors, the comorbidity with other mental disorders, functional impairment and service use.</p> <p>Methods: A representative household sample of 2,942 adults was interviewed using the WHO-Composite International Diagnostic Interview and the International Personality Disorder Examination-Screening Questionnaire. Diagnoses were multiply imputed, and analyses used multivariate regression and multilevel analysis.</p> <p>Results and discussion: Prevalence was 4.33% (Cluster A), 2.73% (Cluster B), 4.62% (Cluster C) and 6.77% (any PD). Cumulative exposure to violence was associated with PDs, although urbanicity, migration and neighbourhood social deprivation were not significant predictors. Comorbidity was the rule, and all clusters were associated with other mental disorders. Lack of treatment is a reality in Greater Sao Paulo, and this is especially true for PDs. With the exception of Cluster C, non-comorbid PDs remained largely untreated in spite of functional impairment independent of other mental disorders.</p> <p>Conclusion: Personality disorders are prevalent, clinically significant and undertreated, and public health strategies must address the unmet needs of these subjects. These results may reflect what happens in other developing world megacities, and future studies are expected in other low- and middle-income countries.</p>
Order of Authors:	Geilson Lima Santana, M.D. Bruno Mendonça Coelho Yuan-Pang Wang Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho Maria Carmen Viana Laura Helena Andrade
Opposed Reviewers:	
Additional Information:	

Question	Response
<p>Financial Disclosure</p> <p>Please describe all sources of funding that have supported your work. This information is required for submission and will be published with your article, should it be accepted. A complete funding statement should do the following:</p> <p>Include grant numbers and the URLs of any funder's website. Use the full name, not acronyms, of funding institutions, and use initials to identify authors who received the funding.</p> <p>Describe the role of any sponsors or funders in the study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript. If the funders had no role in any of the above, include this sentence at the end of your statement: <i>"The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript."</i></p> <p>However, if the study was unfunded, please provide a statement that clearly indicates this, for example: <i>"The author(s) received no specific funding for this work."</i></p> <p>* typeset</p>	<p>The Sao Paulo Megacity Mental Health Survey was funded by the State of Sao Paulo Research Foundation, Brazil (FAPESP Grant 03/00204-3, URL: http://www.fapesp.br/materia/176/projeto-tematico/projeto-tematico.htm). Instrument development was supported by the Foundation for Science and Technology of Vitoria, Espirito Santo, Brazil (Fundo de Apoio a Ciencia e Tecnologia do Municipio de Vitoria - FACITEC 002/2003). The sub-project on violence and trauma was supported by the Secretaria de Seguranca Publica of the State of Sao Paulo, Brazil.</p> <p>The Sao Paulo Megacity Mental Health Survey is carried out in conjunction with the World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey Initiative. The main coordination center activities, at Harvard University, were supported by the United States National Institutes of Mental Health (R01MH070884), the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, and R01 DA016558), the Fogarty International Center (FIRCA R03-TW006481), the Pan American Health Organization, the Eli Lilly and Company Foundation, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline, Bristol-Myers Squibb, and Shire.</p> <p>Geilson Lima Santana received a scholarship and travel expenses funding to present these results in international symposia from Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel-Program of Academic Excellence (CAPES-PROEX), Ministry of Education, Brazil.</p> <p>The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.</p>
<p>Competing Interests</p> <p>You are responsible for recognizing and disclosing on behalf of all authors any competing interest that could be perceived to bias their work, acknowledging all financial support and any other relevant financial or non-financial competing interests.</p> <p>Do any authors of this manuscript have competing interests (as described in the PLOS Policy on Declaration and Evaluation of Competing Interests)?</p> <p>If yes, please provide details about any and all competing interests in the box below. Your response should begin with this statement: <i>I have read the journal's policy and the authors of this manuscript have the following competing interests:</i></p>	<p>The authors have declared that no competing interests exist.</p>

<p>If no authors have any competing interests to declare, please enter this statement in the box: <i>"The authors have declared that no competing interests exist."</i></p> <p>* typeset</p>	
<p>Ethics Statement</p> <p>You must provide an ethics statement if your study involved human participants, specimens or tissue samples, or vertebrate animals, embryos or tissues. All information entered here should also be included in the Methods section of your manuscript. Please write "N/A" if your study does not require an ethics statement.</p> <p>Human Subject Research (involved human participants and/or tissue)</p> <p>All research involving human participants must have been approved by the authors' Institutional Review Board (IRB) or an equivalent committee, and all clinical investigation must have been conducted according to the principles expressed in the Declaration of Helsinki. Informed consent, written or oral, should also have been obtained from the participants. If no consent was given, the reason must be explained (e.g. the data were analyzed anonymously) and reported. The form of consent (written/oral), or reason for lack of consent, should be indicated in the Methods section of your manuscript.</p> <p>Please enter the name of the IRB or Ethics Committee that approved this study in the space below. Include the approval number and/or a statement indicating approval of this research.</p> <p>Animal Research (involved vertebrate animals, embryos or tissues)</p> <p>All animal work must have been conducted according to relevant national and international guidelines. If your study involved non-human primates, you must provide details regarding animal welfare</p>	<p>SPMHS procedures were approved by the Ethical and Research Committee of the University of Sao Paulo Medical School. Respondents were interviewed only after written informed consent was obtained and total confidentiality was assured.</p>

<p>and steps taken to ameliorate suffering; this is in accordance with the recommendations of the Weatherall report, "The use of non-human primates in research." The relevant guidelines followed and the committee that approved the study should be identified in the ethics statement.</p> <p>If anesthesia, euthanasia or any kind of animal sacrifice is part of the study, please include briefly in your statement which substances and/or methods were applied.</p> <p>Please enter the name of your Institutional Animal Care and Use Committee (IACUC) or other relevant ethics board, and indicate whether they approved this research or granted a formal waiver of ethical approval. Also include an approval number if one was obtained.</p> <p>Field Permit</p> <p>Please indicate the name of the institution or the relevant body that granted permission.</p>	
<p>Data Availability</p> <p>PLOS journals require authors to make all data underlying the findings described in their manuscript fully available, without restriction and from the time of publication, with only rare exceptions to address legal and ethical concerns (see the PLOS Data Policy and FAQ for further details). When submitting a manuscript, authors must provide a Data Availability Statement that describes where the data underlying their manuscript can be found.</p> <p>Your answers to the following constitute your statement about data availability and will be included with the article in the event of publication. Please note that simply stating 'data available on request from the author' is not acceptable. If, however, your data are only available upon request from the author(s), you must answer "No" to the first question below, and explain your exceptional situation in the text box provided.</p> <p>Do the authors confirm that all data underlying the findings described in their manuscript are fully available without restriction?</p>	<p>Yes - all data are fully available without restriction</p>

Please describe where your data may be found, writing in full sentences. **Your answers should be entered into the box below and will be published in the form you provide them, if your manuscript is accepted.** If you are copying our sample text below, please ensure you replace any instances of **XXX** with the appropriate details.

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files

If your data are all contained within the paper and/or Supporting Information files, please state this in your answer below. For example, “All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.”

If your data are held or will be held in a public repository, include URLs, accession numbers or DOIs. For example, "All XXX files are available from the XXX database (accession number(s) XXX, XXX)." If this information will only be available after acceptance, please indicate this by ticking the box below. If neither of these applies but you are able to provide details of access elsewhere, with or without limitations, please do so in the box below. For example:

“Data are available from the **XXX**
Institutional Data Access / Ethics
Committee for researchers who meet the
criteria for access to confidential data.”

"Data are from the XXX study whose authors may be contacted at XXX."

* typeset

Additional data availability information:

COVER LETTER

Dear editor,

The epidemiology of personality disorders is a growing and exciting field of research. However, there is a gap on the literature: only few studies were conducted in developing countries, in spite of their being home to 83% of the world population.

This research article is part of the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, an epidemiological investigation of a representative sample of adults living in the Sao Paulo Metropolitan Area, one of the largest megacities of the world, with approximately 20.5 million inhabitants. We investigated the epidemiology of personality disorders by means of face-to-face household interviews with structured instruments (CIDI and IPDE). In spite of its historical, cultural, and economic specificities, Greater Sao Paulo shares many characteristics with other megacities from low- and middle-income countries. Therefore, our findings may be illustrative of what happens in different parts of the developing world. Another contribution to the scientific literature is that we assessed a topic that has not been frequently explored: the influence of urban stressors on personality pathology.

In our opinion, this study will interest not only personality disorders specialists, but a broader audience on the health field, such as practitioners and public health planners.

We had no prior interaction with PLOS regarding this manuscript. Our suggestions regarding Academic Editors are Michel Botbol, Oscar García and Marianna Mazza. We have no restriction regarding any reviewer.

Yours sincerely,
Geilson Lima Santana

The epidemiology of personality disorders in the Sao Paulo Megacity general population

Geilson Lima Santana^{1¶*}, Bruno Mendonça Coêlho^{1¶}, Yuan-Pang Wang^{1¶}, Alexandre
Dias Porto Chiavegatto Filho^{2&}, Maria Carmen Viana^{3&}, Laura Helena Andrade^{1¶}

Affiliation:

¹ Nucleo de Epidemiologia Psiquiatrica, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clinicas
HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, SP, Brazil

² Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saude Publica, Universidade de Sao
Paulo, Sao Paulo, SP, Brazil

³ Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espirito Santo, Vitoria, ES,
Brazil

*Corresponding author

E-mail: geilson.santana@usp.br (GLS)

[¶]These authors contributed equally to this work.

[&]These authors also contributed equally to this work.

Abstract

Introduction: Most studies on the epidemiology of personality disorders (PDs) have been conducted in high-income countries and may not represent what happens in most part of the world. In the last decades, population growth has been concentrated in low- and middle-income countries, with rapid urbanization, increasing inequalities and escalation of violence. Our aim is to estimate the prevalence of PDs in the Sao Paulo Metropolitan Area, one of the largest megacities of the world. We examined sociodemographic correlates, the influence of urban stressors, the comorbidity with other mental disorders, functional impairment and service use.

Methods: A representative household sample of 2,942 adults was interviewed using the WHO-Composite International Diagnostic Interview and the International Personality Disorder Examination-Screening Questionnaire. Diagnoses were multiply imputed, and analyses used multivariate regression and multilevel analysis.

Results and discussion: Prevalence was 4.33% (Cluster A), 2.73% (Cluster B), 4.62% (Cluster C) and 6.77% (any PD). Cumulative exposure to violence was associated with PDs, although urbanicity, migration and neighbourhood social deprivation were not significant predictors. Comorbidity was the rule, and all clusters were associated with other mental disorders. Lack of treatment is a reality in Greater Sao Paulo, and this is especially true for PDs. With the exception of Cluster C, non-comorbid PDs remained largely untreated in spite of functional impairment independent of other mental disorders.

Conclusion: Personality disorders are prevalent, clinically significant and undertreated, and public health strategies must address the unmet needs of these subjects. These results may reflect what happens in other developing world megacities, and future studies are expected in other low- and middle-income countries.

Introduction

The epidemiology of personality disorders (PDs) in the general population was largely unclear and speculative until the 1990s [1]. This landscape began to change with the publication of DSM-III [2] and its explicit diagnostic criteria and multiaxial classification system; the development of psychometrically-sound instruments and structured and semistructured clinical interviews; and the adoption of representative sampling techniques. Now it is known that the community prevalence of personality disorders in adults varies between 4.4 and 13.4% [3-9]. Most of these surveys, however, have been conducted in high-income countries and may not reflect what happens in most part of the world. There is a paucity of data coming from less developed regions, despite their being home to 83% of the world population [10].

According to the United Nations [11], the world has faced a remarkable urbanization in the last decades. This process has taken place predominantly in low- and middle-income countries (LMIC), which concentrated, in 2014, twenty-three of the 29 megacities with more than 10 million inhabitants. Projections indicate this is an ongoing process. By 2030, the world is expected to have 41 megacities, and more than 90% of the future urban population growth will be in LMIC.

The Sao Paulo Metropolitan Area (SPMA), situated in southeast Brazil, is one of the largest megacities of the world, with approximately 20.5 million inhabitants [12]. In spite of its historical, cultural, and economic specificities, it shares many common characteristics with other LMIC megacities and may be illustrative of what happens in different parts of the developing world.

The SPMA had a pivotal role in the Brazilian industrialization during the 20th century. This fast and concentrated process was associated with intense internal migration from rural and poorer regions, resulting in fast-paced, unplanned urban growth [13, 14].

As seen in other metropolitan areas, infrastructure and services were insufficient and inadequate to absorb this rapidly increasing population. Because of housing shortage, there was inordinate land occupation, leading to the emergence and growth of slums. The informal work sector expanded, with aggravation of social and economic inequalities [15, 16]. Violence escalated and insecurity spread over the metropolitan region [17].

Being born and raised in urban areas or even living in a city at a given moment in time may have deleterious effects on mental health [16, 18-21]. Much remains to be explored, however, about the impact of urban stressors on personality disorders.

To our knowledge, there is no study on the epidemiology of personality disorders in the Brazilian general population. The main goal of this study is to help fill this gap and contribute to expand the scarce literature on PD in less developed regions. It describes the prevalence of personality disorders in the SPMA, its sociodemographic correlates, the comorbidity with other mental disorders, associated functional impairment and health service utilization. Furthermore, it intends to explore the impact of urban stressors on personality pathology in a developing-world megacity, an important topic that has not received much attention in the scientific literature.

Materials and methods

Sample

Data are from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey (SPMHS), the Brazilian branch of the World Mental Health Survey Initiative (WMH) [22]. SPMHS is a cross-sectional study of psychiatric morbidity with a representative sample of the adult population living in the Sao Paulo Metropolitan Area, Brazil [23]. This region is comprised of the city of Sao Paulo and its 38 surrounding municipalities, and at the time of data collection (2005-2007), 11 million inhabitants were 18 years or older [24].

Respondents were selected by means of a stratified, multistage area probability sample of households. In each household, the interviewer obtained a list of all residents, with information on age, gender and family relationship to the informant. This list was then sorted by gender and inverse order of age, and the eligible respondents were identified, i.e., those who were 18 years or older, Portuguese-speaking and without any disability or handicap that would impair their ability to participate in the study. One resident was then randomly selected by means of a Kish grid, a probabilistic method for selecting household respondents from a table of random numbers [25]. In addition, in a random 20% sample of households where the selected respondent was married or living as married, the spouse was identified and selected for interview. SPMHS procedures were approved by the Ethical and Research Committee of the University of Sao Paulo Medical School. Respondents were interviewed only after written informed consent was obtained and total confidentiality was assured. A total of 5,037 subjects were evaluated, with a global response rate of 81.3%. Detailed descriptions of sampling are presented elsewhere [26].

Assessment

Face-to-face interviews, conducted by trained professional personnel, were comprised of two parts. Part I was administered to all 5,037 respondents and evaluated demographic characteristics and core mental disorders (major depression, dysthymia, bipolar I or II, panic disorder, specific phobia, social phobia, agoraphobia, generalized anxiety disorder (GAD), adult separation anxiety, substance use disorders, intermittent explosive disorder (IED), attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), oppositional-defiant disorder (ODD) and conduct disorder). It also assessed suicidal behaviors, daily functioning and physical morbidity. Part II, in its turn, assessed personality disorders and

a few additional conditions (posttraumatic stress disorder (PTSD) and obsessive-compulsive disorder (OCD)), along with risk factors, consequences and other correlates. It was administered to 2,942 subjects, including all those who met lifetime criteria for Part I disorders and a probability subsample of other respondents. Part II respondents are the focus of the current report.

Measures

Personality disorders

Following the procedures adopted by the WMH [27], personality disorders were assessed with 33 screening questions from the International Personality Disorder Examination (IPDE) [28, 29]. These items were shown to be significant predictors of one or more of the DSM-IV personality disorders Clusters (A, B and C) or the overall diagnosis of any personality disorder (including personality disorder not otherwise specified) assessed by a clinician-administered IPDE [30, 31].

Responses to these questions were combined to generate diagnoses based on a calibration study with a probability subsample of Part II respondents (n=214) of the US National Comorbidity Survey Replication, oversampling those who screened positive [3]. In brief, clinical reappraisal interviews with the full IPDE were carried out by telephone by a veteran and well-trained clinician, blind to the screening responses. These interviews were tape recorded for quality control, and an experienced IPDE supervisor monitored the recordings and gave feedback to prevent drift. Prior research had shown that the IPDE generates valid personality disorder diagnoses when administered by telephone [32]. The next step was to link screening responses with the IPDE clinical diagnoses. DSM-IV diagnoses based on the clinical interviews were generated for Clusters A, B, C and any PD. Predicted probabilities of these four diagnoses were then assigned to each respondent

based on responses to the screening questions using results of stepwise logistic regression in the clinical reappraisal sample. Prediction accuracy in the calibration sample was excellent in all the equations, with area under the receiver operating characteristic curve (AUC) of 0.94 for Cluster A, 0.92 for Cluster B, 0.90 for Cluster C and 0.88 for any PD.

These prediction equations were used to estimate the diagnoses of Clusters A, B, C and any PD by means of multiple imputation, as described in more detail later in the analysis subsection.

Other mental disorders

The presence of other mental disorders in the previous twelve months was assessed using the WMH version of the Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) [33]. This is a fully structured lay interview that yields diagnoses according to DSM-IV criteria. The instrument was translated and adapted to the Brazilian-Portuguese language [34]. In this report, we considered the following four classes of psychopathology: anxiety disorders (panic disorder, specific phobia, social phobia, agoraphobia without panic disorder, GAD, adult separation anxiety, PTSD and OCD); mood disorders (major depressive disorder, dysthymia, bipolar I or II); impulse-control disorders (conduct disorder, ODD, ADHD and IED); and substance use disorders (alcohol and drug abuse and dependence). Organic exclusion rules were used in making the diagnoses.

Sociodemographic correlates

Sociodemographics included gender, age at interview (standardized to a mean of zero and variance of 1.0), education (standardized the same way as age), employment status (employed/student/homemaker, retired, or other - i.e., unemployed or disabled),

income (standardized the same way as age and education), and marital status (married or cohabiting, previously married, never married).

Exposure during early years of the life course to urban environment (urbanicity)

Respondents were asked whether they had been raised (i.e., spent most of their childhood and adolescence) in a large city or its suburbs, a small town or village, or a rural area. Three dummy variables were created to reflect levels of exposure to urbanicity [16]. Being raised in rural areas was considered the lower exposure level; being raised in a small town or village, the medium exposure level; and being raised in large cities, the highest exposure level.

Migration status

Respondents were asked if they were born outside the SPMA.

Neighborhood social deprivation (NSD) level

An index of NSD level developed by the Center for Metropolitan Studies [15] was assigned to each census unit to reflect social conditions in the SPMA geographical space using data from the 2000 Census [24]. This index is derived from a combination of socioeconomic deprivation dimensions (income, level of education, family size and percentage of families headed by a woman with low education level) and the population's age structure.

Exposure to crime-related traumatic events

Seven crime-related traumatic events were selected from the list of experiences in the PTSD section of CIDI: kidnapped or held captive; “quicknapping” (a short-term kidnapping); stalked; mugged or threatened with a weapon; witnessed anyone being injured or killed, or unexpectedly saw dead body; witnessed atrocities or carnage; witnessed a close person being kidnapped, tortured or raped.

Impairment

The World Health Organization Disability Assessment Scale (WHO-DAS) [35] was used to evaluate impairment over a 30-day recall period in basic activities (self-care, mobility, cognition) and instrumental activities (quality of productive role performance, quality of social role performance). Each WHO-DAS dimension is scored on a 0-100 scale, where 0 represents no impairment and 100 represents complete impairment. We also estimated global functioning as the mean of the five domains of functioning. To facilitate interpretation, WHO-DAS scores were standardized to a mean of zero and variance of 1.0.

Treatment

Respondents were asked about treatment in the last year for problems with their emotions, “nerves” or substance use by a psychiatrist, other mental health professional (e.g., clinical psychologist, psychiatric social worker), a general medical healthcare provider, a human services professional (e.g., religious counsellor, social worker seen in a social service agency), or in the complementary-alternative medicine (CAM) sector (either receiving treatment by a CAM professional or participating in a self-help group). A visual list of provider types was presented to respondents when asking this question.

Data Analysis

The prevalence of PD Clusters and the regression coefficients were estimated by multiple imputation. This is a method that provides statistically valid inferences in the context of values missing completely at random (MCAR; i.e., completely unrelated to any of the observed or missing variables) or at random (MAR; related to the observed variables, but not to the unobserved data), as is the case of planned missingness (the strategy used in the SPMHS) [36, 37]. In other words, multiple imputation offers approximately unbiased estimates taking uncertainty into account [38, 39]. In this study, we imputed PD diagnoses from IPDE screening questions using the prediction equations obtained in the US clinical reappraisal study [3], a procedure adopted in the WMH Survey Initiative [27]. This process followed three steps. In the first, the imputation phase, ten complete datasets were generated for each personality diagnosis (Clusters A, B, C and any PD). In the second step, analyses were carried out separately on each dataset, resulting in ten sets of parameter estimates (e.g., prevalence estimates). In the final step, the resulting ten sets of estimates were averaged to obtain a best estimate of the parameter, and coefficients and standard errors were adjusted for the variability between imputations according to Rubin's combination rules [38] (Figure in S1 Fig.).

Since AUC values are high, these imputations are considered accurate and the precision of the parameter estimates approach the precision that would be achieved if personality disorders were directly assessed with IPDE interviews in the total sample [27].

Prevalence of personality disorders, of the comorbidity with other 12-month diagnoses, and estimates of treatment prevalence were calculated as the means of the ten MI estimates. Associations of PDs with sociodemographics, other mental disorders and treatment were estimated using logistic regression analysis, again with parameter

estimates averaged over the ten multiple imputation replications. In order to account for the non-independence of the observations found by a previous study on this sample [40], and the fact that the variable NSD was measured on the contextual level (census tracts), the associations of PD with urban stressors was analyzed by means of logistic multilevel models. Individuals were considered the first level, and the census tracts, the second level. Logistic regression coefficients were exponentiated and reported as odds ratios (OR), along with their 95% confidence intervals (95% CI). Associations of PDs with impairment were estimated with linear regression equations adjusted for gender and age in one model, and for gender, age and any other 12-month mental disorder in a second model.

All analyses were conducted with Stata 15 [41]. Due to the complex sample design, multiply imputed parameters were estimated using the “*mi estimate: svy:*” command [42], accounting for stratification, clustering and weighting. Concisely, data were weighted to adjust for the probabilities of selection and non-response in households and on Part II of the interview, and to adjust for residual discrepancies between sample and population distributions on a range of socio-demographic variables. Detailed descriptions of weighting methods are presented elsewhere [26]. Multilevel models were estimated with the “*mi estimate: xtmeologit*” command. Variances were computed using Taylor series linearization [43], and statistical significance was evaluated using two-sided design-based tests at the 0.05 level of significance.

Results

Prevalence of personality disorders clusters

The prevalence of any PD in the Sao Paulo Metropolitan Area was 6.77%. The most frequent subtype was Cluster C (4.62%), followed by Clusters A and B (4.33% and 2.73%, respectively) (Table 1).

Table 1. Prevalence estimates of personality disorders clusters in the Sao Paulo Metropolitan Area.

Personality disorders	%	SE
Cluster A	4.33%	0.74
Cluster B	2.73%	0.51
Cluster C	4.62%	0.69
Any personality disorder	6.77%	0.99

SE: standard error

Sociodemographic correlates

Males had increased odds of presenting a personality disorder (OR=2.21) and, more specifically, a Cluster A diagnosis (OR = 6.82). Education was inversely associated with Cluster C (OR = 0.72). Age, income, marital and employment status were not significant predictors (Table 2).

Table 2. Sociodemographic predictors of personality disorders in the Sao Paulo Metropolitan Area.

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Any personality disorder
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Gender				
Female	1.0	1.0	1.0	1.0
Male	6.82 (2.43- 19.14)**	1.34 (0.71- 2.55)	1.18 (0.59- 2.37)	2.21 (1.17- 4.18)*
Age	0.79 (0.57- 1.09)	0.73 (0.51- 1.05)	1.22 (0.86- 1.72)	0.85 (0.62- 1.17)
Education	0.88 (0.64- 1.21)	0.82 (0.56- 1.20)	0.72 (0.52- 0.99)*	0.84 (0.54- 1.31)

Income	0.93 (0.58- 1.48)	0.86 (0.43- 1.70)	0.84 (0.55- 1.30)	0.82 (0.48- 1.39)
Marital Status				
Married or cohabiting	0.65 (0.27- 1.58)	0.52 (0.23- 1.15)	1.21 (0.41- 3.54)	0.76 (0.31- 1.85)
Previously married^a	0.60 (0.18- 1.99)	0.99 (0.39- 2.49)	1.54 (0.51- 4.60)	0.79 (0.30- 2.07)
Never married	1.0	1.0	1.0	1.0
Employment				
Employed/Student/Homemaker	0.60 (0.24- 1.51)	0.52 (0.21- 1.31)	0.72 (0.24- 2.14)	0.61 (0.31- 1.22)
Retired	0.40 (0.09- 1.81)	0.21 (0.02- 2.36)	0.55 (0.27- 1.12)	0.47 (0.12- 1.80)
Other^b	1.0	1.0	1.0	1.0

^a Separated, divorced or widowed; ^b Unemployed or disabled

OR (95% CI): Odds ratio (95% confidence interval); * p<.05; **p<.01; ***p<.001

Urban stressors

After adjustment for age and sex, there was no significant difference between being raised on the rural zone, a small town or a large city on the prevalence of personality disorders. Migration status was not a significant predictor either, as well as currently living in a socially deprived neighborhood (Table 3a).

Table 3a. Association of personality disorders with urban stressors in the Sao Paulo Metropolitan Area, adjusted for gender and age.

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Any personality disorder
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Urbanicity				
Rural areas	1.0	1.0	1.0	1.0
Small town	0.85 (0.39- 1.85)	1.19 (0.61- 2.32)	1.05 (0.64- 1.72)	1.02 (0.59- 1.77)
Large cities	0.81 (0.43- 1.49)	1.03 (0.55- 1.91)	0.87 (0.52- 1.45)	0.89 (0.56- 1.40)
Migration status				
Non-migrants	1.0	1.0	1.0	1.0

Migrants	1.02 (0.65-1.59)	0.94 (0.60-1.45)	1.12 (0.72-1.73)	1.14 (0.81-1.60)
Neighborhood Social Deprivation				
No-low NSD	1.0	1.0	1.0	1.0
Low-medium/medium NSD	1.25 (0.72-2.17)	1.03 (0.57-1.88)	1.31 (0.78-2.21)	1.27 (0.74-2.18)
High/very high NSD	1.37 (0.80-2.35)	1.15 (0.61-2.17)	1.25 (0.79-1.99)	1.33 (0.76-2.33)
Number of crime-related traumatic events				
0	1.0	1.0	1.0	1.0
1	1.46 (0.77-2.77)	1.21 (0.65-2.24)	1.43 (0.88-2.33)	1.38 (0.87-2.18)
2	1.95 (1.10-3.45)*	1.93 (0.98-3.81)	2.01 (1.25-3.22)**	1.67 (0.94-2.95)
3 or more	2.92 (1.16-7.33)*	3.43 (1.48-7.97)**	2.52 (1.31-4.84)**	2.66 (1.67-4.24)***

OR (95% CI): Odds ratio (95% confidence interval);

* p<.05; **p<.01; ***p<.001

However, personality disorders were associated with cumulative exposure to crime-related traumatic experiences. Those with a history of three or more events had increased odds of Cluster A (OR 2.92), Cluster B (OR 3.43), Cluster C (2.52) and any personality disorder (OR 2.66). These associations became somewhat stronger after addition adjustment for other urban stressors (Table 3b).

Table 3b. Association of personality disorders with urban stressors in the Sao Paulo Metropolitan Area, adjusted for sex, age and other urban stressors

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Any personality disorder
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Urbanicity				
Rural areas	1.0	1.0	1.0	1.0
Small town	0.83 (0.36-1.90)	1.16 (0.58-2.33)	1.05 (0.62-1.79)	1.04 (0.59-1.84)
Large cities	0.75 (0.35-1.64)	0.91 (0.42-1.97)	0.86 (0.48-1.55)	0.92 (0.53-1.58)
Migration status				

Non-migrants	1.0	1.0	1.0	1.0
Migrants	0.88 (0.51-1.50)	0.86 (0.49-1.49)	1.01 (0.63-1.62)	1.07 (0.69-1.67)
Neighborhood Social Deprivation				
No-low NSD	1.0	1.0	1.0	1.0
Low-medium/medium NSD	1.19 (0.68-2.05)	1.00 (0.54-1.85)	1.26 (0.74-2.14)	1.21 (0.69-2.12)
High/very high NSD	1.34 (0.75-2.41)	1.15 (0.60-2.22)	1.22 (0.75-1.97)	1.28 (0.71-2.30)
Number of crime-related traumatic events				
0	1.0	1.0	1.0	1.0
1	1.46 (0.75-2.83)	1.22 (0.66-2.27)	1.41 (0.87-2.30)	1.37 (0.86-2.17)
2	1.97 (1.09-3.56)*	1.97 (1.01-3.86)*	2.01 (1.24-3.25)**	1.67 (0.94-2.99)
3 or more	2.97 (1.16-7.60)*	3.50 (1.50-8.14)**	2.55 (1.33-4.88)**	2.70 (1.69-4.31)***

OR (95% CI): Odds ratio (95% confidence interval);

* p<.05; **p<.01; ***p<.001

Co-occurrence with other 12-month mental disorders

Personality pathology frequently co-occurred with other mental disorders. Almost two thirds of individuals with any PD had at least one co-occurring diagnosis, being anxiety the most common condition (46.34%). Cluster B had the highest prevalence of any co-occurrence (83.76%), followed by Clusters C (73.40%) and A (54.02%). Anxiety disorders were the most common co-occurrence of Clusters A and C (33.92% and 60.00%, respectively), while mood disorders predominated in Cluster B (48.83%) (Table 4).

Table 4. Prevalence of other 12-month mental disorders among those with personality disorders in the São Paulo Metropolitan Area.

12-month disorders	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Any Personality Disorder
	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)
Any anxiety disorder	33.92% (7.36)	47.91% (8.53)	60.00% (6.93)	46.34% (6.76)

Any mood disorder	23.29% (5.57)	48.83% (9.36)	42.13% (5.97)	31.73% (5.54)
Any impulse disorder	19.39% (5.06)	24.40% (6.27)	14.44% (4.07)	16.42% (4.29)
Any substance disorder	13.91% (4.34)	45.19% (9.00)	10.62% (3.31)	14.26% (3.61)
Number of disorders				
Exactly one	20.14% (5.56)	22.03% (5.52)	20.78% (4.46)	21.17% (4.76)
Exactly two	14.19% (4.13)	16.02% (5.74)	19.04% (4.80)	14.81% (4.38)
Three or more	19.68% (5.43)	45.71% (7.67)	33.58% (5.48)	27.40% (5.14)
Any 12-month disorder	54.02% (8.14)	83.76% (9.29)	73.40% (6.20)	63.38% (8.20)

SE: standard error

According to table 5, personality disorders predict the occurrence of other 12-month diagnoses. Those with any PD were six times as likely to have one or more comorbid mental disorders (OR = 6.00). The strength of the associations respected a dose-response gradient (ORs for exactly one, two and three or more disorders were 3.09, 6.90 and 17.12, respectively). Cluster B had the strongest association with any comorbidity (OR = 16.01). Cluster A was mostly associated with impulse-control disorders (OR = 6.08); Cluster B, with substance disorders (OR = 31.99); and Cluster C, with anxiety disorders (OR = 8.07) (Table 5).

Table 5. Associations of personality disorders with other 12-month mental disorders in the Sao Paulo Metropolitan Area.

Personality disorders	Subtypes of 12-month mental disorders					Number of 12-month mental disorders		
	Any anxiety disorder	Any mood disorder	Any impulse disorder	Any substance disorder	Any 12-month disorder	Exactly one	Exactly two	Three or more
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Cluster A	3.35 (1.52-	4.02 (1.92-	6.08 (2.64-	2.95 (1.11-7.82)*	4.35 (2.09-	2.63 (1.04-	5.60 (2.33-	8.53 (3.14-

	7.37)* *	8.44)* *	13.97) ***		9.05)* **	6.63) *	13.45) ***	23.19)* **
Cluster B	4.43 (2.01- 9.76)* *	9.36 (3.88- 22.58) ***	7.19 (3.27- 15.83) ***	31.99 (10.69- 95.73) ***	16.01 (3.62- 70.83) **	6.71 (1.57 - 28.58)*)	14.46 (2.17- 96.33) *	51.59 (11.15- 238.67) ***
Cluster C	8.07 (4.03- 16.19) ***	7.74 (4.36- 13.74) ***	4.61 (2.27- 9.36)* **	3.59 (1.65- 7.82)* *	8.75 (4.42- 17.29) ***	3.77 (1.70 - 8.35) **	11.58 (4.62- 29.00) ***	26.84 (12.44- 57.91)* **
Any PD	5.23 (2.80- 9.78)* **	5.43 (2.84- 10.36) ***	5.06 (2.39- 10.68) ***	4.21 (1.86- 9.49)* *	6.00 (2.57- 14.01) **	3.09 (1.24 - 7.70) *	6.90 (2.10- 22.62) **	17.12 (6.42- 45.65)* **

Odds ratio (OR) and 95% CI were estimated using multiple imputation logistic regression models in which personality disorders were treated as predictors and other 12-month mental disorders were treated as outcomes. Models were adjusted for gender and age; * p<.05; **p<.01; ***p<.001

Impairment associated with personality disorders

Personality disorders are associated with significant impairment in the previous month, as shown in **Table 6**. In the first model, adjusted for gender and age, the presence of any PD predicted global impairment and specific impairments in cognition, mobility, role functioning and social interaction, but not on self-care. Similar patterns could also be found among those with Cluster B or C, but not with Cluster A, which had less associated impairment.

Table 6. Impairment associated with personality disorders in the Sao Paulo Metropolitan Area.

	WHO-DAS					
	Self-care	Cognition	Mobility	Role functionin g	Social interactio n	Global
	β (SE)	β (SE)	β (SE)	β (SE)	β (SE)	β (SE)
MODEL 1						
Cluster A	0.18 (0.14)	0.47 (0.22)	0.13 (0.11)	0.34 (0.16)*	0.34 (0.19)	0.39 (0.17)*

Cluster B	0.45 (0.23)	0.93 (0.32)**	0.26 (0.16)	0.58 (0.21)*	0.83 (0.31)*	0.76 (0.24)**
Cluster C	0.28 (0.16)	0.87 (0.24)**	0.41 (0.16)*	0.72 (0.20)**	0.80 (0.26)**	0.85 (0.22)**
Any PD	0.19 (0.12)	0.65 (0.20)**	0.24 (0.11)*	0.48 (0.16)*	0.52 (0.20)*	0.57 (0.17)**
Any 12m-MD	0.20 (0.04)** *	0.51 (0.06)***	0.29 (0.05)** *	0.53 (0.06)***	0.35 (0.05)***	0.57 (0.06)** *
MODEL 2						
Cluster A	0.12 (0.14)	0.31 (0.21)	0.04 (0.10)	0.17 (0.14)	0.23 (0.18)	0.22 (0.15)
Cluster B	0.35 (0.23)	0.68 (0.30)*	0.10 (0.16)	0.30 (0.19)	0.66 (0.30)*	0.46 (0.22)*
Cluster C	0.19 (0.16)	0.66 (0.24)*	0.29 (0.16)	0.49 (0.19)*	0.68 (0.26)*	0.61 (0.21)**
Any PD	0.11 (0.12)	0.47 (0.18)*	0.14 (0.10)	0.28 (0.15)	0.40 (0.19)*	0.36 (0.15)*
Any 12m-MD	0.19 (0.04)** *	0.45 (0.06)***	0.27 (0.05)** *	0.50 (0.06)***	0.29 (0.05)***	0.52 (0.06)** *

WHO-DAS: World Health Organization Disability Assessment Schedule; PD: personality disorder; 12m-MD: 12-month mental disorder;

MODEL 1: adjusted for gender and age;

MODEL 2: adjusted for gender, age and other 12-month mental disorders;

* p<.05; **p<.01; ***p<.001

In the second model, after adjusting for other 12-month diagnoses (in addition to gender and age), associations became weaker or non-significant. Any PD and Cluster B remained significantly associated with global, cognition and social interaction impairments; and Cluster C, with cognition, role functioning and social interaction. Noteworthy, Clusters B and C were more strongly associated with cognition impairment than other 12-month mental disorders ($\beta = 0.68, 0.66$ and 0.45 , respectively). Likewise, Clusters B and C were more strongly associated with social interaction impairment than other 12-month mental disorders ($\beta = 0.66, 0.68$ and 0.29 , respectively). Global impairment was greater for Cluster C, when compared to other 12-month mental disorders ($\beta = 0.61$ and 0.56 , respectively). Cluster A, however, was not shown to be specifically associated with impairment.

Treatment

According to **Table 7**, approximately 20% of those with any PD had received treatment for emotional or substance use problems in the year previous to the interview. The prevalence of specialized mental health care was greater than that of general medical or non-health care (14.35% vs. 7.09% and 5.60%, respectively). Treatment was more prevalent among those with Cluster C, followed by Clusters B and A, in all care modalities.

Table 7. Prevalence of 12-month treatment among those with personality disorders in the Sao Paulo Metropolitan Area.

Personality disorders	Any treatment	Health care					Non-health care		
		Mental Health Specialist							
		Psychiatrist	Other mental health [§]	Any mental health	General medical [‡]	Any health care	Human service	CAM [¶]	Any non-health care
	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)
Cluster A	15.38 (4.64)	8.22 (3.52)	5.44 (2.77)	11.26 (4.36)	5.33 (2.99)	13.23 (4.54)	2.82 (2.03)	3.56 (2.49)	5.25 (2.69)
Cluster B	22.59 (5.56)	11.20 (3.89)	7.91 (3.54)	15.98 (5.53)	7.96 (3.28)	18.40 (5.60)	2.83 (1.87)	4.93 (2.85)	7.07 (3.30)
Cluster C	26.66 (5.10)	13.26 (3.80)	8.38 (3.30)	17.89 (4.79)	8.06 (2.92)	22.69 (5.06)	3.55 (2.26)	5.39 (2.69)	7.90 (2.96)
Any PD	19.95 (4.13)	10.93 (2.97)	6.90 (2.45)	14.35 (3.37)	7.09 (2.70)	18.00 (4.10)	2.92 (1.58)	3.86 (2.23)	5.60 (2.49)

SE: standard error; CAM: complementary and alternative medicine;

[§] defined as psychologists or other non-psychiatrist mental health professionals in any setting, social worker or counsellor in a MHS setting or use of a mental health hotline; [‡] defined as a primary care physician, other

general physician, nurse, and any other health professional not previously mentioned; [¶] defined as a religious or spiritual advisor or social worker or counsellor in any setting other than a specialty mental health setting; [§] defined as any other type of healer, participation in an Internet support group, or participation in a self-help group.

Subjects with personality disorders had increased odds of treatment in the previous year (OR: 2.96), regardless of gender and age. This association was stronger for consulting a psychiatrist rather than other mental health specialists or other general medical providers (OR 4.14 vs. 2.57 and 3.05, respectively). Remarkably, after adjustment for other 12-month mental disorders (in addition to gender and sex), only Cluster C remained significantly associated with treatment (OR 1.95) (Table 8).

Table 8. Association between personality disorders and 12-month treatment in the Sao Paulo Metropolitan Area.

		Health care				Non-health care			
		Mental Health Specialist							
	Any treatment	Psychiatrist	Other mental health [§]	Any mental health	General medical [‡]	Any health care	Human service [¶]	CAM [¶]	Any non-health care
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
MODEL 1									
Cluster A	2.49 (1.04-5.96)*	3.11 (1.00-9.74)	2.29 (0.59-8.85)	2.69 (0.88-8.21)	2.64 (0.52-13.38)	2.48 (0.90-6.80)	2.32 (0.30-17.72)	3.06 (0.45-20.67)	2.84 (0.83-9.68)
Cluster B	2.97 (1.42-6.23)**	3.66 (1.57-8.55)**	2.48 (0.81-7.59)	3.15 (1.23-8.10)*	2.92 (1.10-7.76)*	2.70 (1.15-6.34)*	1.89 (0.40-9.02)	3.78 (0.86-16.66)	3.16 (0.97-10.33)
Cluster C	3.78 (1.96-7.31)**	4.32 (1.72-10.87)**	2.82 (0.95-8.38)	3.65 (1.48-8.88)*	2.86 (1.15-7.11)*	3.52 (1.61-7.76)*	2.57 (0.62-10.62)	4.90 (1.41-16.66)*	4.02 (1.59-10.13)**

				9.01) **		7.68) **	10.69)	16.96)*	
Any	2.96	4.14	2.57	3.26	3.05	3.12	2.31	3.05	2.78
PD	(1.60-5.47)**	(1.97-8.73)**	(1.01-6.51)*	(1.69-6.27)**	(1.14-8.15)*	(1.60-6.10)**	(0.62-8.68)	(0.66-14.03)	(0.89-8.67)
MOD									
EL 2									
Cluster A	1.48 (0.58-3.75)	1.65 (0.50-5.51)	1.44 (0.37-5.65)	1.58 (0.49-5.06)	1.49 (0.27-8.15)	1.45 (0.49-4.25)	1.43 (0.18-11.08)	1.90 (0.27-13.57)	1.65 (0.47-5.78)
Cluster B	1.39 (0.66-2.93)	1.52 (0.66-3.50)	1.30 (0.42-4.04)	1.47 (0.56-3.83)	1.36 (0.50-3.71)	1.25 (0.52-2.98)	0.95 (0.19-4.67)	1.91 (0.44-8.27)	1.48 (0.47-4.66)
Cluster C	1.95 (1.01-3.78)*	1.98 (0.77-5.06)	1.57 (0.53-4.68)	1.87 (0.76-4.61)	1.39 (0.55-3.51)	1.79 (0.82-3.90)	1.38 (0.30-6.24)	2.71 (0.74-9.87)	2.04 (0.78-5.32)
Any	1.65 (0.91-2.99)	2.06 (0.96-4.42)	1.54 (0.58-4.06)	1.80 (0.93-3.49)	1.62 (0.59-4.46)	1.72 (0.87-3.38)	1.34 (0.33-5.39)	1.80 (0.39-8.30)	1.52 (0.49-7.72)
PD									

OR (95% CI): Odds ratio (95% confidence interval); CAM: complementary and alternative medicine;

§ defined as psychologists or other non-psychiatrist mental health professionals in any setting, social worker or counsellor in a MHS setting or use of a mental health hotline; ‡ defined as a primary care physician, other general physician, nurse, and any other health professional not previously mentioned; ¶ defined as a religious or spiritual advisor or social worker or counsellor in any setting other than a specialty mental health setting; ¶ defined as any other type of healer, participation in an Internet support group, or participation in a self-help group; model 1: adjusted for gender and age; model 2: adjusted for gender, age and other 12-month mental disorders;

* p<.05; **p<.01; ***p<.001

Discussion

Personality disorders are common in the Sao Paulo Metropolitan Area. They affect 6.77% of its adult residents, with a predominance of Cluster C. They are significantly associated with other mental disorders and predict functional impairment, especially in the cognition and social interaction domains. These subjects have increased odds of receiving treatment for emotional and substance use problems, but associations become largely non-significant when adjusted for other 12-month psychopathology.

Prevalence

The prevalence estimates of PDs in the Greater Sao Paulo are within the ranges found in previous epidemiological surveys for any PD (6.77% vs. 4.4-13.4%); Cluster A (4.33% vs. 1.6-5.7%); Cluster B (2.73% vs. 1.2-5.5%); and Cluster C (4.62% vs. 2.3-9.4%) [3-9]. As seen, estimates vary markedly from one study to another, and this might be due to random variance, cross-cultural or methodological differences.

In order to allow more clear-cut transcultural comparisons, countries participating of the WMH adopted similar sampling, data collection and statistical methods. A cross-national analysis including low-, middle- and high-income countries from different WHO regions estimated the prevalence of any PD at 6.1%. Cluster A disorders predominated (3.6%), followed by Clusters C (2.7%) and B (1.5%) [27]. Since Sao Paulo Megacity participates in this consortium, our estimates may be directly compared to those findings. While the prevalence of any PD in our study was quite similar to the cross-national mean (6.77% vs. 6.1%), specific clusters showed different patterns. The prevalence of Cluster A in Sao Paulo (4.33%) was higher than the overall mean in the WMH (3.6%), but lower than other Latin American countries (5.3% in Colombia, and 4.6% in Mexico). On the other hand, the prevalence of Clusters B and C in our study was higher than all other WMH sites.

Sociodemographic correlates

Recognizing sociodemographic correlates may help identify those in greater risk of PDs, and help tailor adequate interventions. It may also shed light on possible causal mechanisms and help advance physiopathological understanding.

In our study, men had a greater chance of presenting PD and, more specifically, a Cluster A diagnosis, what is consistent with the literature [4-6, 9, 27]. Other authors have

observed an association of being male with Clusters B [4, 6] and C [27]. Some studies, however, did not observe such gender differences [3, 7].

We also found an association between Cluster C and lower educational attainment, and this possibly reflects the negative impact of anxious and fearful traits on education.

We did not observe significant differences regarding age, income, marital or employment status. Previous studies have shown that PDs, especially Cluster B, are more common in the young [3, 4, 6]. Likewise, the literature indicates that PDs are more prevalent among the separated, divorced or never married, as well as the unemployed and those with lower income [44].

Association with urban stressors

Urbanicity was not shown to significantly influence the occurrence of PDs. Migration was not a significant predictor either, although some authors suggest that migrants are at increased risk [45]. This perspective is not consensual, however, and some studies indicate a lower prevalence of PDs in immigrants admitted to psychiatric emergency services in developed countries [46-48]. Still, any solid conclusion can be drawn from these clinical samples since immigrants and natives may have differential probabilities of searching for mental health services.

Living in socially-deprived neighborhoods did not have any impact on personality pathology either. This may be the result of the design of the SPMHS, that assessed only current residency, and not the effect of social deprivation throughout life.

From all urban stressors investigated, only cumulative exposure to violence was associated with personality disorders. Violence is endemic in the Sao Paulo Megacity [17], and repetitive crime victimization may alter neurobiological, psychological, interpersonal and social mechanisms associated with normal personality functioning.

Since this is a cross-sectional study, one cannot exclude the possibility of reverse causality, i.e., individuals with PDs may be more exposed to violence than those without personality pathology.

Co-occurrence

Personality disorders were highly co-occurrent with other 12-month mental disorders. Associations were especially strong for Cluster B and respected a dose-response gradient. Investigating psychiatric comorbidity is a reflection on the very nature of psychopathology and current taxonomies. Why do personality and mental disorders co-occur? Diverse models have been proposed, such as the pathoplastic (one may influence the appearance or presentation of the other); the spectrum (they may share a common etiology); and the causal model (one may have a causal role in the etiology of the other) [49]. Testing these models is beyond the scope of this study, but some initiatives have been trying to disentangle these relationships. One is the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), which aims to explore the structure of mental disorders by means of dimensional measures of psychopathology [50].

Apart etiological and taxonomical considerations, an important aspect regarding co-occurrence is its clinical impact, with reflects on functioning and health services use.

Functional impairment

PDs were associated with significant functional impairment. These are chronic conditions that, even when not comorbid, have negative effects on functioning. Interestingly, “pure” personality pathology may be even more impairing than other mental disorders. “Pure” Cluster C, for example, was more strongly associated with

global impairment than other 12-month mental disorders. These results raise the question why formerly-known as “Axis I” disorders still receive greater attention.

Treatment

Lack of treatment of mental disorders is also a common reality in the Sao Paulo Metropolitan Area [23]. This is especially true for personality pathology, as only one in five cases received treatment in the previous year. With the exception of Cluster C, “pure” PDs remained largely undertreated, in spite of direct functional impairment. Several barriers may account for this situation, and possibly the primary ones are lack of recognition, misunderstanding and stigma. Personality disorders are often ego-syntonic [51] and many people are unaware of their own pathological traits [52, 53]. Regarding families, misunderstanding and misinformation is frequent even among relatives of diagnosed patients [54]. Altogether, these factors may limit treatment need awareness.

Even after overcoming these initial barriers, subjects face additional obstacles on the healthcare system. Access to treatment is unequal, resources in the public health system are insufficient and misallocated, general practitioners are not adequately trained in mental health, the provision of specialized care is limited and services are not adequately integrated [55-57]. Stigma against personality disorders is also a common phenomenon among health care providers. PD assessment is often regarded as time consuming, difficult and not based on specific criteria, and these patients are frequently labeled as difficult, non-adherent and refractory [58, 59]. In our study, treatment was predominantly associated with comorbid, rather than “pure” PDs. This may be the result of greater recognition and less stigma against previously-called “Axis I”. Comorbidity may also result in greater clinical severity and, thus, increased treatment search and receipt. Noteworthy, Cluster C remained significantly associated with treatment after

adjustment of other mental disorders. Compared to other Clusters, these individuals may be more self-conscious and insightful, less denying and more prone to adopt health-related behaviors. Although Cluster B is traditionally regarded as the most troublesome group of PDs, a central feature is their being erratic and impulsive, which may limit their access to treatment. And Cluster A individuals, for their eccentric and isolation characteristics, may have less insight and more treatment avoidance.

Limitations

These results must be considered bearing in mind some potential limitations. Diagnoses were generated from IPDE screening questions using equations derived from the US clinical reappraisal sample. Although prediction accuracy was considered excellent, no other WMH country directly calibrated IPDE diagnoses. Furthermore, empirical studies about the three-cluster model of PDs have shown mixed results [60-63]. Some concern is also raised by the cross-sectional nature of our data, which precludes any conclusion about direction of associations or causality.

Conclusion

This study may offer some relevant contributions to scientific knowledge, to public health policies and to clinical practice.

As indicated in the introduction, little is known about the epidemiology of personality disorders in LMIC. These results help bridge this gap and may reflect what happens in other megacities of the developing world.

In our study, violence was associated with increased chance of personality pathology, but other urban stressors were not. Probably the influence of urban life on personality is a more fine-grained phenomenon, explained by factors such as social

disintegration [64], lack of social support and of shared values, interfering with family functioning and with buffering from the social community [65]. In 1975, Fischer stated that “social networks are the internal fabric of the social structure” and “the possible link between individual and community” [66]. Future studies on the association of urban life and personality disorders would benefit from focusing on the impact of urban stressors on the dynamics of social networks in different developmental stages. This would be assessed by methods such as longitudinal network analysis.

Research is also needed in other LMIC. More studies would consolidate our understanding about the prevalence, the specificities and communalities of PDs in the developing world. Ideally, these studies would have a prospective design and use not only categorical, but also dimensional measures of personality pathology.

Regarding public health, this study made clear the unmet needs of subjects with PDs. This group would benefit from educational interventions directed to lessen stigma and improve identification of cases. Services must be adequately structured to accommodate these patients, and educational programs must be offered not only to specialized but also to general practitioners.

Our data may also be relevant to clinical practice. Formerly-known as “Axis I” disorders have been the main focus of clinical attention on the last decades. This is probably the result of stigma and misbeliefs about PD patients as difficult, malingering, non-adherent and untreatable. These are indeed complex clinical conditions, sometimes more impairing than other mental disorders. With better training, however, practitioners may start feeling more empowered to understand, diagnose and treat these patients. They may start to decode patients’ apparent “being difficult” as a symptom of their disorder. They may start to wonder what may have happened in their lives for their personalities to be like this. And then they may finally become able of sustaining a therapeutic

relationship with these patients, the most important element in the treatment of personality disorders.

Acknowledgements

The Sao Paulo Megacity Mental Health Survey was carried out in conjunction with the World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey Initiative. We thank the SPMHS staff members, Beatriz Margarita Adler, Marlene Galatovicis Teixeira, Indaia de Santana Bassani, and Fidel Beraldi. Thanks also are due to the WMH staff for assistance with instrumentation, fieldwork, and data analysis. A complete list of WMH publications can be found at <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>. We would also like to thank Mike Lane for providing support with the multiple imputation process.

References

1. Lenzenweger MF. Epidemiology of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31(3):395-403, vi.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
3. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;62(6):553-64.
4. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry.* 2006;188:423-31.
5. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000;35(12):531-8.
6. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJr, Brown CH, Costa PT, Jr., Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry.* 2002;180:536-42.
7. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58(6):590-6.

- 583 8. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality
584 disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence
585 disorders. *J Pers Disord*. 2010;24(4):412-26.
- 586 9. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. DSM-IV personality disorders in Mexico:
587 results from a general population survey. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(3):227-34.
- 588 10. Division UNDoEaSAP. World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume I:
589 Comprehensive Tables. New York 2015.
- 590 11. Division UNDP. World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. New
591 York 2015. p. 1-514.
- 592 12. Division UNDoEaSAP. World Urbanization Prospects: The 2005 Revision. New
593 York 2006. p. 1-196.
- 594 13. Petrone P. A cidade de São Paulo no século XX. *Revista de História*. 1955;10(21-
595 22):127-70.
- 596 14. Comin A, Amitrano C. Economia e Emprego: A Trajetória Recente da Região
597 Metropolitana de São Paulo. *Novos Estudos CEBRAP*. 2003;66:53-76.
- 598 15. Centro de Estudos da Metrópole. Mapa da Vulnerabilidade Social São Paulo
599 [06/19/2017]. Available from: <http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/584>.
- 600 16. Vlahov D, Galea S. Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of Urban*
601 *Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2002;79(Suppl 1):S1-S12.
- 602 17. Peres MFT, Cardia N, Mesquita Neto P, Santos PC, Adorno S. Homicídios,
603 desenvolvimento socio-econômico e violência policial no Município de São Paulo,
604 Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(4):268-76.
- 605 18. Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, Dekker J. The current status of urban-rural
606 differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(2):84-93.
- 607 19. Wang JL. Rural-urban differences in the prevalence of major depression and
608 associated impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(1):19-25.
- 609 20. Kovess-Masfety V, Alonso J, de Graaf R, Demyttenaere K. A European approach
610 to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study. *Can*
611 *J Psychiatry*. 2005;50(14):926-36.
- 612 21. Paykel E, Abbott R, Jenkins R, Brugha T, Meltzer H. Urban-rural mental health
613 differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. *Int Rev*
614 *Psychiatry*. 2003;15(1-2):97-107.
- 615 22. World Health Organization. The World Mental Health Survey Initiative
616 [Available from: <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>].
- 617 23. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et
618 al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health
619 survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2):e31879.
- 620 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico
621 populacional do ano 2000 [Available from:
622 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>].
- 623 25. Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *J*
624 *Am Stat Assoc*. 1949;44(247):380-7.
- 625 26. Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani IS, Andrade LH. São Paulo Megacity
626 Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric
627 morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation.
628 *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(4):375-86.

27. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):46-53.
28. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, et al. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(3):215-24.
29. Loranger AW. International Personality Disorder Examination: DSM-IV and ICD-10 interviews. PARS Psychological Assessment Resources; 1999.
30. Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, Neff C. Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):345-51.
31. Lenzenweger MF. Stability and change in personality disorder features: the Longitudinal Study of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(11):1009-15.
32. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *Am J Psychiatry*. 1997;154(11):1593-8.
33. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.
34. Viana MC, Viana-Moldes I, Teixeira M, Basani IS, Andrade LH. The World Mental Health Survey Initiative Version of the Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI): Translation and adaptation to Brazilian-Portuguese: The instrument used in the "São Paulo Megacity Mental Health Survey". Printed Version. 2004.
35. Chwastiak LA, Von Korff M. Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(6):507-14.
36. Graham JW. Missing data analysis: making it work in the real world. *Annu Rev Psychol*. 2009;60:549-76.
37. Rhemtulla M, Little T. Tools of the Trade: Planned Missing Data Designs for Research in Cognitive Development. *J Cogn Dev*. 2012;13(4).
38. Rubin DB. Multiple imputation for nonresponse in surveys. New York: John Wiley & Sons; 1987. 258 p.
39. Rubin DB. Multiple imputation after 18+ years. *J Am Stat Assoc*. 1996;91(434):473-89.
40. Chiavegatto Filho AD, Kawachi I, Wang YP, Viana MC, Andrade LH. Does income inequality get under the skin? A multilevel analysis of depression, anxiety and mental disorders in Sao Paulo, Brazil. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(11):966-72.
41. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC; 2017.
42. StataCorp. Stata Multiple Imputation Reference Manual: Release 15. College Station, TX: Stata Press; 2017.
43. Wolter KM. Introduction to variance estimation. New York: Springer-Verlag; 1985. 427 p.
44. Torgersen S. Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. In: Oldham JMS, A. E. ; Bender, D. S., editor. The American Psychiatric Publishing textbook

of personality disorders. 2nd edition ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. p. 109-30.

45. Paris J. Cultural factors in the emergence of borderline pathology. *Psychiatry*. 1996;59(2):185-92.

46. Pascual JC, Malagon A, Corcoles D, Gines JM, Soler J, Garcia-Ribera C, et al. Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *Br J Psychiatry*. 2008;193(6):471-6.

47. Tyrer P, Merson S, Onyett S, Johnson T. The effect of personality disorder on clinical outcome, social networks and adjustment: a controlled clinical trial of psychiatric emergencies. *Psychol Med*. 1994;24(3):731-40.

48. Baleyrier B, Damsa C, Schutzbach C, Stauffer O, Glauser D. Comparison between Swiss and foreign patients characteristics at the psychiatric emergencies department and the predictive factors of their management strategies. *Encephale*. 2003;29(3 Pt 1):205-12.

49. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry*. 2011;10:103-6.

50. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(4):454-77.

51. Hirschfeld RM. Personality disorders: Definition and diagnosis. *Journal of Personality Disorders*. 1993;7(Suppl.):9-17.

52. Oltmanns TF, Gleason ME, Klonsky ED, Turkheimer E. Meta-perception for pathological personality traits: do we know when others think that we are difficult? *Conscious Cogn*. 2005;14(4):739-51.

53. Oltmanns TF, Turkheimer E. Person Perception and Personality Pathology. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(1):32-6.

54. Hoffman PD, Buteau E, Hooley JM, Fruzzetti AE, Bruce ML. Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Fam Process*. 2003;42(4):469-78.

55. Nascimento A de F, Galvanese AT. Evaluation of psychosocial healthcare services in the city of Sao Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009;43 Suppl 1:8-15.

56. Chiavegatto Filho AD, Wang YP, Malik AM, Takaoka J, Viana MC, Andrade LH. Determinants of the use of health care services: multilevel analysis in the Metropolitan Region of Sao Paulo. *Rev Saude Publica*. 2015;49:15.

57. Wang YP, Chiavegatto Filho AD, Campanha AM, Malik AM, Mogadouro MA, Cambraia M, et al. Patterns and predictors of health service use among people with mental disorders in Sao Paulo metropolitan area, Brazil. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(1):89-101.

58. Newton-Howes G, Weaver T, Tyrer P. Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(7):572-7.

59. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015;385(9969):717-26.

60. Blais MA, McCann JT, Benedict KB, Norman DK. Toward an empirical/theoretical grouping of the DSM-III-R personality disorders. *J Pers Disord*. 1997;11(2):191-8.

61. Cox BJ, Sareen J, Enns MW, Clara I, Grant BF. The fundamental structure of axis II personality disorders assessed in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(12):1913-20.
62. Durrett C, Westen D. The structure of axis II disorders in adolescents: a cluster- and factor-analytic investigation of DSM-IV categories and criteria. *J Pers Disord*. 2005;19(4):440-61.
63. Nestadt G, Hsu FC, Samuels J, Bienvenu OJ, Reti I, Costa PT, Jr., et al. Latent structure of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition personality disorder criteria. *Compr Psychiatry*. 2006;47(1):54-62.
64. Paris J. Psychosocial adversity. In: Livesley WJ, editor. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. 1st ed. New York: The Guilford Press; 2001. p. 231–41.
65. Paris J. Personality disorders in sociocultural perspective. *J Pers Disord*. 1998;12(4):289-301.
66. Fischer CS. The study of urban community and personality. *Annual Review of Sociology*. 1975;1:67-89.

Supporting information

S1 Fig. Steps involved in the multiple imputation of personality disorders diagnoses from IPDE screening questions. DS 1-10: datasets 1 to 10; PE 1-10: parameter estimates 1 to 10.

S2 Dataset. Dataset with variables used in this study.

Click here to access/download
Supporting Information
S2_dataset.xls