UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LARISSA BESSANI HIDALGO GIMENEZ

**O Estresse Precoce como um dos determinantes do uso
abusivo de substancias psicoativas: revisão integrativa**

RIBEIRÃO PRETO

2015

LARISSA BESSANI HIDALGO GIMENEZ

O Estresse Precoce como um dos determinantes do uso abusivo de
substâncias psicoativas: revisão integrativa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Estresse Precoce e Álcool e
Drogas

Orientador: Edilaine Cristina da Silva Gherardi
Donato

RIBEIRÃO PRETO
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

GIMENEZ, Larissa Bessani Hidalgo

O Estresse Precoce como um dos determinantes do uso abusivo de substâncias psicoativas: revisão integrativa. Ribeirão Preto, 2015.

104 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato

1. Estresse Precoce. 2. Traumas de Infância. 3. Substâncias Psicoativas. 4. Álcool e Drogas. 5. Childhood Trauma Questionnaire.

GIMENEZ, Larissa Bessani Hidalgo

O Estresse Precoce como um dos determinantes do uso abusivo de substâncias psicoativas: revisão integrativa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*A minha mãe **Elizabet**, meu maior exemplo.*

*Ao meu pai **Francisco** (in memorian), sempre vivo em meu coração.*

*Ao meu irmão **Felipe** (in memorian), meu anjo protetor.*

AGRADECIMENTOS

*Em primeiro lugar a **Deus** pelo dom da vida, pelas graças alcançadas e fortaleza nos momentos difíceis.*

*A minha amada mãe **Elizabet Bessani Hidalgo**, que viveu esse sonho junto comigo, me apoiou em todos os sentidos e sempre se fez presente, mesmo longe.*

*A minha orientadora **Dra. Edilaine C. S. Gherardi Donato**, pela orientação deste trabalho, confiança depositada, apoio oferecido e pela amizade construída.*

*A minha **família** amada que sempre me amparou e me incentivou.*

*A minha ex orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso e agora amiga, **Marcela Martins Furlan**, por me fazer acreditar que seria possível estar aqui hoje, e pelos ensinamentos dispensados durante a graduação.*

*A minha prima-irmã **Luana Bessani**, mãe do meu afilhado amado **Miguel**, por nossa amizade continuar a mesma, mesmo eu tendo que ir embora.*

*Aos meus **amigos de Sinop**, que sempre me esperam de braços abertos quando retorno.*

*Aos meus amigos de Ribeirão Preto, em especial: **Ana Luiza, Augusto, Bianca, Camila, Carla, Elton Carlos, Elton Brás, Fabiano, Ítalo, Jéssica, Karine, Leonardo, Lorena, Mariana, Matheus Costa, Matheus Gomes, Maycon, Marcelo, Rafael Santos, Rafael Souza, Samuel, Sandra e Vinicius**, por se tornarem uma segunda família.*

*A professora **Dra. Renata C. C. P. Silveira**, por me auxiliar imensamente na construção dessa dissertação.*

*À secretária do departamento **Adriana Borela**, pela paciência e auxílio.*

*À bibliotecária **Renata A. F. Leite** pela imensa ajuda na coleta de dados.*

Graças a vocês, estou aqui hoje! Minha eterna gratidão.

*“Sua visão se tornará clara somente quando você olhar para dentro do seu coração. Quem
olha para fora, sonha. Quem olha para dentro, acorda.”*

(Carl Jung)

RESUMO

GIMENEZ, L. B. H. **O Estresse Precoce como um dos determinantes do uso abusivo de substâncias psicoativas: revisão integrativa.** 2015. 104p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2015.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar, sistematizar e analisar as evidências científicas que corroborem que ter sofrido Estresse Precoce, mensurado pelo instrumento Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), é um fator determinante no uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta. A busca foi realizada em agosto de 2014 nas bases de dados: PubMed, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Psycinfo, e utilizou-se o limite dos estudos indexados nos últimos 10 anos. Para as buscas nas bases de dados eletrônicas foram utilizadas combinações entre descritores controlados e palavras chaves relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, estresse precoce e CTQ adaptadas para cada base de dados, as quais resultaram em 1114 estudos. Com a utilização dos filtros de idiomas Inglês, Espanhol e Português, somente artigos originais e publicações a partir do ano de 2003 até 18 de Agosto de 2014 o número de referências totais foram de 439. Após retirar os artigos duplicados em mais de uma base de dados, o número total de referências elegíveis para este estudo foi de 359. Após leitura de títulos e resumos foram selecionados para leitura na íntegra 157 estudos. Após leitura na íntegra foram excluídos aqueles textos que não respondiam a questão de pesquisa, sendo eleitos para esta revisão 08 artigos. Para extração dos dados foi utilizado um instrumento validado (URSI). A análise da descrição dos estudos foi realizada com base no instrumento STROBE, metodologia e delineamento das pesquisas foram analisadas com assessoria estatística. A análise dos dados foi descritiva e dividida em subcategorias: Estresse Precoce e Uso de Substâncias Psicoativas na Adolescência; Estresse Precoce e a Diferença Entre os Gêneros; Estresse Precoce e a Relação com Estresse e Depressão na Vida Adulta; Estresse Precoce e as Estratégias de Enfrentamento (*Coping*) na Vida Adulta; Estresse Precoce e o Álcool: a droga mais utilizada e porta de entrada para outras substâncias psicoativas. A partir dos estudos incluídos nessa revisão, foi possível identificar fatores que evidenciam que ter sofrido Estresse Precoce tem como um desfecho o uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta, em combinação com outros fatores ambientais e genéticos que influenciam o início do uso e posterior abuso das mesmas.

Palavras Chaves: Estresse Precoce; Traumas de Infância, Substâncias Psicoativas, Álcool e Drogas, Childhood Trauma Questionnaire.

ABSTRACT

GIMENEZ, L. B. H. **The Early Life Stress as a determinant of the abusive use of psychoactive substances: An integrative review.** 2015. 104 p. Dissertation (Master's Degree). Nursing School of Ribeirão Preto. University of São Paulo. Ribeirão Preto. 2015.

This is an integrative literature review in order to identify, classify and analyze the scientific evidence supporting that have suffered Early Life Stress, measured by the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), is a determining factor in the use and abuse of psychoactive substances in adolescence and adulthood. The search was conducted in August 2014 in the databases: PubMed, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) and Psycinfo, and used the limit of the indexed studies in the last 10 years. For searches of electronic databases were used combinations of controlled descriptors and keywords related to substance abuse, early life stress and CTQ, adapted to each database, resulting in 1114 studies. With the use of the filters: English, Spanish and Portuguese language, only original articles and publications from the year 2003 until August 18, 2014, the total number of references were 439. After removing duplicate items in more than one database, the total number of references eligible for this study was 359. After reading titles and abstracts, were selected for full reading 157 studies. In the full texts, were excluded those who did not respond to the research question, being elected to this review 08 articles. For data extraction was used a validated instrument (URSI). The analysis of the description of the studies was based on the STROBE instrument. The methodology and design of the researches were analyzed with statistical advice. Data analysis was descriptive and divided into subcategories: Early Life Stress and Psychoactive Substance Use in Adolescence; Early Life Stress and the Difference Between the Genders; Early Life Stress and the Relationship with Stress and Depression in Adulthood; Early Life Stress and Coping Strategies in Adulthood; Early Life Stress and Alcohol: the most widely used drug and gateway to other psychoactive substances. From the studies included in this review, it was possible to identify factors that Early Life Stress is an outcome of the alcohol and other psychoactive abuse in adolescence and adulthood, in combination with other environmental and genetic factors, that influence the beginning of use and later abuse of them.

Key Words: Early Life Stress; Childhood Trauma, Psicoactive Substance, Drug and Alcohol, Childhood Trauma Questionnaire

RESUMEN

GIMENEZ, L.B.H. **El Estrés de la Vida Temprana como uno de los factores determinantes del consumo de sustancias psicoactivas: una revisión integradora.** 2015. 104p. Dissertação (Maestría). Escola de Enfermería de Ribeirão de la Universidad de Sao Paulo. Ribeirão Preto. 2015.

Se trata de una revisión integradora de la literatura con el fin de identificar, clasificar y analizar la evidencia científica que apoya que han sufrido Estrés de la vida temprana, medida por el instrumento Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), es un factor determinante en el uso y abuso de sustancias psicoactivas en la adolescencia y la edad adulta. La búsqueda se realizó en agosto de 2014 en las bases de datos: PubMed, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) y PsycINFO, y utilizó el límite de los estudios indexados en los últimos 10 años. Para búsquedas de bases de datos electrónicas se utilizaron combinaciones de descriptores y palabras clave controlados relacionados con el abuso de sustancias, el Estrés de la vida temprana y CTQ adaptados a cada base de datos, lo que resulta en 1.114 estudios. Con el uso de los filtros de inglés, español y portugués, sólo artículos originales y publicaciones del año 2003 hasta el 18 de agosto 2014, el número total de referencias eran 439. Después de eliminar elementos duplicados en más de una base datos, el número total de referencias que pueden beneficiarse de este estudio fue 359. Después de la lectura de los títulos y los resúmenes fueron seleccionados para la plena lectura 157 estudios. Después de leer los textos completos se excluyeron los que no respondieron a la pregunta de investigación, elegidos para esta revisión 08 artículos. Para la extracción de los datos se utilizó un instrumento validado (URSI). Las análisis de la descripción de los estudios se basó en el instrumento STROBE, metodología y diseño de la investigación fueran analizadas con el asesoramiento estadístico. Análisis de datos fue descriptiva y se divide en subcategorías: Estrés de la vida temprana y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia; Estrés de la vida temprana y la diferencia entre los sexos; Estrés de la vida temprana y la Relación con el estrés y la depresión en la edad adulta; Estrés de la vida temprana y Estrategias de Afrontamiento (Coping) en la la edad adulta; Estrés de la vida temprana y el alcohol: la droga más consumida y puerta de entrada a otras sustancias psicoactivas. A partir de los estudios incluidos en esta revisión, fue posible identificar los factores que indican que han sufrido estrés de la vida temprana tiene como resultado el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la adolescencia y la edad adulta, en combinación con otros factores ambientales y genéticos que influyen en el inicio del uso y abuso de ellos más tarde.

Palavras clave: Estrés de Vida Temprana, Trauma Infantil, Sustancias Psicoactivas, Alcohol y Drogas, Childhood Trauma Questionnaire.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma do processo de identificação e seleção dos artigos de acordo com o PRISMA Statement. Ribeirão Preto – SP, 2015.....	52
----------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade (Adaptado de Bernstein et al.....	30
Quadro 2	Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, segundo autores, ano de publicação, título, país de origem do estudo, periódico e país de origem e base de dados, Ribeirão Preto, 2015.....	54
Quadro 3	Síntese do estudo de Eames et al., (2014) segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.....	55
Quadro 4	Síntese do estudo de Sinha; Garcia; Hyman (2006), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.....	56
Quadro 5	Síntese do estudo de Shin; Hong; Hazen, (2008), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.....	57
Quadro 6	Síntese do estudo de Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.....	59
Quadro 7	Síntese do estudo de Peltan; Celluci (2011), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.....	60
Quadro 8	Síntese do estudo de Min et al. (2007), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.....	61

Quadro 9	Síntese do estudo de Scomparini et al. (2013), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.....	62
Quadro 10	Síntese do estudo de Vogel et al. (2011), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BZP	Benzodiazepínicos
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DeCs	Descritores em Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de ribeirão Preto
EP	Estresse Precoce
EUA	Estados Unidos da America
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Heading Term
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
QUESI	Questionário Sobre Traumas na Infância
RI	Revisão Integrativa
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
USP	Universidade de São Paul

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	
1.	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Estresse.....	18
1.2	Maus Tratos Infantis e Estresse Precoce.....	20
1.3	Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas.....	23
1.4	Estresse Precoce e o Uso de Substâncias Psicoativas.....	26
1.5	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....	27
2.	OBJETIVO.....	31
3.	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	33
3.1	Prática Baseada em Evidências.....	34
4.	MATERIAL E MÉTODO.....	37
4.1	Critérios de Seleção.....	41
4.1.1	Estratégia de Buscas.....	42
4.1.1.1	PUBMED.....	42
4.1.1.2	Web of Science.....	44
4.1.1.3	LILACS.....	45
4.1.1.4	PsycInfo.....	47
5.	RESULTADOS.....	51
5.1	Fluxograma de Identificação e Seleção dos Estudos	52
5.2	Descrição dos Estudos que Compõem a Revisão Integrativa da Literatura	54
6.	DISCUSSÃO.....	71
6.1	Estresse Precoce e Uso de Substâncias Psicoativas na Adolescência.....	73
6.2	Estresse Precoce e a Diferença Entre os Gêneros.....	75
6.3	Estresse Precoce e a Relação com Estresse e Depressão na Vida Adulta.....	76
6.4	Estresse Precoce e as Estratégias de Enfrentamento (<i>Coping</i>) na Vida Adulta.....	77
6.5	Estresse Precoce e o Álcool: a droga mais utilizada e porta de entrada para outras substâncias psicoativas.....	79
6.6	Contribuições dos Estudos e Futuras Direções.....	81
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
8.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS EM PESQUISA.....	86
	REFERENCIAS.....	88
	ANEXOS.....	98

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é uma Revisão Integrativa (RI) da literatura que busca integrar evidências científicas sobre sofrer Estresse Precoce (EP) e o desfecho do uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta, mensurado pelo instrumento Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).

A pesquisa será norteadada através da abordagem da Prática Baseada em Evidências (PBE). Esse método de pesquisa vem crescentemente sendo utilizado por pesquisadores na área da saúde, pois devido a quantidade e complexidade de informações disponíveis, permite reunir as evidências e encorajar o desenvolvimento e/ou utilização de resultados das pesquisas na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O uso de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública de grande importância, que gera uma série de consequências negativas para o usuário e para a sociedade, por isso a importância em se realizar pesquisas voltadas para essa temática.

A decisão em realizar este estudo deu-se devido ao interesse da pesquisadora pela temática e participação no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental (GEPEMEN), que possui em sua linha de pesquisa o Estresse Precoce e Uso de Álcool e Drogas, e vem utilizando o instrumento CTQ em suas pesquisas. O grupo de pesquisa é coordenado pela Profa. Dra. Edilaine Cristina S. Gherardi-Donato, que é orientadora deste trabalho.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Estresse

A palavra Estresse é oriunda etimologicamente do latim “*stringere*”, e de acordo com o dicionário Houaiss de língua portuguesa quer dizer “apertar, cerrar, comprimir”. O termo estresse denota estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional, perturbam a homeostasia e disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológico e psicológico (HOUAISS; VILLAR et al., 2001; MARGIS et al., 2003).

O estresse consiste em uma resposta não específica do organismo diante de uma situação que ameace a homeostase do indivíduo, provocando a necessidade de mobilização para enfrentar o evento gerador do desequilíbrio biopsicossocial (SELYE, 1959).

Hans Selye em 1956, considerado o “pai do estresse” publicou em 1952 quando professor e diretor do Instituto de Medicina e de Cirurgia Experimentais da Universidade de Montreal (Canadá) um texto de 225 páginas intitulado “*The story of the adaptation syndrome told in the form of informal illustrated lectures*” que tratava sobre os temas como evolução do conceito de estresse, dinâmica da síndrome de adaptação; síndrome de adaptação influencia o desenvolvimento de diferentes doenças, dependendo das circunstâncias; aumento de hormônios com o efeito anti-inflamatório; fatos revelados pelo conceito de síndrome de adaptação e as dúvidas suscitadas; resumo geral dos assuntos representados (ARANTES, 2002; FRANCI, 2005).

De acordo com Selye, a síndrome geral da adaptação consiste em três fases: 1) fase de alarme, caracterizada por manifestações agudas, quando o corpo se prepara para reagir ao agressor; 2) fase de resistência, quando as manifestações agudas desaparecem e o organismo tenta se adaptar aos efeitos do estressor para gerar um equilíbrio interno; 3) fase de exaustão, quando há a volta das reações da primeira fase e pode haver o colapso do organismo onde ocorre um desgaste deste, em que os mecanismos de defesa encontram-se deficitários. Selye afirma que o estresse pode ocorrer em todas as fases, embora suas manifestações sejam

diferentes no decorrer do tempo. Não é necessário que as três fases se desenvolvam para haja registro da síndrome e somente o estresse mais grave leva à fase de exaustão e à morte. Designou o termo “estressores” para os aspectos ativos e causadores da síndrome e o “estresse” como o estado do organismo após ser exposto aos agentes estressores (SELYE, 1959).

Selye fez diferenciação entre dois tipos de estresse: “Distresse” e “Euestresse”. O “Distresse”, que consiste em uma resposta não adequada aos estressores, torna o indivíduo vulnerável levando-o a debilidade física e psicológica de intensidades variáveis, deixa o sistema nervoso menos capaz de suportar a sobrecarga, levando o indivíduo a uma deficiência comportamental, agravando seu quadro. O “Euestresse” é uma situação de equilíbrio, que é alcançada após o indivíduo passar por um estímulo estressor, superando os estímulos negativos e criando imunidade para uma futura sobrecarga de estresse (MANCINI; BONANNO, 2006).

Para Lazarus e Folkman (1984) o estresse acontece como uma transação entre indivíduo e ambiente. São evidenciadas as características individuais do sujeito assim como a natureza do evento ambiental induzem que a determinação de uma relação pessoa/ambiente como fator estressante depende da avaliação cognitiva da situação pelo sujeito. Murphy e Moriarty, (1976) adicionam que fatores de pré-disposição como experiências pregressas, influências genéticas e condições existentes incorporam susceptibilidades influenciando na adequação dos recursos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo para lidar com as demandas adaptativas.

Frente a uma situação geradora de estresse a resposta individual depende, não somente da magnitude e frequência do evento de vida estressor, mas também da combinação dos fatores ambientais e genéticos. Mesmo as capacidades individuais de interpretar, avaliar e elaborar estratégias de enfrentamento podem ser geneticamente influenciadas. O desenvolvimento de um transtorno mental, ligado ao estresse está diretamente relacionado à frequência e duração de respostas de ativação (que pode ser fisiológica, cognitiva e comportamental) provocadas por situações que o sujeito avalia como estressoras para si (MARGIS et al., 2003).

O estresse pode ser gerado por fontes externas que marcam sua presença na vida de uma pessoa e pelo seu mundo interior, cujos efeitos são mediados por estratégias de enfrentamento que são desenvolvidas principalmente

na infância, mas que podem também ser adquiridas durante a história de vida do ser humano (LIPP, 2001).

1.2 Maus Tratos Infantis e Estresse Precoce

Os maus tratos infantis constituem um fenômeno multifacetado, que foi descrito por Bernstein et al., (2003) como Estresse Precoce (EP), que configura-se como uma tensão inicial relacionada a uma gama de experiências traumáticas, abusos e as negligências vivenciadas, que ocorrem durante a infância (AFIFI et al., 2012; ANDA, 2006; BERNSTEIN et al., 2003; MARTINS et al., 2011).

Os maus tratos infantis são considerados eventos traumáticos e são documentados desde a antiguidade. Por longos períodos da história a violência contra a criança foi considerada uma prática comum e aceita pelas sociedades. O infanticídio, abandono em instituições, escravidão, exploração do trabalho infantil e mutilação de membros para causar compaixão e facilitar a mendicância estão abundantemente relatados na literatura (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Os abusos sexuais são descritos desde a antiguidade. O imperador romano Tibério, segundo obra de Suetônio sobre a vida dos Césares, tinha inclinações sexuais que incluíam crianças como objeto de prazer. Sigmund Freud publicou um texto em 1896 no qual afirmava que a etiologia da histeria estava nos abusos sexuais da infância. O trabalho foi mal recebido no meio acadêmico. No ano seguinte, 1897, Freud abandonou essa teoria, explicando as memórias de abuso sexual como fantasias, conforme sua teoria do complexo de Édipo (ADED et al., 2006).

John Caffey, radiologista pediátrico norte-americano, em 1946, cunhou caminhos para o estudo da violência infantil, ao analisar fraturas associadas a hematomas que não eram explicados por nenhuma doença de base. Silverman ampliou o estudo, analisando fraturas causadas por traumatismos infligidos às crianças por seus pais. Em 1962, Kempe e Silverman propuseram, o termo "The Battered Child Syndrome" ou "Síndrome da Criança Espancada". Vicente Fontana propôs o nome "Síndrome dos Maus-tratos Infantis", visando ampliação do conceito.

Mais modernamente, o fenômeno vem sendo denominado "Abuso" ou "Vitimização de Crianças e Adolescentes" (SANTORO JÚNIOR, 2002).

Segundo Ariès (1981), as crianças somente passaram a ter um papel social de relevância a partir do final do século XVII.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê que "[...] os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade" (BRASIL, 1990).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005), entre as causas de morte não natural no ano de 2005, as agressões constituíram-se a primeira causa de óbito na faixa etária de 0 a 19 anos de idade (39,7%) com proporção expressiva na faixa etária de 15 a 19 anos (55,1%) em todo o País.

De acordo com Pires (1999), as consequências de todos os tipos de violência podem ser imediatas ou tardias. O estresse pós-traumático e os distúrbios emocionais são imediatas e as tardias são a drogadição, exploração sexual, problemas de aprendizagem, promiscuidade, queixas somáticas, distúrbios na sexualidade, depressão e dificuldade em se relacionar.

As experiências de EP subdividem-se em Abuso Físico, Abuso Sexual, Abuso Emocional, Negligência Física e Negligência Emocional, de acordo com Bernstein et al., (2003):

O Abuso Físico são agressões cometidas por alguém mais velho com risco de resultar em lesões, que também pode ser usada erroneamente na educação dos filhos por parte dos pais ou responsáveis, levando a lesões corporais e que podem chegar ao homicídio.

O Abuso Sexual configura-se em qualquer tipo de contato ou comportamento sexual entre a criança e alguém mais velho, tendo por finalidade estimular a criança ou adolescente sexualmente e/ou utilizá-la para obter estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outro. Como ocorre em casos de estupro, atentado violento ao pudor, sedução e corrupção de menores.

Abuso Emocional são agressões verbais que afetam o bem estar ou a moral da criança, ou qualquer conduta que humilha, envergonha ou ameaça a mesma, além disso, ocorre quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental.

Negligência Física, é quando os pais ou responsáveis falham em termos de fornecer alimentação, vestuário adequado e outras necessidades básicas como: moradia, segurança e supervisão da saúde.

Negligência Emocional é caracterizada pela falha do cuidador ao fornecer as necessidades básicas emocionais e psicológicas como amor, suporte e motivação. Também quando não é oferecido atenção a criança para suas necessidades emocionais como afeto e suporte cognitivo e psicológico (BERNSTEIN et al., 2003).

Casos de morte dos pais ou substitutos, abandono, separações conjugais, transtornos psiquiátricos dos cuidadores também se caracterizam como estresse precoce (MARTINS et al., 2011).

Durante a primeira infância e a adolescência, importantes estruturas do cérebro estão sendo constituídas, de forma que as consequências dos eventos traumáticos são duradouras e negativas e podem permanecer ao longo da vida da criança vitimada, afetando as esferas comportamental, emocional, social, cognitiva e física (MARTINS et al., 2011).

Indivíduos que experienciaram algum tipo de estresse precoce podem apresentar, na vida adulta, consequências evidenciadas em transtornos mentais como: transtornos de humor, de ansiedade, de personalidade e uso problemático de álcool e outras substâncias (AFIFI, et al., 2012; WONDERLICH, et al., 2007).

Além de ser fator predisponente para as psicopatologias, o trauma precoce pode adiantar o surgimento da doença e alterar a eficácia das estratégias terapêuticas acerca dos transtornos mentais desenvolvidos por esses adultos (JURUENA, 2007).

Lazarus; Folkman (1984) inferem que a determinação de uma relação pessoa/ambiente como fator estressante depende da avaliação cognitiva da situação pelo sujeito. Ou seja, a forma como o indivíduo reage a determinado estímulo interno ou externo comporta-se como fator expressivo para o desenvolvimento ou não de um quadro patológico. O que justifica a relevância da percepção do indivíduo para a compreensão do processo saúde-doença no âmbito da saúde mental.

Existem os fatores de proteção que são atributos disposicionais do indivíduo, do meio ambiente ou da interação entre estes, que modificam, melhoram ou alteram as respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação. A

resiliência é um fator de proteção e significa a capacidade de superação ou adaptação diante de uma dificuldade que é considerada como um risco. A resiliência é um conceito que tem sido explorado e aplicado nas mais diversas áreas que envolvem o ser humano e seu ambiente de relacionamento, de acordo com o momento histórico, a necessidade e o interesse de quem estuda e pesquisa o assunto. A resiliência não é um conceito relativo apenas a características individuais, mas a um processo no qual também estão em jogo redes de suporte social e crenças construídas socialmente (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003; SOUZA, CERVENY, 2006).

Resiliência é um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que resulta da combinação entre as características da criança ou jovem em relação a seu ambiente familiar, social e cultural, ou seja, não pode ser considerado um atributo que nasce com o sujeito ou que é adquirida durante seu desenvolvimento. É um processo de interativo entre a pessoa e o meio onde está inserido, considerado como uma variação individual em resposta ao risco a que está sendo submetido, uma vez que os mesmos fatores causadores de estresse podem ser vivenciados e enfrentados de diferentes maneiras por pessoas diferentes, não sendo a resiliência um atributo fixo do indivíduo (LAAL, ALIRAMAIE, 2010; RUTTER, 1987).

A maneira como o indivíduo percebe e age diante de um evento estressor, precipitador do adoecimento mental, é diretamente relacionado com seu arcabouço de vivências, incluindo aí as experiências durante o período da infância (GHERARDI-DONATO, 2013; TEIXEIRA, 2013).

1.3 Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas

O uso e abuso de substâncias psicoativas encontram-se arraigados na história da humanidade; seja em rituais, como na antiguidade, ou como fonte de prazer e/ou alívio de pressões sociais, o uso dessas substâncias vem aumentando na sociedade contemporânea tornando-se, assim, um problema mundial de saúde pública, estando presente em todas as classes sociais, afetando grupos heterogêneos e constituindo, portanto, um grave problema (ORTH; MORÉ, 2008;

ROLDAN, 2005; SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008; TAVARES, 2004).

As substâncias psicoativas são caracterizadas como drogas que agem diretamente no sistema nervoso central e são capazes de alterar o estado de consciência, de comportamento, cognição e humor do indivíduo. Uma vez utilizadas para fins não terapêuticos e que visam, sobretudo, produzir sensações gratificantes e aumento da emoção, essas substâncias são definidas como psicotrópicas e de uso abusivo (PICOLOTTO et al., 2010).

A dependência de Substâncias Psicoativas é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um transtorno mental e do comportamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Dentre estas substâncias o álcool destaca-se por ser consumido com grande frequência pela população mundial. A cada ano, aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, o que corresponde a quase 40% da população mundial acima de 15 anos; sendo o consumo de álcool puro de 4,3 a 4,7 litros per capita. Quanto aos efeitos nocivos do álcool, estima-se que morrem 2,0 a 2,5 milhões de pessoas por ano, o que significa que 1,2 mortes são atribuíveis ao álcool para cada 1.000 consumidores; correspondendo aproximadamente a 6% das mortes entre homens e 1% entre mulheres (ANTHONY, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

No Brasil, segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas de 2009, a prevalência do uso de álcool na vida aumentou de 68,7% em 2001 para 74,6% em 2005; bem como a dependência do álcool, que cresceu de 11,2% em 2001 para 12,3% em 2005. O relatório supracitado mostra, ainda, que os homens apresentam maior uso na vida e maior dependência do álcool que as mulheres; e que os jovens entre 18 a 24 anos apresentam maior dependência que a faixa etária entre 25 a 34 anos (BRASIL, 2009). Além disso, os adolescentes e jovens começam a beber cada vez mais cedo, em média aos 13,9 anos; bem como o uso regular de bebidas alcoólicas, que vem ocorrendo em média aos 14,6 anos (LARANJEIRA et al., 2007).

Em 20 de maio de 2010, a Presidência da República publicou o Decreto nº 7.179, instituindo o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, “com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas”. Em dezembro de 2011, em continuidade às ações do Governo Federal, foi lançado o Programa *Crack*, É

Possível Vencer, com medidas de integração de ações em três eixos: Prevenção, Cuidado e Autoridade. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país” e “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil”. Segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, o consumo de *crack* e de drogas similares é feito por, aproximadamente, 370 mil pessoas nas capitais e no Distrito Federal. A pesquisa também traçou o perfil dos usuários: homens (78,7%), com idade média de 30 anos e encontram-se em situação de rua (47,3%) (BRASIL, 2013a).

No Brasil, a escalada do *crack* coincidiu com a política de fechamento de leitos psiquiátricos, e a rede pública não tem tido capacidade de absorver toda a demanda. O grande desafio é o de instituir políticas preventivas para a população sob maior risco de contato com essa droga, que deveriam incluir programas sociais e alternativas ocupacionais. É também necessário que os programas de atendimento e as políticas desenvolvidas sejam mais embasados nas evidências científicas já disponíveis sobre o tratamento das dependências químicas (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

A dependência química pode acontecer no indivíduo pela influência de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Fatores biológicos estão associados ao organismo de cada indivíduo, os psicológicos relacionados à personalidade, medos, ansiedade e insegurança para encarar as situações cotidianas. Fatores sociais são relacionados à família, cultura, ou seja, o contexto onde o sujeito está inserido. Conforme as necessidades do sujeito vão sendo compreendidas, vai se estruturando sua personalidade, o indivíduo que recebe atenção, carinho e limite de forma adequada, tem maior possibilidade de tornar-se um adulto centrado. E aquele que enfrenta negligência tem tendência a desenvolver comportamentos desapropriados e dificuldades emocionais para resolver conflitos (BLEFARI, 2002).

Nos Estados Unidos tem-se identificado a existência do uso controlado de *crack*, caracterizado como um consumo a longo-prazo, não-diário e racional, em que o usuário, por meio de estratégias de autocontrole, não tem permitido que a necessidade pela droga governe sua vida. Quando o uso de álcool e drogas é controlado, esse uso é chamado de uso recreacional, desde que não acarrete prejuízos a vida cotidiana do sujeito (GERMAN; STERK, 2002).

Schenker; Minayo (2004) entendem que a dependência está relacionada

ao funcionamento do indivíduo, devido aos problemas que surgem em sua vida, sejam eles sociais ou cognitivos, e que a família, escola e grupo de amigos exerce complexa influência na manifestação do uso abusivo de drogas, principalmente na adolescência. Há necessidade de se tratar o sistema familiar para a transformação da adicção em produção de saúde.

1.4 Estresse Precoce e o Uso de Substancias Psicoativas

O Estresse no início da vida é um preditor do problema de uso de drogas e álcool e dependência de drogas na idade adulta. A relação risco-resiliência para a dependência de álcool e drogas pode ser em parte devido à interação entre a variação genética e fatores estressantes do ambiente, tais como a experiência com maus tratos no início da vida (abuso sexual na infância, abuso físico e emocional, negligência física e emocional) (ENOCH, 2012).

Um grande corpo de evidências sugere que a possível desregulação de respostas neuroendócrinas ocorre induzida por experiências traumáticas da infância, e a negligência emocional pode constituir uma das mudanças biológicas essenciais à vulnerabilidade ao abuso de substâncias (SOMAINI et al., 2011).

No entanto, nem todas as crianças expostas ao estresse acabam desenvolvendo a dependência, e as origens da resiliência podem ser tanto genéticas e ambientais (ENOCH, 2006).

A reduzida percepção de cuidado materno (negligência) parece representar um fator chave da associação entre a variação genética e o uso de drogas, sugerindo uma relação complexa entre fatores genéticos e dos pais (SOMAINI et al., 2011).

Os dados epidemiológicos e clínicos mostram associações frequentes entre experiências adversas na infância e suscetibilidade para abuso de substâncias, particularmente em adolescentes. Evidências científicas sugerem que seja possível que a desregulação de respostas neuroendócrinas é induzida por experiências traumáticas da infância e negligência emocional. Isso pode resultar em um dos requisitos essenciais para vulnerabilidade para o abuso de substâncias

(SOMAINI et al., 2011).

Além disso, segundo os autores, as variáveis do genótipo e as suas interações ambientais têm sido associados com um risco aumentado para o consumo de substâncias com início precoce.

1.5 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Havia instrumentos para investigação de eventos traumáticos na infância, porém possuíam pouca sensibilidade e confiabilidade, muitas medidas de traumas focam unicamente o abuso físico ou sexual, e ignoravam outras formas de maus tratos, como os emocionais. Diante disso Bernstein et al. desenvolveram um questionário autoaplicável de 70 itens denominado Childhood Trauma Questionnaire, que foi elaborado baseado na literatura sobre maus tratos e instrumentos sobre abuso e negligência na infância em adultos. Esse instrumento investiga cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Possui ainda uma escala controle de minimização/negação das respostas (BERNSTEIN et al., 1997; GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006).

Posteriormente, as propriedades psicométricas de uma versão de 28 itens foram examinadas por Bernstein et al. que foi validada mantendo as propriedades da versão original de 70 itens, sendo de mais rápida aplicação. Quanto a validade de construto, análises fatoriais exploratórias e confirmatórias (modeladas por análises de equações estruturais) comprovam que os 25 itens do instrumento (excluindo três itens da escala de minimização/negação) constituem cinco fatores distintos, correspondentes às cinco dimensões hipotetizadas para o instrumento. Bernstein; Fink (1998), obtiveram ótimos indicadores de consistência interna de todas suas subescalas, calculados a partir do alfa de *Cronbach*, cujas medianas variaram de $\alpha=0,66$, para a subescala de negligência física, a $\alpha=0,92$ para a de abuso sexual. Além disso, a confiabilidade do CTQ foi analisada por teste-reteste, mostrando-se bastante estável (BERNSTEIN; FINK, 1998; GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006).

Assim, o CTQ é um instrumento para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos, onde gradua-se a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos. Atualmente o CTQ é um instrumento muito utilizado, sendo considerado instrumento padrão ouro em pesquisas na área clínica e forense. Cada dimensão é constituída por cinco afirmações cuja resposta varia de 1 = nunca até 5 = muito frequentemente (GRASSI-OLIVEIRA, STEIN, PEZZI, 2006).

A dimensão Abuso Emocional é determinada como agressões verbais direcionadas à criança no sentido de valor ou bem-estar ou algum comportamento humilhante a ela direcionada por adultos ou pessoa mais velha. São compreendidas nessa dimensão as seguintes assertivas: 3) As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”; 8) Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido; 14) Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam; 18) Eu senti que alguém da minha família me odiava e 25) Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.

A dimensão Abuso Físico é deliberada por agressões corporais sofridas por uma criança que são cometidas por adultos ou pessoa mais velha, representando um risco ou que resultou em ferimentos. São compreendidas nessa dimensão as seguintes assertivas: 9) Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico; 11) Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos; 12) Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram; 15) Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente e 17) Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.

A dimensão Abuso Sexual é compreendida como contato sexual ou conduta entre uma criança com menos de 18 anos de idade e uma pessoa adulta ou mais velha. Fazem parte desta dimensão as assertivas: 20) Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual; 21) Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual; 23) Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo; 24) Alguém me molestou e 27) Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.

Negligência Emocional é uma dimensão definida como falha dos

cuidadores para atender as necessidades emocionais e psicológicas básicas das crianças, incluindo amor, cuidados e apoio. As assertivas que a compõem são: 5) Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante; 7) Eu me senti amado (a); 13) As pessoas da minha família cuidavam umas das outras; 19) As pessoas da minha família se sentiam unidas e 28) Minha família foi uma fonte de força e apoio.

Negligência Física é definida como o fracasso dos cuidadores para oferecer à criança necessidades físicas básicas, como alimento, abrigo, roupas, segurança e saúde (a supervisão dos pais também é incluída nesta dimensão, caso coloque a segurança da criança em risco). Constituem esta dimensão as assertivas: 1) Eu não tive o suficiente para comer; 2) Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger; 4) Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família; 6) Eu tive que usar roupas sujas e 26) Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.

As assertivas: 10) Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família; 16) Eu tive uma ótima infância e 22) Eu tive a melhor família do mundo, são correspondentes a escala de controle de minimização/negação da experimentação de abuso (BERNSTEIN et al., 2003).

A pontuação da escala é feita através da soma de pontos referente a cada assertiva de cada dimensão, totalizando no final cinco escores. Para o indivíduo ser classificado com presença de EP na infância é necessário que pontue nas classificações de moderado-severo ou severo-extremo. As classificações da CTQ estão descritas de acordo com os pontos de corte sugeridos Bernstein et al., (2003):

Subtipos	Classificação			
	Não à mínimo	Leve à Moderado	Moderado à Severo	Severo à Extremo
Abuso Emocional	5 – 8	9 – 12	13 - 15	≥ 16
Abuso Físico	5 – 7	8 – 9	10 - 12	≥ 13
Abuso Sexual	5	6 – 7	8 - 12	≥ 13
Negligência Emocional	5 – 9	10 – 14	15 - 17	≥ 18
Negligência Física	5 – 7	8 – 9	10 - 12	≥ 13

Quadro 1 – Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade (Adaptado de Bernstein et al, 2003).

O instrumento CTQ foi traduzido, adaptado e validado no Brasil por Grassi-Oliveira; Stein; Pezzi (2006), como Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) (ANEXO A).

2. OBJETIVO

Identificar, Sintetizar e Analisar as evidências científicas que corroborem que ter sofrido Estresse Precoce, mensurado pelo instrumento Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), é um fator determinante no uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta.

3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Prática Baseada em Evidências

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é um enfoque onde é definido um problema e realizada a busca e avaliação das evidências disponíveis sobre o tema, depois as evidências são implementadas na prática, e os resultados avaliados. Essa abordagem incorpora as evidências oriundas de pesquisas, juntamente com a competência do profissional e as preferências do cliente, possibilitando a melhora na qualidade da assistência prestada (GALVÃO, 2002).

A PBE é oriunda da Medicina Baseada em Evidências (MBE) que teve origem no trabalho do médico epidemiologista britânico Archie Cochrane. O movimento PBE começou em 1972, quando Archie Cochrane, criticou a profissão médica por não prestar ao público revisões sistemáticas com evidências rigorosas. Cochrane era um defensor forte de usar evidências de Revisões Sistemáticas pois acreditava que essa era a mais forte evidência sobre a qual basear decisões de tratamento na prática clínica. Ele afirmava que as revisões de pesquisa de evidências em todas as áreas de especialidades precisam ser preparadas sistematicamente, através de um processo rigoroso e que deve ser mantido considerando a geração de novas evidências (MELNYCK, FINEOUT-OVERHOLT, 2011; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Ele enfatizou que milhares de crianças prematuras morreram desnecessariamente porque estudos que subsidiaram a eficácia da administração de corticosteroides em mulheres com alto risco para trabalho de parto prematuro não foram compilados e analisados sob a forma de uma revisão sistemática com forte nível de evidência para as intervenções na prática clínica. Quando finalmente foram publicados os resultados de vários estudos controlados randomizados, que subsidiavam a eficácia da administração de corticosteroides, as chances de morte prematura foram reduzidas de 50% para 30% (LACERDA et al., 2012; MELNYCK, FINEOUT-OVERHOLT, 2011; SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007;)

De acordo com Melnyk; Fineout-Overholt (2011), os passos da PBE são: 0= Cultivar um espírito de investigação. 1= Formular a pergunta clínica de maneira que irá produzir as provas mais relevantes e melhores. 2= Procurar e recolher as provas mais relevantes e melhores para responder a questão clínica. 3= Avaliar

criticamente as provas que foram coletadas para a sua validade, confiabilidade e aplicabilidade, em seguida, sintetizar essa prova. 4= Integrar a evidência com a experiência clínica da pessoa e a preferência e valores do paciente para a implementação de uma decisão clínica. 5= Avaliar os resultados da decisão prática ou da mudança baseada nas evidências. 6= Divulgar os resultados da decisão ou mudança tomada através da Prática Baseada em Evidências.

Por definição, a PBE compreende o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente. O conhecimento está sempre em estado de desenvolvimento e aprimoramento o que implica a possibilidade de encontrarmos, na prática, atitudes desvinculadas dos últimos achados científicos. Na área da saúde, o acompanhamento atualizado dos resultados de pesquisas já se tornou uma prática imprescindível, e este profissional deve planejar seu tempo para, periodicamente, proceder à seleção, leitura e análise dos estudos publicados na área de escolha (ATALLAH; CASTRO, 1998; GALVÃO 2002).

Nesse contexto de urgente adoção de medidas que minimizem o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial, surgiu, inicialmente, no campo da Medicina, e, posteriormente, na Enfermagem, a PBE que tem como elementos básicos o exercício da avaliação clínica e no processo de integração e aplicação das evidências externas àquela realidade observada (ATALLAH; CASTRO, 1998; GALVÃO 2002).

A atualização dos conhecimentos é um processo dinâmico que envolve três etapas: o reconhecimento da necessidade de informações, a obtenção das mesmas e a determinação do seu valor científico. Quanto melhor for um estudo do ponto de vista metodológico, mais confiáveis e generalizáveis serão as conclusões que se podem tirar, aumentando seu valor científico (AVEZUM, 1996).

As evidências podem ser classificadas em níveis de hierarquia. Nível 1: Evidências de uma revisão sistemática ou meta-análises de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes. Nível 2: Evidência obtida de ensaios clínicos randomizados bem desenhados. Nível 3: Evidências obtidas a partir de ensaios clínicos controlados bem desenhados, sem randomização. Nível 4: Evidências de estudos de caso-controle e de coorte bem desenhados. Nível 5: Evidência de estudos de revisões sistemáticas e estudos descritivos qualitativos. Nível 6:

Evidências de estudos descritivos ou qualitativos individuais. Nível 7: Evidências da opinião de autoridades e / ou relatórios de comitês de especialistas (MELNYCK, FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

A PBE tem proporcionado um processo de mudança na prática e melhoria no atendimento ao paciente. Possui modelos, ferramentas e suporte empírico para auxiliar o processo no ambiente e na prática clínica (FINEOUT-OVERHOLT; MELNYK; SCHULTZ, et al., 2005).

A Revisão Integrativa (RI) da literatura é um método de coleta de dados que contribui com a fase da busca da PBE consiste na construção de uma análise ampla da literatura contribuindo para discussões sobre métodos e resultados obtidos em pesquisas e experimentos, tendo como finalidade aprofundar o entendimento sobre determinado fenômeno, baseando-se em estudos e evidências anteriores (BEYEA, NICOLL, 1998).

4. MATERIAL E MÉTODO

Para a realização deste estudo, optamos pelo método de RI realizada através do levantamento de trabalhos científicos publicados que exponham se há relação entre sofrer Estresse Precoce avaliado através do instrumento CTQ, e fazer o uso de substâncias psicoativas posteriormente (adolescência e vida adulta), como uma forma de compreender a relação entre os dois fenômenos.

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial que seja embasada em evidências científicas, a RI vem sendo considerada uma ferramenta de grande importância no campo da saúde, pois sintetiza os estudos realizados sobre determinado tema e direciona a prática, fundamentando-se em conhecimento científico e crítico (SOUZA; SILVA, CARVALHO, 2010).

É um método que proporciona a síntese de conhecimento e incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Informações na área da saúde vem aumentando e tornando-se cada vez mais complexas, por isso é imprescindível que se desenvolvam métodos para embasar e avaliar criticamente essas pesquisas, delimitar as etapas metodológicas percorridas, para permitir que outros profissionais utilizem as evidências encontradas nos estudos da forma mais fidedigna e científica possível (SILVEIRA, 2005). De acordo com Benefield et al., (2003), a RI inclui a análise de pesquisas relevantes, contribuindo para a tomada de decisão e melhorias das práticas clínicas. Além de possibilitar a síntese do conhecimento de um determinado assunto apontar lacunas do conhecimento e promover reflexões que precisam ser constantemente realizadas.

De acordo com Whittemore; Knalf (2005), a RI é a mais vasta abordagem metodológica comparada aos outros métodos de revisão, pois permite delineamentos distintos e variados no que se refere à composição da amostragem, podem ser incluídos tantos estudos experimentais quanto não experimentais o que permite uma maior compreensão do fenômeno. Permite utilizar literatura empírica e teórica, incorporar definição de conceitos, revisar teorias e evidências, analisar possíveis problemas metodológicos. Permite a inclusão tanto de pesquisas qualitativas quanto de quantitativas, proporcionando assim, uma compreensão abrangente e profunda sobre o tema estudado.

Na RI é imprescindível que seja mantido o rigor metodológico e clareza na apresentação e disposição dos resultados. Possibilitando ao leitor identificar as reais características dos estudos incluídos (GANONG, 1987).

Para a elaboração dessa RI serão percorridas seis etapas distintas que serão descritas, conforme proposto pelos autores Gananong (1987) e Beyea e Nicoll (1998), descritos por Mendes, Silveira, Galvão (2008):

- Primeira Etapa

Questão Norteadora

Para realizar uma revisão sistematizada, é necessário primeiramente definir a questão norteadora a ser respondida. Essa pergunta deve responder a esses elementos metodológicos fundamentais. Escolhemos a metodologia PICOT para formular a questão de pesquisa (MELNYCK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011). PICOT representa um acrônimo para P=Paciente ou População – descrição da população alvo que será investigada no estudo, I=Intervenção ou Indicador - descrição do que será investigado, C=Comparação ou Controle – critérios para a avaliação da efetividade da intervenção ou da questão de interesse e O=“Outcomes” (desfecho) – ou seja, a resposta obtida e T= Tempo (prazo) (MANTOANI, 2012; SANTOS; PIMENTA; MELNYCK, FINEOUT-OVERHOLT, 2011; NOBRE, 2007;).

Nessa RI a estratégia PICOT será empregada da seguinte maneira:

P – Pessoas que sofreram Estresse Precoce na infância e que fazem uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta

I – Ter sofrido Estresse Precoce, mensurado pelo CTQ

C – (não se aplica)

O – Pessoas que sofreram Estresse Precoce na infância avaliado pelo CTQ, tem como desfecho o uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta.

T- (não se aplica)

E a seguinte questão deverá ser respondida: Sofrer Estresse Precoce na infância é um determinante no uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta?

- Segunda Etapa

Amostragem

Os estudos serão selecionados a partir das seguintes bases de dados: PubMed, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Psycinfo.

A PubMed (*Public Medical*), disponível pela *National Library of Medicine's* no portal da *The National Center for Biotechnology Information*. Contém citações da literatura biomédica, provida pela MEDLINE, *journals* de ciências, e livros *online*. Contém referências bibliográficas e resumos de revistas publicados em 71 países. Indexa além dos periódicos selecionados, outros títulos que publicam assuntos do interesse das ciências da saúde. Dentre as áreas de abrangência estão a medicina, odontologia, enfermagem, veterinária e ciências afins. Essa base de dados possui seus próprios descritores controlados, e os mesmos são consultados pelo MeSH, no idioma inglês.

A Web of Science, é uma base de dados do *Institute for Scientific Information* (ISI). Acesso pelo portal de periódicos da CAPES. É uma base de dados do Institute for Scientific Information, que permite a recuperação de trabalhos publicados nos mais importantes periódicos internacionais, apresentando as referências bibliográficas contidas nos mesmos, informando ainda, sobre os trabalhos que os citaram, com referências a outros trabalhos. O período de abrangência estende-se de 1900 até o presente, incluindo os conteúdos das bases "*Century of Science*" e "*Century of Social Science*".

A Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), disponível pelo portal global da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) é uma base de dados que contempla o registro da literatura técnico-científica em saúde produzida na América Latina e no Caribe, publicada desde o ano de 1982. Indexa outros tipos de literatura científica como teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congresso ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais. A base LILACS possui seus próprios descritores controlados e são consultados no DeCs da BVS no idioma português.

Psycinfo é um departamento da Associação Americana de Psicologia

(APA) dedicada a criar produtos que tornam mais fácil para os investigadores a localizar literatura psicológica relevante para as suas linhas de pesquisa. Fornece acesso a literatura internacional em psicologia e disciplinas afins. O banco de dados é enriquecido com a literatura a partir de uma matriz de disciplinas relacionadas à psicologia, como psiquiatria, educação, negócios, medicina, enfermagem, farmacologia, direito, linguística e trabalho social.

4.1 Critérios de Seleção

Critérios de Inclusão

- Somente Artigos Originais;
- Estudos Primários na íntegra publicados no período de 2003 até o dia 18/08/2014;
- Idiomas português, inglês e espanhol;
- Estudos de abordagem quantitativa e qualitativa;
- Estudos primários que abordem o uso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta como desfecho de ter sofrido estresse Precoce;
- Estudos que utilizaram o questionário “Childhood Trauma Questionnaire” em coleta de dados para mensurar o Estresse Precoce;

Critérios de Exclusão

- Artigos de Revisão;
- Artigos Secundários;
- *Guidelines*;
- Editoriais;
- Artigos que abordem o Estresse Precoce tendo como desfecho outros quadros clínicos psiquiátricos, que não transtornos por uso de substâncias psicoativas.

4.1.1 Estratégia de Buscas

A estratégia de busca dos estudos primários foi realizada apenas nas bases de dados, após definição da pergunta norteadora. Os descritores e palavras chaves foram selecionados/adaptados para cada base. A estratégia de busca foi realizada com assessoria da bibliotecária responsável pelo setor de bases de dados da Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Para o armazenamento e gerenciamento das referências foi utilizado o EndNote Web, um *software* gerenciador de bibliografias para publicação de artigos científicos.

O número total de referências encontradas nas quatro bases de dados foram 1114.

Com a utilização dos filtros de idiomas Inglês, Espanhol e Português, somente artigos originais e publicações a partir do ano de 2003 até 2014 o número de referências totais foram de 439.

Após retirar os artigos duplicados em mais de uma base de dados, o número total de referências elegíveis para este estudo foi de 359. Após leitura de títulos e resumos foram selecionados para leitura na íntegra 157 estudos. Após leitura na íntegra foram excluídos aqueles textos que não respondiam a questão de pesquisa, sendo eleitos para este estudo 08 artigos.

4.1.1.1 PUBMED

Na base de dados Pubmed foram utilizados descritores controlados da base de dados, consultados no Mesh Terms: *Child Abuse; Child Neglect; Child Development; Child Abuse, Sexual; Adult Survivors of Child Abuse; Sex Offenses; Stress Disorders, Post-Traumatic; Parent-child relations; Mother-Child Relations; Father-Child Relations; Child, Abandoned; Battered Child Syndrome; Domestic Violence; Adult Survivors of Child Abuse; Stress Disorders, Post-Traumatic; Stress, Physiological; Substance-Related Disorders; Substance Abuse, Intravenous; Alcohol*

Drinking; Behavior, Addictive; Cocaine-Related Disorders; Alcohol-Related Disorders; Alcoholism; Street Drugs; Tobacco Use; Alcoholic Beverages; Marijuana Abuse; Inhalant Abuse; Drug Users. Foram utilizadas palavras-chave juntamente com os descritores na busca. O número total de referências foi de 298. Após utilizados os filtros, restaram 244 resultados.

A seguinte estratégia foi utilizada: (adverse childhood experiences) or (early adverse experience) or (early life stress) or (early trauma) or (early abuse) or (child abuse) or (child sexual abuse) or (child neglect) or (child health) or (child development) or (child maltreatment) or (child abuses) or (child abuse, sexual) or (sexual child abuse) or (child life events) or (childhood adverse experiences) or (childhood trauma) or (childhood physical abuse) or (childhood emotional abuse) or (childhood sexual abuse) or (childhood emotional neglect) or (childhood physical neglect) or (childhood adversity) or (childhood abuse) or (childhood maltreatment) or (childhood life events) or (childhood sexual abuse) or (emotional abuse) or (psychological abuse) or (physical abuse) or (sexual abuse) or (sexual abuse of child) or (sexual abuse, child) or (sexual violence) or (sex offenses) or (maltreatment) or (trauma) or (homelessness) or (adverse event) or (perception of parental attitudes) or (sexual victimization) or (adult survivors) or (health consequences) or (post-traumatic stress disorder) or (stress disorders, post-traumatic) or (mistreated child) or (parent-child relations) or (mother-child relations) or (father-child relations) or (child, abandoned) or (battered child syndrome) or (domestic violence) or (family violence) or (violence, family) or (maltreatment against children) or (violence against children) or (intrafamily violence) or (neglect physical abuse) or (adversities neglect) or (adult survivors of child abuse) or (adult survivors, child abuse) or (stress disorders, post-traumatic) or (stress, physiological) and (childhood trauma questionnaire) and (drug addiction) or (substance abuse) or (alcohol use) or (alcohol drinking) or (drug use) or (drug use disorder) or (substance use disorder) or (age of drinking onset) or (drinking initiation) or (alcohol drinking) or (alcohol consumption) or (addiction) or (behavior, addictive) or (cocaine dependence) or (cocaine-related disorders) or (alcohol-related disorders) or (alcoholism) or (substance use) or (substance use disorder) or (substance-related disorders) or (drug dependence) or (smoking) or (addiction) or (polysubstance dependence) or (substance misuse) or (substance abuse, intravenous) or (drug addiction) or (drugs) or (abuse drugs) or (street drugs) or

(substance addiction) or (substance-related) or (illicit drugs) or (tobacco use) or (alcoholic beverages) or (marijuana abuse) or (inhalant abuse) or (drug users).

4.1.1.2 Web of Science

Na base de dados Web of Science, não existem descritores controlados, então foi realizada busca a partir de palavras-chave. Foram encontradas 96 referências, e após os filtros restaram 90. Foi utilizada a seguinte estratégia de buscas: (“adverse childhood experiences” or “early adverse experience” or “early life stress” or “early trauma” or “early abuse” or “child abuse” or “child sexual abuse” or “child neglect” or “child health” or “child development” or “child maltreatment” or “child abuse” or “child abuses” or “child abuse, sexual” or “sexual child abuse” or “child abuse, adult survivors” or “child life events” or “childhood adverse experiences” or “childhood trauma” or “childhood physical abuse” or “childhood emotional abuse” or “childhood sexual abuse” or “childhood emotional neglect” or “childhood physical neglect” or “childhood adversity” or “childhood abuse” or “childhood maltreatment” or “childhood life events” or “childhood sexual abuse” or “emotional abuse” or “psychological abuse” or “physical abuse” or “sexual abuse” or “sexual abuse of child” or “sexual abuse, child” or “sexual violence” or “sex offenses” or “maltreatment” or “trauma” or “homelessness” or “adverse event” or “perception of parental attitudes” or “sexual victimization” or “adult survivors” or “health consequences” or “post-traumatic stress disorder” or “stress disorders, post-traumatic” or “mistreated child” or “parent-child relations” or “mother-child relations” or “father-child relations” or “child, abandoned” or “child, abandoned” or “battered child syndrome” or “domestic violence” or “family violence” or “violence, family” or “maltreatment against children” or “violence against children” or “intrafamily violence” or “neglect physical abuse” or “adversities neglect” or “adult survivors of child abuse” or “adult survivors, child abuse” or “stress disorders, post-traumatic” or “stress, physiological”) and (“childhood trauma questionnaire”) and (“drug addiction” or “substance abuse” or “alcohol use” or “alcohol drinking” or “drug use” or “drug use disorder” or “substance use disorder” or “age of drinking onset” or “drinking initiation” or “alcohol drinking” or “alcohol

consumption” or “addiction” or “behavior, addictive” or “cocaine dependence” or “cocaine-related disorders” or “alcohol-related disorders” or “alcoholism” or “substance use” or “substance use disorder” or “substance-related disorders” or “drug dependence” or “smoking” or “addiction” or “polysubstance dependence” or “dependence” or “substance-related disorders” or “substance misuse” or “substance abuse, intravenous” or “drug addiction” or “drugs” or “abuse drugs” or “street drugs” or “substance addiction” or “substance-related” or “illicit drugs” or “tobacco use” or “alcoholic beverages” or “marijuana abuse” or “substance abuse, intravenous” or “inhalant abuse” or “drug users”).

4.1.1.3 LILACS

Na base de dados LILACS foram utilizados descritores controlados consultados no DeCs, e foram encontrados 667 resultados, e após a utilização dos filtros restaram 63, utilizando a seguinte busca: ("crianca" or "maus-tratos infantis" or "negligencia" or "síndrome da criança maltratada" or "abuso sexual na infância" or "violencia domestica" or "violencia sexual" or "crianca abandonada" or "sobreviventes adultos de maus-tratos infantis" or "estresse fisiologico" or "transtornos de estresse pos-traumaticos") and ("alcoolismo" or "transtornos relacionados ao uso de alcool" or "transtornos relacionados ao uso de anfetaminas" or "transtornos relacionados ao uso de cocaína" or "transtornos relacionados ao uso de opioides" or "transtornos relacionados ao uso de substancias" or "dependencia de heroína" or "consumo de bebidas alcoolicas" or "habito de fumar" or "habito de fumar maconha" or "abuso de maconha" or "drogas ilicitas" or "consumo de bebidas alcoolicas" or "abuso de substancias por via intravenosa" or "abuso de inalantes" or "usuarios de drogas") [descriptor de assunto].

Quando cruzados os descritores controlados acima, com as palavra-chave “Childhood Trauma Questionnaire” ou “Questionário de Traumas da Infância” o resultado das buscas foi igual a 0.

O termo “childhood trauma questionnaire” não existe no DEC’S, então optamos por utilizar o descritor controlado “questionários” na busca, porém o

resultado foi igual a 0: "criança" or "maus-tratos infantis" or "negligencia" or "síndrome da criança maltratada" or "abuso sexual na infância" or "violencia domestica" or "violencia sexual" or "criança abandonada" or "sobreviventes adultos de maus-tratos infantis" or "estresse fisiologico" or "transtornos de estresse pos-traumaticos" and "questionários" and "alcoolismo" or "transtornos relacionados ao uso de alcool" or "transtornos relacionados ao uso de anfetaminas" or "transtornos relacionados ao uso de cocaína" or "transtornos relacionados ao uso de opioides" or "transtornos relacionados ao uso de substancias" or "dependencia de heroína" or "consumo de bebidas alcoolicas" or "habito de fumar maconha" or "habito de fumar" or "abuso de maconha" or "drogas ilicitas" or "consumo de bebidas alcoolicas" or "abuso de substancias por via intravenosa" or "abuso de inalantes" or "usuarios de drogas".

Ainda na base de dados LILACS, quando foram cruzados descritores controlados com palavras chaves, o resultado foi igual a 0 na seguinte busca: ("estresse precoce" or "traumas na infância" or "criança" or "criança vitimizada" or "criança maltratada" or "desenvolvimento infantil" or "saúde infantil" or "criança" or "relações pai-filho" or "relações mãe-filho" or "família" or "incesto" or "maus-tratos infantis" or "abuso de crianças" or "maus-tratos de menores" or "negligência" or "negligência infantil" or "negligência com a criança" or "abandono de menores" or "maus tratos sexuais" or "maus tratos sexuais infantis" or "molestamento sexual da criança" or "maus-tratos contra crianças" or "síndrome da criança maltratada" or "abuso" or "abuso sexual" or "abuso sexual infantil" or "abuso sexual na infância" or "abuso sexual da criança" or "abuso sexual de menor" or "violência" or "violência doméstica" or "violência doméstica contra a criança" or "violência sexual" or "violência intrafamiliar" or "violência contra crianças" or "negligência com a criança" or "criança abandonada" or "relações pais-filhos" or "sobreviventes adultos de maus-tratos infantis" or "adultos sobreviventes de abuso sexual" or "estresse fisiológico" or "transtornos de estresse pós-traumáticos") and ("childhood trauma questionnaire" or "questionário" or "questionários" or "questionário sobre traumas na infância") and ("álcool" or "drogas" or "bebidas alcoólicas" or "substancias psicoativas" or "drogas" or "abuso de drogas" or "abuso" or "hábito de fumar maconha" or "hábito de fumar" or "transtornos relacionados ao uso de anfetaminas" or "abuso de maconha" or "drogas ilícitas" or "consumo de bebidas alcoólicas" or "transtornos relacionados ao uso de

opioides” or “drogas ilícitas” or “abuso de substâncias por via intravenosa” or “abuso de inalantes” or “usuários de drogas” álcool” or “alcoolismo” or “dependência química” or “uso nocivo de álcool e drogas” or “uso abusivo de álcool e drogas” or “tabagismo” or “transtornos relacionados ao uso de substâncias” or “transtornos relacionados ao uso de cocaína” or “transtornos relacionados ao uso de álcool” or “dependência de heroína” or “alcoolismo” or “consumo de bebidas alcoólicas” or “transtornos relacionados ao uso de opioides”).

4.1.1.4 PsycInfo

Na base de Dados PsycInfo, foi realizada busca com descritores controlados da base: *Battered Child Syndrome, Child Abuse, Domestic Violence, Father Child Relations, Mother Child Relations, Parent Child Relations, Sex Offenses, Sexual Abuse, Stress, Addiction, Alcoholic Beverages, Alcoholism, Drug Abuse, Inhalant Abuse, Marijuana Usage, Tobacco Smoking*. Também foi utilizado o termo “*Childhood Trauma Questionnaire*” como palavra chave. Os descritores controlados foram cruzados com a palavra chave. O resultado da busca foi de 53 referências. Após utilizados os filtros, restaram 42.

A seguinte estratégia de busca foi realizada: *Index Terms*: {battered child syndrome} or {child abuse} or {domestic violence} or {father child relations} or {mother child relations} or {parent child relations} or {sex offenses} or {sexual abuse} or {stress} and index terms: {addiction} or {alcoholic beverages} or {alcoholism} or {drug abuse} or {inhalant abuse} or {marijuana usage} or {tobacco smoking} and any field: "childhood trauma questionnaire".

- Terceira Etapa

Extração dos Dados

Segundo Beyea; Nicoll (1998), essa etapa consiste na definição dos dados a serem extraídos dos estudos que foram selecionados, utilizando um instrumento previamente elaborado para reunir as informações chave. Ganong

(1987), defende que esta fase é essencial antes da coleta de dados de todas as pesquisas.

Nessa etapa será utilizado um instrumento para a extração dos dados dos estudos selecionados que contemple a identificação do estudo, características metodológicas, análise dos dados, resultados do estudo, conclusões do estudo, implicações para a prática e evidências do estudo. Optamos por utilizar um instrumento já validado por Ursi (2005) (ANEXO B) que considera os seguintes itens: 1) Identificação do estudo (título do artigo e do periódico, autores, país, idioma e ano de publicação); 2) Instituição sede do estudo; 3) Tipo de revista científica; 4) Características metodológicas do estudo (tipo de publicação, objetivo ou questão da investigação, amostra, tratamento dos dados, intervenções realizadas, resultados, análise, implicações e nível de evidência); 5) Avaliação do rigor metodológico (clareza na identificação da trajetória metodológica no texto e identificação de limitações ou vieses).

Com a finalidade de discutir a qualidade de cada estudo selecionado, foi utilizado o STROBE *Statement* o qual foi traduzido e adaptado para o idioma português como declaração STROBE (ANEXO C) (MALTA, et al., 2010) trata-se de um *checklist* composto de 22 itens com recomendações, com o intuito de orientar autores sobre o conteúdo que deve ser contemplado em estudos observacionais, objetivando uma mais completa descrição a fim de aprimorar a qualidade do artigo científico. Os Itens (números) são relacionados à: (01) título e resumo; **Introdução** - (02) contexto/justificativa (03) objetivos; **Métodos** - (04) Desenho do estudo, (05) Contexto (setting), (06) participantes, (07) variáveis, (08) fonte dos dados/mensuração, (09) viés, (10) tamanho do estudo, (11) variáveis quantitativas, (12) métodos estatísticos; **Resultados** - (13) participantes, (14) dados descritivos, (15) desfecho, (16) resultados principais, (17) outras análises; **Discussão** - (18) resultados principais, (19) limitações, (20) interpretação, (21) generalização; e **Outras Informações** - (22) financiamento. (MALTA, et al., 2010).

- Quarta Etapa

Avaliação dos Dados:

A Força da Evidência dos estudos foi analisada de acordo com os

critérios da PBE, utilizando a Classificação de Evidências definida por Melnyk; Fineout-Overholt (2011). A depender da questão clínica, uma determinada hierarquia de evidências deve ser adotada. A classificação da força de evidência para diferentes questões clínicas, de acordo com Melnyk; Fineout-Overholt (2011) pode ser direcionada em 3 subtipos: 1) Intervenção ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico; 2) Prognóstico/Predição ou Etiologia; 3) Significado:

- 1) Intervenção ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico:** Nível I: Evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados. Nível II: Evidências derivadas de ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados. Nível III: Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização. Nível IV: Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados. Nível V: Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos. Nível VI: Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo. Nível VII: Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.
- 2) Prognóstico/Predição ou Etiologia:** Nível I: Evidências provenientes da síntese dos estudos de coorte ou caso-controle. Nível II: Evidências derivadas de um único estudo de coorte ou caso-controle. Nível III: Evidências decorrentes de metassíntese de estudos qualitativos ou descritivos. Nível IV: Evidências procedentes de um único estudo descritivo ou qualitativo. Nível V: Evidências resultantes de opinião de especialistas.
- 3) Significado:** Nível I: Evidências obtidas de metassínteses de estudos qualitativos. Nível II: Evidências alcançadas a partir de um único estudo qualitativo. Nível III: Evidências derivadas de sínteses de estudos descritivos. Nível IV: Evidências provenientes de um único estudo descritivo. Nível V: Evidências oriundas de opinião de especialistas.

Como na amostra final de estudos que compões essa revisão não tivemos nenhum estudo de Intervenção nem de Significado, adotamos para classificar a força de evidência a Questão Clínica Prognóstico/Predição ou Etiologia (2) em todos os estudos.

- Quinta Etapa

Análise e Síntese dos Resultados da Revisão

A apresentação dos resultados deve ser feita de forma clara e concisa, para demonstrar de que forma os dados foram coletados, as análises foram conduzidas e de que forma, a partir delas, as conclusões foram elucidadas. Essa etapa é idêntica a discussão dos resultados de pesquisas primárias. Os dados obtidos dos artigos serão sintetizados e discutidos. Nessa etapa é possível aprofundar discussões ou levantar as lacunas de conhecimento existentes, sugerindo caminhos para novas pesquisas (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A experiência clínica do pesquisador pode contribuir na revisão crítica dos estudos e auxiliar na determinação da utilidade prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

- Sexta Etapa

Apresentação da Revisão Integrativa

Nessa última etapa, será apresentada a síntese dos dados, onde são reunidas informações de forma detalhada, o que permite ao profissional avaliar a adequação dos procedimentos realizados na elaboração da revisão. A RI deve conter informações detalhadas e pertinentes para permitir que o leitor avalie e adeque os procedimentos que foram utilizados para elaborar a revisão. A RI não terá êxito se for baseada em uma metodologia questionável (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5. RESULTADOS

5.1 Fluxograma de Identificação e Seleção dos Estudos

Figura 1 - Fluxograma do processo de identificação e seleção dos artigos de acordo com o PRISMA Statement. Fonte: Moher et al., (2009).

Estudo 1

Autor: Eames et al., 2014

Título: Stress Moderates The Effect Of Childhood Trauma And Adversity On Recent Drinking In Treatment-Seeking Alcohol-Dependent Men.

País de Origem: EUA

Periódico/origem: Journal of Consulting and Clinical Psychology (EUA)

Base de Dados: PsycInfo

Estudo 2

Autor: Hyman; Garcia; Sinha, 2006

Título: Gender Specific Associations between Types of Childhood Maltreatment and the Onset, Escalation and Severity of Substance Use in Cocaine Dependent Adults.

País de Origem: EUA

Periódico/origem: Am J Drug Alcohol Abuse (EUA)

Base de Dados: Psycinfo

Estudo 3

Autor: Shin; Hong; Hazen, 2010

Título: Childhood Sexual Abuse and Adolescent Substance Use: a latent class analysis.

País de Origem: EUA

Periódico/origem: Drug and Alcohol Dependence (EUA)

Base de Dados: Psycinfo

Estudo 4

Autor: Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni, 2010

Título: Childhood Trauma in Substance Use Disorder and Depression: an analysis by gender among a Brazilian clinical sample.

País de Origem: Brasil

Periódico/origem: Drug and Alcohol Dependence (EUA)

Base de Dados: Psycinfo

Estudo 5

Autor: Peltan; Cellucci, 2011

Título: Childhood Sexual Abuse and Substance Abuse Treatment Utilization among Substance-Dependent Incarcerated Women.

País de Origem: EUA

Periódico/origem: Journal of Substance Abuse Treatment (EUA)

Base de Dados: Pubmed

Estudo 6

Autor: Min et al., 2007

Título: Impact of Childhood Abuse and Neglect on Substance Abuse and Psychological Distress in Adulthood.

País de Origem: EUA

Periódico/origem: Journal of Traumatic Stress (EUA)

Base de Dados: Pubmed

Estudo 7

Autor: Scomparini et al., 2013

Título: Association of Child Maltreatment and Psychiatric Diagnosis in Brazilian Children and Adolescents

País de Origem: Brasil

Periódico/origem: Clinics (Brasil)

Base de Dados: Web of Science

Estudo 8

Autor: Vogel et al., 2011

Título: Prolonged use of Benzodiazepines is Associated with Childhood Trauma in Opioid-Maintained Patients.

País de Origem: Suíça

Periódico/ origem: Drug and Alcohol Dependence (EUA) Base de Dados: Web of Science

Quadro 2 - Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, segundo autores, ano de publicação, título, país de origem do estudo, periódico e país de origem e base de dados, Ribeirão Preto, 2015.

A amostra final foi constituída por 08 estudos primários (Quadro 2).

5.2 Descrição dos Estudos que Compõem a Revisão Integrativa da Literatura

Os 08 estudos científicos originais incluídos nessa revisão serão identificados com o número correspondente precedidos pela letra “E” (que será posteriormente utilizado no item 7. “Discussão”). Para cada estudo foi realizado um quadro descritivo que contempla: Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano de publicação, Nível de Evidência, Itens não contemplados de acordo com o instrumento STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões.

Após cada quadro, foram descritas as áreas de pesquisa dos autores, país onde foi realizada a pesquisa, idioma de publicação, tipo de amostragem utilizada, número total da amostra, média de idade da população estudada, pontuação total e parcial do instrumento CTQ (quando informado pelo autor) e demais instrumentos de mensuração e escalas utilizadas no estudo.

Número do Estudo: (E1)

Autores: Sarah F. Eames; Michael S. Businelle; Alina Suris; Robrina Walker; Uma Rao; Carol S. North; Hong Xiao; Bryon Adinoff

Título: Stress Moderates the Effect of Childhood Trauma and Adversity on Recent Drinking in Treatment-Seeking Alcohol-Dependent Men

Palavras-Chave: Stress, Alcoholism, Childhood Trauma, Men, Trauma

Fonte: Journal of Consulting and Clinical Psychology

Ano: 2014

Nível de Evidência: 2

STROBE: Não contempla os itens: 1, 9, 17, 22

OBJETIVO: Este estudo procurou esclarecer a relação entre Trauma/adversidades na infância com o posterior consumo de álcool, e os efeitos moderadores do estresse psicossocial no adulto.

MÉTODO: Amostra de 77 homens recentemente abstinentes de álcool que frequentam programas de tratamento residenciais. Para análise estatística foi utilizado o *software* SPSS e realizada análise de regressão. Nível de significância e tipo de testes não foram especificados no plano analítico.

DELINEAMENTO DO ESTUDO: Estudo de abordagem quantitativa do tipo observacional não experimental, de corte transversal sem grupo controle. Tipo de amostra por conveniência.

PRINCIPAIS RESULTADOS: Resultados apresentados são consistentes com a possibilidade de que o sensibilizante efeito do trauma de infância pode acentuar estressores e levar a um aumento da gravidade do ato de beber em homens dependentes de álcool. Assim, devido a estressores significativos inerentes durante o processo de recuperação, indivíduos que procuram tratamento e que experimentaram altos níveis de trauma de infância podem ser particularmente vulneráveis à recaída.

CONCLUSÕES: Traumas de infância predizem a severidade de beber em homens dependentes de álcool, e este efeito é mais forte em participantes com estresse contínuo na vida adulta. Estes achados sugerem que o trauma/adversidades na infância podem sensibilizar os sistemas de resposta ao estresse.

Quadro 3 - Síntese do estudo de Eames et al., (2014) segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015

Publicação da área médica e de psicologia, realizado nos EUA e publicado no idioma Inglês. Tipo de amostra populacional por conveniência (sem controle). Pesquisa realizada com 77 homens com idade média de 41,9 anos.

Não foram utilizados outros instrumentos além do CTQ para avaliar EP. A pontuação total do CTQ foi de 41,8. Subescala de Abuso Emocional: 8,8. Abuso Físico: 8,2. Abuso Sexual: 6,0. Negligência Emocional: 11,4. Negligência Física: 7,4.

O estudo utilizou outros instrumentos para coleta de dados: “*Timeline Follow Back*” (TLFB) para avaliar o comportamento de consumo de álcool, que

posteriormente foi convertido em unidades de bebida padrão e utilizada para calcular doses por dia de consumo (*Drinks per Drinking Day*) e o “UCLA Life Stress Interview” (UCLA) para avaliar estresse crônico e periódico

Número do Estudo: (E2)

Autores: Scott M. Hyman, Miguel Garcia, Rajita Sinha

Título: Gender Specific Associations between Types of Childhood Maltreatment and the Onset, Escalation and Severity of Substance Use in Cocaine Dependent Adults

Palavras-Chave: Childhood maltreatment; Gender Differences; Substance Use

Fonte: Am J Drug Alcohol Abuse.

Ano: 2006

Nível de Evidência: 2

STROBE: Não contempla os itens: 5, 6, 9, 14, 19.

OBJETIVO: Examinar as associações entre os tipos de maus tratos na infância e o seu início, escalada e severidade do uso de substância em adultos dependentes de cocaína.

MÉTODO: Amostra total de 87 participantes, sendo homens (n = 55) e mulheres (n = 32) em tratamento de dependência de cocaína. *Software* utilizado para análise estatística e nível de significância adotado não informados no plano de análise de dados. Realizada análise de regressão simples. Testes realizados: Qui-quadrado, Teste T e *Wilcoxon Rank-Sum*.

DELINEAMENTO DO ESTUDO: Estudo de abordagem quantitativa do tipo observacional, não experimental de corte transversal e sem grupo controle. Tipo de amostra por conveniência.

PRINCIPAIS RESULTADOS: Em homens o abuso emocional foi associado com uma idade mais jovem do primeiro uso de álcool e uma maior severidade no abuso de substância. Em mulheres o abuso sexual, abuso emocional e maus tratos em geral estavam associados com o primeiro uso de álcool, e o abuso emocional, negligência emocional e maus tratos em geral estavam associados com uma maior severidade no abuso de substâncias. A idade do primeiro uso de álcool prediz o primeiro uso de cocaína em ambos os sexos. Todas as associações foram mais fortes no sexo feminino.

CONCLUSÕES: Os resultados sugerem que a intervenção precoce para as vítimas de infância especialmente do sexo feminino, podem atrasar ou impedir o início precoce do uso de álcool e reduzir o risco de uma evolução mais grave de dependência.

Quadro 4 - Síntese do estudo de Hyman; Garcia; Sinha, (2006), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.

Publicação da área médica, realizado nos EUA e publicado no idioma Inglês. Tipo de amostra populacional por conveniência (sem controle). Pesquisa realizada com 87 participantes (55 homens e 32 mulheres) com idade não informada pelos autores.

Não foram utilizados outros instrumentos além do CTQ para avaliar EP.

Pontuação total do CTQ foi de 47,7. Abuso Emocional: 10,7. Abuso Físico: 9,0. Abuso Sexual: 9,2. Negligência Emocional: 11,1. Negligência Física: 7,6.

O estudo utilizou outros instrumentos para coleta de dados: “*Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) Axis I Disorders (SCID-I)*” (Entrevista Clínica Estruturada para o Diagnóstico de Transtornos Mentais do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV) e Entrevista Demográfica para Coletar dados passados de uso de substâncias.

Número do Estudo: (E3)

Autores: Sunny Hyucksun Shin, Hyokyoung Grace Hong, Andrea L. Hazen

Título: Childhood Sexual Abuse and Adolescent Substance Use: a latent class analysis.

Palavras-Chave: Sexual abuse, Substance use, Adolescents, Childhood maltreatment, Latent class analysis, Physical abuse, Drug use, Child neglect

Fonte: Drug and Alcohol Dependence

Ano: 2010

Nível de Evidência: 2

STROBE: Não contempla os itens: 9, 11, 13, 14

OBJETIVO: Caracterizar as variações nos padrões de uso de substância em adolescentes e examinar a associação entre abuso sexual na infância e padrões qualitativamente distintos de uso da substância em adolescentes.

MÉTODO: Amostra de 1.019 adolescentes entre 13 e 18 anos (média de idade: 15,9 anos) selecionados a partir de cinco sistemas de serviços de financiamento público. Utilizado *Software* SAS para análise estatística. Realizada análise de regressão logística multinomial, nível de significância adotado de 5%. Realizados Teste de Critério de Informação Bayesiano (BIC) e Teste de Razão de Verossimilhança (LMR).

DELINEAMENTO DO ESTUDO: Estudo de abordagem quantitativa do tipo observacional, não experimental de corte transversal e sem grupo controle. Tipo de amostra por conveniência.

RESULTADOS: Abuso Sexual Infantil foi associado com um risco maior de ser usuária pesada de múltiplas substâncias em meninas.

CONCLUSÕES: Os resultados indicam que as mulheres vítimas de abuso sexual na infância que estão envolvidas com os sistemas de serviços públicos, estão em alto risco de desenvolver o uso de múltiplas substâncias na adolescência.

Quadro 5 - Síntese do estudo de Shin; Hong; Hazen, (2008), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.

Publicação da área de serviço social e de psicologia, realizada nos EUA e publicada no idioma Inglês. Tipo de amostra populacional por conveniência (sem controle). Pesquisa realizada com 1019 adolescentes de ambos os sexos com idade média de 15,9 anos.

Não foram utilizados outros instrumentos além do CTQ para avaliar EP. Resultados total e parcial da escala CTQ não informados pelo autor.

O estudo utilizou outros instrumentos para coleta de dados: Entrevista Demográfica; “*The Personal Experience Inventory*” (PEI) para mensurar taxas de uso de substância autorelatados dos participantes; “*Composite International Diagnostic Interview-Substance Abuse Module*” (CIDI-SAM) que fornece diagnósticos do DSM-IV para transtornos por álcool e outras substâncias; “*The Parental Monitoring Questionnaire*” usado no “*Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders study*” (MECA) para mensurar o grau com que os cuidadores primários monitoraram os comportamentos de seus filhos e o “*Child Behavior Checklist*” onde problemas emocionais ou comportamentais dos adolescentes foram avaliados pelo relatório dos cuidadores primários.

Número do Estudo: (E4)**Autores:** Adriana M. Tucci, Florence Kerr-Corrêa, Maria Lucia O. Souza-Formigoni**Título:** Childhood Trauma in Substance Use Disorder and Depression: An Analysis by Gender Among a Brazilian Clinical Sample**Palavras-Chave:** Substance Use Disorder, Depression, Childhood Trauma, Gender, Emotional abuse, Physical abuse, Psychological abuse**Fonte:** Child Abuse & Neglect**Ano:** 2010**Nível de Evidência:** 2**STROBE:** Não contempla os itens: 6, 7, 19, 22.**OBJETIVO:** Neste estudo comparou-se a frequência e a intensidade dos traumas de infância em pacientes dependentes de álcool ou outras drogas, em pacientes com depressão, e de um grupo controle sem diagnósticos psiquiátricos.**MÉTODO:** Amostra de 295 participantes. O estudo teve desenho retrospectivo de uma amostra clínica de homens e mulheres. *Software* estatístico utilizado foi o *Statistica*. Realizada Análise de Regressão Logística. Testes: Qui-quadrado, Anova e *Newman-Keuls*. Nível de significância adotado de 5%.**DELINEAMENTO DO ESTUDO:** Estudo de abordagem quantitativa do tipo observacional, não experimental, de corte transversal e com grupo controle. Amostra por conveniência.**PRINCIPAIS RESULTADOS:** Uma maior frequência e intensidade de abuso emocional, físico e sexual foi encontrado em pacientes dependentes de álcool e outras drogas do que em pacientes com depressão, que em contrapartida, apresentaram proporção significativamente maior do que o grupo controle. Em todos os casos a frequência era maior entre o sexo feminino.**CONCLUSÕES:** Devido à alta frequência e intensidade dos traumas de infância entre pacientes dependentes de álcool ou outras drogas e pacientes deprimidos, a avaliação de problemas devido a traumas de infância entre estes pacientes é essencial para uma melhor compreensão da etiologia de tais doenças e para o seu tratamento.

Quadro 6 - Síntese do estudo de Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.

Publicação da área de psicologia, médica e biomédica, realizado no Brasil e publicado no idioma Inglês. Tipo de amostra populacional por conveniência (com grupo controle). Pesquisa realizada com 295 (ambos os sexos) com idade média de 43,12 anos.

Não foram utilizados outros instrumentos além do CTQ para avaliar EP. Resultados total e parcial da escala CTQ não informados pelo autor.

O estudo utilizou outros instrumentos para coleta de dados: “*Addiction Severity Index*” para avaliar história de substâncias psicoativas e uso de álcool e dados sócio demográficos; “*Mini International Neuropsychiatric Interview*” (MINI) para

determinar diagnósticos psiquiátricos.

Número do Estudo: (E5)

Autores: Jessica R. Peltan, Tony Cellucci

Título: Childhood Sexual Abuse and Substance Abuse Treatment Utilization among Substance-Dependent Incarcerated Women

Palavras-Chave: Treatment utilization; Childhood sexual abuse; Incarcerated women

Fonte: Journal of Substance Abuse Treatment

Ano: 2011

Nível de Evidência: 2

STROBE: Não contempla os itens: 1, 2, 4, 7, 12

OBJETIVO: Mulheres encarceradas têm altas taxas de problemas de abuso de substância e de trauma. Um grande número de variáveis podem influenciar se estas mulheres procuram ajuda para o tratamento de problemas de abuso de substâncias.

MÉTODO: Amostra de 40 participantes. Este estudo relata um projeto exploratório sobre a utilização de serviços entre mulheres presas e dependentes de substâncias. *Software* estatístico utilizado e nível de significância adotados não informados no método. Realizada análise de Regressão. Testes: Teste T e Teste de Correlação.

DELINEAMENTO DO ESTUDO: Estudo de abordagem quantitativa do tipo observacional, não experimental de corte transversal e sem grupo controle. Tipo de amostra por conveniência.

PRINCIPAIS RESULTADOS: A gravidade do abuso sexual na infância e sintomas atuais de trauma foram negativamente correlacionadas com episódios de tratamento para abuso de substâncias.

CONCLUSÕES: Estas mulheres podem usar substâncias psicoativas como forma de enfrentamento de traumas de infância ou podem não perceber o abuso de substâncias como responsivos a co-ocorrência de sintomas de trauma.

Quadro 7 - Síntese do estudo de Peltan; Celluci (2011), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.

Publicação da área de psicologia, realizado nos EUA e publicado no idioma Inglês. Tipo de amostra populacional por conveniência (sem controle). Pesquisa realizada com 40 participantes do sexo feminino, com idade média de 31,10 anos.

Não foram utilizados outros instrumentos além do CTQ para avaliar EP. Pontuação total do CTQ foi de 53,00. Abuso Emocional: 14,8. Abuso Físico: 12,9. Abuso Sexual: 13,23. Negligência Emocional: 14,40. Negligência Física: 10,38.

O estudo utilizou outros instrumentos para coleta de dados: Entrevista Demografica; *“The Psychiatric Research Interview for Substance and Mental*

Disorders" (PRISM) uma entrevista semi-estruturada desenvolvida para fornecer diferenciação entre os transtornos provocados por uso de substância e desordens psiquiátricas primárias; *"The Inventory of Drug Use Consequences"* (InDUC) que avalia consequências adversas associadas ao uso de álcool e outras drogas; *"PTSD Symptom Checklist-Civil"* (PCL-C) que avalia a presença e severidade dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT); Entrevista de Utilização dos Serviços, uma adaptação da porção da entrevista utilizada no tratamento desenvolvido para utilização da *"National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions"* e o Questionário *"Miami Health Services Utilization Questionnaire"*.

Número do Estudo: (E6)

Autores: Meeyoung Min, Kathleen Farkas, Sonia Minnes, Lynn T. Singer

Título: Impact of Childhood Abuse and Neglect on Substance Abuse and Psychological Distress in Adulthood

Palavras-Chave: Não Possui

Fonte: Journal of Traumatic Stress

Ano: 2007

Nível de Evidência: 2

STROBE: Não contempla os itens: 7, 9, 17, 22

OBJETIVO: Testar a hipótese de que pessoas com maior uso de estratégia de *"coping de esquiva"* são hipoteticamente suscetíveis ao uso abusivo de substâncias e têm níveis graves de sofrimento psicológico

MÉTODO: Amostra de 285 mulheres. Modelo de equação estrutural foi utilizado para examinar a relação entre trauma infantil, nível educacional, e o uso de *"coping de esquiva"* em abuso de drogas e sofrimento psíquico. *Software* utilizado para análise estatística foi o SPSS, módulo AMOS. Realizada análise de Equações Estruturais. Nível de significância adotado de 5%. Teste: Teste de Correlação de Pearson.

DELINEAMENTO DO ESTUDO: Estudo de abordagem quantitativa do tipo observacional, não experimental de corte transversal e sem grupo controle. Tipo de amostra por conveniência.

PRINCIPAIS RESULTADOS: Análises revelaram que traumas de infância estavam direta e indiretamente relacionados com estresse psicológico e abuso de substâncias. O trauma de infância auto referido foi significativamente relacionado ao maior abuso de substâncias e distúrbios psicológicos, através de baixos níveis de escolaridade e estratégias de enfrentamento de esquiva.

CONCLUSÕES: Os resultados indicam a necessidade de estratégias educacionais de apoio e intervenções para ensinar habilidades de enfrentamento na prevenção de abuso de substâncias e sofrimento psicológico de longo prazo em crianças expostas a traumas.

Quadro 8 - Síntese do estudo de Min et al. (2007), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.

Publicação da área médica e de psicologia, realizado nos EUA e publicado no idioma Inglês. Tipo de amostra populacional por conveniência (sem controle). Pesquisa realizada com 285 participantes do sexo feminino, com idade média de 32,4 anos.

Não foram utilizados outros instrumentos além do CTQ para avaliar EP. Resultados total e parcial da escala CTQ não informados pelo autor.

O estudo utilizou outros instrumentos para coleta de dados: “*Brief Symptom Inventory*” para mensurar o Estresse Psicológico nos últimos 7 dias; “*Addiction Severity Index*” para mensurar o abuso de substâncias; “COPE” para avaliar “*Coping de Esquiva*” (*avoidant coping*) e Auto relato do número de anos de educação alcançados.

Número do Estudo: (E7)

Autores: Luciana Burim Scomparini, Bernardo dos Santos, Robert Alan Rosenheck, Sandra Scivoletto

Título: Association of Child Maltreatment and Psychiatric Diagnosis in Brazilian Children and Adolescents.

Palavras-Chave: Child Abuse; Psychiatric Disorders; Shelter; Community Programs; Follow-up Studies.

Fonte: Clinics

Ano: 2013

Nível de Evidência: 2

STROBE: Não contempla os itens: 3, 4, 6, 7, 11, 14, 17

OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre os diferentes tipos de maus tratos e a presença de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes altamente vulneráveis, atendidos por um programa multidisciplinar.

MÉTODO: Amostra de 351 participantes, com idade média de 12,47, dos quais 68,7% eram do sexo masculino e 82,1% viviam em abrigos. *Software* estatístico utilizado: SPSS. Realizada Análise de Regressão Logística com nível de significância adotado de 5%. Testes não informados.

DELINEAMENTO DO ESTUDO: Estudo de abordagem quantitativa do tipo observacional, não experimental de corte transversal e sem grupo controle. Tipo de amostra por conveniência.

PRINCIPAIS RESULTADOS: O diagnóstico psiquiátrico mais frequente na amostra era o Transtorno por Uso de Substâncias. Todos os pacientes sofreram negligência e 58,4% experienciaram abuso físico ou sexual. A presença de história de múltiplos traumas foi somente associada com diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância.

CONCLUSÕES: O abuso físico e negligência emocional foram mais fortemente associados com retardo mental e a presença de traumas múltiplos relacionado com abuso de substâncias psicoativas.

Quadro 9 - Síntese do estudo de Scomparini et al. (2013), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais Resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.

Publicação da área médica, realizada no Brasil e publicado no idioma Inglês. Tipo de amostra populacional por conveniência (sem controle). Pesquisa realizada com 351 participantes de ambos os sexos, com idade média de 12,47 anos.

Não foram utilizados outros instrumentos além do CTQ para avaliar EP. Resultados total e parcial da escala CTQ não informados pelo autor.

O estudo utilizou outros instrumentos para coleta de dados: “*Kiddie-Sads-Present*” e “*Lifetime Version*” para avaliação psiquiátrica; Avaliação de registros médicos para avaliar Maus Tratos; Informações coletadas com: cuidadores atuais e prestadores dos serviços anteriores; Relatórios escolares e de justiça criminal e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição (CID-10) para realizar diagnósticos sociais e psiquiátricos.

Número do Estudo: (E8)**Autores:** Marc Vogel, Kenneth M. Dürsteler-MacFarland, Marc Walter, Johannes Strasser, Stephanie Fehr, Luis Prieto, Gerhard A. Wiesbeck**Título:** Prolonged Use of Benzodiazepines is Associated with Childhood Trauma in Opioid-Maintained Patients.**Palavras Chave:** Sedative, Diazepam, Adverse childhood events, Opioid dependence**Fonte:** Drug and Alcohol Dependence**Ano:** 2011**Nível de Evidência:** 2**STROBE:** Não contempla os itens: 3, 9, 14

OBJETIVO: Uso abusivo de Benzodiazepínicos (BZD) em pacientes usuários de opióides em tratamento é muito comum e tem sido relacionado a tratamentos pobres e mal sucedidos. Fatores associados, em particular, as experiências traumáticas na infância ainda não têm sido investigadas extensivamente. Este estudo objetiva examinar a possibilidade de tal associação em pacientes tratados com opióides orais ou diacetilmorfina injetável.

MÉTODO: Amostra de 193 participantes. Investigação de traumas de infância e dados clínicos entre pacientes com prescrição de opióides orais ou injetáveis (diacetilmorfina) para a dependência de opiáceos. *Softwares* estatísticos utilizados: SPSS e STATA Realizada análise de regressão logística. Nível de significância adotado de 5%. Testes: *Cohen's kappa*, Qui-quadrado, *Fisher*, *Mann-Whitney* e *Kendall Tau-b*.

DELINEAMENTO DO ESTUDO: Estudo de abordagem quantitativa do tipo observacional, não experimental de corte transversal e sem grupo controle. Amostra por conveniência.

PRINCIPAIS RESULTADOS: O uso de BZD foi predominante (61%) e a carga de experiências traumáticas da infância foi alta com 67% relatando pelo menos um tipo de trauma de nível moderado a grave. O *score* total do CTQ e as subcategorias "abuso emocional", "negligência emocional" e "negligência física" foram significativamente associados com o uso prolongado de BZP.

CONCLUSÕES: Experiências traumáticas na infância podem estar associados ao uso prolongado de BZD e podem representar um importante ponto de partida para a prevenção.

Quadro 10 - Síntese do estudo de Vogel et al. (2011), segundo Número do Estudo, Autores, Título, Palavras-Chave, Fonte, Ano, Nível de evidência, STROBE, Objetivo, Método, Delineamento do Estudo, Principais resultados e Conclusões. Ribeirão Preto, março de 2015.

Publicação da área médica, realizada na Suíça e publicado no idioma Inglês. Tipo de amostra populacional por conveniência (sem controle). Pesquisa realizada com 315 participantes de ambos os sexos, com idade média de 42 anos.

Não foram utilizados outros instrumentos além do CTQ para avaliar EP. Resultados total e parcial da escala CTQ não informados pelo autor.

O estudo utilizou outros instrumentos para coleta de dados: Instrumento para auto relato de uso de Benzodiazepínicos desenvolvido pelos pesquisadores; Análise de urina para validar os autos relatos; Arquivo Eletrônico do Paciente para coletar dados demográficos, a respeito da medicação e diagnóstico clínico atual da

CID-10.

Os 08 estudos selecionados foram publicados no idioma Inglês, 07 estudos foram publicados em revistas estadunidenses e um estudo publicado em uma revista brasileira (SCOMPARINI et al., 2013). Os Estudos de Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) e Scomparini et al., (2013) foram conduzidos no Brasil, Vogel et al., (2011) na Suíça e o restante nos EUA (EAMES et al., 2014; HYMAN; GARCIA; SINHA, 2006; SHIN; HONG; HAZEN, 2010; PELTAN; CELLUCCI, 2011; MIN et al., 2007).

Os pesquisadores são maioria da área médica, os estudos de Hyman; Garcia; Sinha (2006), Scomparini et al., (2013), e Vogel et al., (2011), sendo compostos apenas por estes. Estudo de Peltan; Cellucci (2011), composto apenas por psicólogos. Estudos Eames et al., (2014) e Min et al., (2007), por médicos e psicólogos. Estudo de Shin; Hong; Hazen (2010), por pesquisadores da área de serviço social e psicologia, e o estudo de Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) por psicólogos, médicos e biomédicos. Não foram encontrados estudos realizados por profissionais da área de enfermagem que respondessem a questão de pesquisa.

Todos os estudos incluídos possuem nível de força de evidência 2 (evidências derivadas de um único estudo de coorte ou caso-controle) de acordo com a Classificação de Evidências definida por Melnyk e Fineout-Overholt (2011) para estudos de questão clínica de Prognóstico/Predição ou Etiologia.

Todos os estudos são pesquisas não experimentais, de abordagem quantitativa, e observacionais. Todos os estudos tiveram amostragem por conveniência. Apenas um estudo teve grupo de caso-controle (TUCCI; KERR-CORRÊA; SOUZA-FORMIGONI, 2010).

A maioria dos estudos utilizou ambos os sexos como população para pesquisa, sendo que Eames et al., (2014) utilizou apenas homens e Peltan; Cellucci (2011) e Min et al., (2007) utilizaram apenas mulheres para compor a amostra. Os estudos com ambos os sexos evidenciam que a relação entre EP e uso de substâncias psicoativas é mais fortemente associado ao sexo feminino (HYMAN; GARCIA; SINHA, 2006; SHIN; HONG; HAZEN, 2010; TUCCI; KERR-CORRÊA; SOUZA-FORMIGONI, 2010; SCOMPARINI et al., 2013).

Dois autores utilizaram como amostra crianças e adolescentes,

totalizando n=1370 crianças/adolescentes. O estudo de Shin et al., (2010), que compreendia adolescentes e crianças de 06 a 18 anos e teve como média de idade 15,9 anos. O estudo de Scomparini et al., (2013), trouxe como média de idade 12,47 anos (idade mínima e máxima não informados pelo autor).

Entre os 06 estudos realizados com população adulta, totalizando n= 977 adultos, a média de idade total de todas as amostras foi de m= 37,74 anos. Em cada estudo: Eames et al., (2014) m= 41,9 anos. Hyman; Garcia; Sinha (2006) m= 36,64 anos. Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) m=43,42. Peltan; Cellucci (2011) m= 31,10 anos. Min et al., (2007) m= 32,4 anos. Vogel et al., (2011) m= 42 anos.

Quanto a raça/etnia da composição das amostras, de acordo com a terminologia adotada por cada estudo: Eames et al., (2014) teve como “branca” a raça predominante. Hyman; Garcia; Sinha (2006) etnia “Americana” predominante. Shin; Hong; Hazen (2010) “caucasiana” como raça/etnia predominante. Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) raça predominante “caucasiana”. Peltan; Cellucci, (2011) predominantemente “europeu americano”. Min et al., (2007) predominantemente “africano americano. Em Scomparini et al., (2013) e Vogel et al., (2011) raça/etnia dos participantes não foram informados pelo estudo.

Referente ao estado civil da amostra, de acordo com a maioria descrita em cada estudo: Eames et al., (2014) = Solteiro. Hyman; Garcia; Sinha (2006) = (não informado pelo autor). Shin; Hong; Hazen, (2010)= (não informado pelo autor). Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni, (2010)= Casado. Peltan; Cellucci (2011)= Separado/Divorciado. Min et al., (2007) = Casado. Scomparini et al., (2013)= (não informado pelo autor). Vogel et al., (2011)= (não informado pelo autor).

A média total de anos de estudos da população, nas pesquisas em que esse dado foi informado é de: 10,84 anos. Média de anos de estudo de acordo com os estudos: Hyman; Garcia; Sinha (2006) m= 12,36 anos. Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) m=7,2 anos. Peltan; Cellucci, (2011) m=11,9 anos. Min et al., 2007 m=11,9 anos. Os estudos de Eames et al., (2014), Shin; Hong; Hazen (2010), Scomparini et al., (2013) e Vogel et al., (2011) não contemplavam essa informação.

De acordo com o referido na descrição dos estudos, quanto ao emprego/ocupação da amostra, de acordo com Eames et al., (2014), 42,3% trabalhavam “*full time*” (o dia todo), 4,2% “*part-time*” (meio período), 1,4% Estudante, 42,3% desempregado e 9,8% outro. Em Hyman; Garcia; Sinha (2006): 23,64% dos

homens e 0% das mulheres trabalhavam “*full time*”, 18,18% dos homens e 15,63% das mulheres trabalhava, “*part time*”, 58,18% dos homens e 84,38% das mulheres estavam desempregados. Min et al., (2007) informou que 54% da amostra estava empregada. O restante dos autores não informou a emprego/ocupação de seus participantes.

Quanto aos Tipos de Abuso do EP relacionados com o uso de substâncias psicoativas:

No estudo de Eames et al., (2014) os Maus tratos em Geral, Abuso Emocional e Abuso Físico foram relacionados à severidade de beber antes do início de um tratamento para uso de álcool.

Para Hyman; Garcia; Sinha (2006) nos homens, o Abuso Emocional foi associado a uma idade mais jovem do primeiro uso de álcool e uma maior gravidade do abuso de substâncias. Em mulheres, o Abuso sexual, Abuso Emocional e Maus Tratos em Geral foram associados com uma idade mais jovem do primeiro uso de álcool, e o Abuso Emocional, Negligência Emocional e os Maus Tratos em Geral foram associados com uma maior gravidade do abuso de substâncias.

No estudo de Shin; Hong; Hazen, (2010) para as adolescentes do sexo feminino, o Abuso Sexual foi consistente com aumento do risco de ser usuárias de substâncias. Negligência Infantil também foi associado com um aumento de 2,30 vezes no risco de ser usuária de substâncias. O Abuso Sexual está associado ao consumo de substâncias e com o risco de se tornar usuárias de múltiplas substâncias ao em vez de apenas uma substância psicoativa.

No estudo de Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010), os participantes foram divididos em 03 grupos (grupo dependente de álcool ou outras drogas, grupo com diagnóstico de depressão e grupo controle sem diagnóstico psiquiátrico). Os pacientes dependentes de álcool e/ou outras drogas apresentaram quatro vezes maior frequência de Abuso Emocional e Abuso Sexual do que aqueles no grupo de controle e duas vezes maior do que aqueles com depressão. As mulheres dependentes de álcool relataram maior frequência de Abuso Físico do que aquelas no grupo de depressão, bem como uma maior frequência de Negligência Física comparadas aos outros 02 grupos.

Homens nos grupos de dependentes de álcool ou outras drogas e no grupo de depressão tiveram uma frequência significativamente maior de Abuso

Físico e Negligência Emocional do que os homens no grupo controle. Homens nos grupos de dependência de drogas ou deprimidos também relataram maior frequência de Negligência Física do que os homens no grupo de controle, e os homens dependentes de álcool tinham maior frequência de Abuso Sexual do que os pacientes do grupo controle, e apresentaram maior frequência de Abuso Emocional e Abuso Sexual do que os homens em todos os outros grupos. Os pacientes dependentes de álcool apresentaram maior frequência de Abuso Sexual do que os homens com depressão, no entanto, uma menor frequência de Abuso Físico que os pacientes dependentes de drogas e uma menor frequência de Negligência Física do que os pacientes deprimidos (TUCCI; KERR-CORRÊA; SOUZA-FORMIGONI, 2010).

Para Peltan; Cellucci (2011), o Abuso Sexual foi negativamente correlacionado com episódios de tratamento para o abuso de substâncias no decorrer da vida. Também há uma correlação negativa entre Abuso Físico e o tratamento de abuso de substâncias. Mulheres com históricos de Abuso Sexual mais grave eram menos propensas a procurar e receber tratamento para problemas de abuso de substâncias psicoativas.

No estudo de Min et al., (2007), um terço relatou história de Abuso Sexual; 29% Abuso Físico; 22% Abuso Emocional, 31% Negligência Emocional, e 27% Negligência Física. Mais da metade da amostra teve pelo menos um tipo de abuso/negligência na infância; 39% mais do que um tipo de abuso/ negligência, e 7% todos cinco tipos de abuso/negligência na infância.

Em Scomparini et al., (2013) entre as crianças e adolescentes atendidos por um programa multidisciplinar especializado, toda a amostra (100%) sofreu Negligência; 52,47% foram submetidas a Abuso Físico e 18,95% foram submetidas ao Abuso Sexual. Os Maus Tratos em Geral estavam associados com o Transtorno por Uso de Substâncias.

Em Vogel et al., (2011), entre os pacientes com prescrição de opióides orais ou diacetilmorfina injetável para a dependência de opiáceos, 67% obteve uma pontuação moderada à grave em pelo menos uma subcategoria de experiências traumáticas na infância do instrumento CTQ. Os usuários de Benzodiazapínicos (BZP) eram mais propensos a ter um subtotal de moderado a grave para Negligência Emocional do que aqueles que não eram usuários. Pacientes em uso

prolongado de BZP apresentam maiores escores totais do CTQ e mais subescores de moderado a grave para o Abuso Emocional, Negligência Emocional e Negligência Física.

Os estudos utilizaram diversos instrumentos de coleta de dados para avaliar uso de substâncias psicoativas e para mensurar demais transtornos psiquiátricos em suas amostras, mas todos os autores selecionados para esta revisão utilizaram apenas o CTQ como ferramenta para avaliar Estresse Precoce. Como pontuação total do CTQ, Eames et al., (2014) informou média de 41,8. Hyman; Garcia; Sinha (2006) média total de 49,2. Peltan; Cellucci (2011) média de 53,0. O restante dos autores (SHIN; HONG; HAZEN, 2010; TUCCI; KERR-CORRÊA; SOUZA-FORMIGONI, 2010; MIN et al., 2007; SCOMPARINI et al., 2013; VOGEL et al., 2011), não informou a pontuação total ou não utilizou o instrumento na íntegra.

Os estudos relacionaram a ocorrência de EP com o posterior uso e abuso de substâncias psicoativas, sendo que o álcool foi a droga mais citada, sendo mencionada em 07 dos 08 estudos selecionados (EAMES et al., 2014; HYMAN; GARCIA; SINHA, 2006; SHIN; HONG; HAZEN, 2010; TUCCI; KERR-CORRÊA; SOUZA-FORMIGONI, 2010; PELTAN; CELLUCCI, 2011; MIN et al., 2007; VOGEL et al., 2011).

Quanto as substâncias psicoativas referidas na amostra, Eames et al., (2014) relacionou seu estudo apenas com o uso de Álcool; Hyman; Garcia; Sinha (2006) uso de Álcool e Cocaína; Em Shin; Hong; Hazen (2010) os participantes faziam uso de Álcool, Tabaco, *Cannabis*, Cocaína e Heroína; Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) uso de Álcool e outras substâncias (não especificadas); Peltan; Cellucci (2011) trouxe que as drogas mais utilizadas pelos participantes eram Metanfetamina, Álcool e *Cannabis*. Min et al., (2007), Cocaína, Tabaco, Cigarros e *Marijuana*; Scomparini et al., (2013) informou que os pesquisados sofriam de transtorno por uso de substâncias (não especificadas), e Vogel et al., (2011) além do uso de BZD em seu estudo pacientes fazem uso de Opióides (buprenorfina, metadona e morfina e codeína).

Além do uso de substâncias psicoativas, alguns autores relacionaram o EP com a co-ocorrência de outros transtornos psiquiátricos: Eames et al., (2014), com o Estresse Psicológico na vida adulta; Shin; Hong; Hazen (2010), com psicopatologia do adolescente incluindo “Internalização e Externalização de

Problemas” (de acordo com o “*Child Behavior Checklist*”); Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) com Depressão; Peltan; Cellucci (2011) com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); Min et al., (2007) com Estresse Psicológico; Scomparini et al., (2013) com Transtorno Afetivo, Transtornos Específicos da Primeira Infância, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno de Conduta, Retardo Mental, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia e Transtorno de Impulso e Vogel et al., (2011), com Comorbidades Psiquiátricas (qualquer distúrbio de personalidade, *borderline*, espectro esquizofrênico, ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, TEPT e histórico psiquiátrico familiar).

6. *DISCUSSÃO*

Essa revisão integrativa da literatura nos permitiu identificar o que vem sendo estudado e publicado em relação a ocorrência de Estresse Precoce (mensurado pelo instrumento CTQ) e o consequente uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta.

Os estudos primários incluídos nessa revisão corroboram com a questão de pesquisa, evidenciando que o uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta foi um desfecho da ocorrência de traumas na infância, no entanto, devem ser avaliados criteriosamente pelo fato de 100% da amostra ser constituída de estudos transversais (pode haver interferências de natureza de causalidade) e é sabido que outros fatores podem também influenciar o uso de drogas (genética, família, fatores sociais etc.) (FENTON et al., 2013; HYMAN; GARCIA; SINHA, 2006). Os maus tratos vividos na infância são de auto relato, podendo haver falhas de memória ou omissão de fatos. A amostragem dos estudos reunidos era por conveniência (já eram usuários de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, ou eram considerados população de risco/vulneráveis).

Um estudo prospectivo de abuso na infância seria eticamente inviável, pois para a descoberta de abuso infantil é necessário o seu relato, e isso potencialmente distorce o "caminho natural " do abuso e suas consequências (BENDALL et al., 2008).

No instrumento CTQ, existem 03 questões de negação/minimização que servem para aumentar a confiabilidade e validade interna do instrumento (BERNSTEIN et al., 2003). Os autores dos estudos selecionados em nossa amostra utilizaram apenas esse instrumento para mensurar a ocorrência de EP na infância, mas, em um dos estudos incluído nessa revisão, além da utilização do CTQ, realizou-se adicionalmente a avaliação de registros médicos para avaliar os maus tratos e coleta de informações com cuidadores atuais (SCOMPARINI et al., 2013) **(E7)** diminuindo os problemas de comunicação retrospectiva, e como um meio de confirmação da ocorrência dos traumas.

A falta de estudos com grupo controle limitou as conclusões. Apenas um estudo incluído na amostra, realizado no Brasil por Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni, (2010) **(E4)** possuía-o (grupo de não dependentes de substâncias psicoativas e sem diagnóstico psiquiátrico), confirmando a hipótese de que o trauma infantil era prevalente no grupo que fazia uso de substâncias psicoativas.

No cenário nacional, a violência sexual contra crianças e adolescentes (em destaque crianças até 09 anos de idade) é o segundo principal tipo de violência, ficando pouco atrás apenas para as notificações de negligência e abandono. Uma Pesquisa realizada pelo MS em 2011, mostra que houveram 14.625 notificações de violência doméstica, sexual, física e outras agressões contra crianças menores de 10 anos (BRASIL, 2013b).

A pesquisa relacionada a Traumas de Infância apresenta-se como uma área interdisciplinar de pesquisa, em que o cuidado com crianças é preocupante não apenas para as disciplinas de cuidados de saúde, mas à educação, serviços sociais, jurídicos e para o público em geral (MULVIHILL, 2005). Apesar de ser uma área multi/interdisciplinar, não foram encontradas para esse estudo publicações de profissionais de enfermagem que respondessem a questão de pesquisa, mesmo sendo realizada em bases de dados multidisciplinares.

6.1 Estresse Precoce e Uso de Substâncias Psicoativas na Adolescência

Experimentar maus tratos e cumulativos eventos estressantes antes da puberdade e particularmente nos primeiros anos de vida está associado com início precoce do problema de uso de bebida na adolescência e dependência de álcool e/ou outras drogas no início da idade adulta (ENOCH, 2012).

Em Scomarini et al., (2013) **(E7)** estudo realizado com crianças e adolescentes de idade média de 12,47 anos, o Transtorno por Uso de Substância foi positivamente associado com a exposição a múltiplos traumas e a ocorrência de cada novo trauma aumentava a probabilidade de Transtorno por Uso de Substância em 34%. A presença de Abuso Físico foi positivamente relacionada com Transtorno de Ansiedade e Transtorno Afetivo, o suporte inadequado da família e Negligência Emocional foram positivamente associados com Transtorno de Ansiedade e Transtornos Específicos da Primeira Infância. Encontrou-se associação positiva entre Abuso Físico e Negligência Emocional com o Retardo Mental. Os autores esperavam que a presença de múltiplos traumas também estivesse associada com

os demais transtornos psiquiátricos pesquisados, porém, teve relação significativa apenas com o Transtorno por Uso de Substâncias.

No estudo de Hyman; Garcia; Sinha (2006) **(E2)** os resultados indicaram que pode haver relações indiretas entre os maus tratos na infância e a progressão em direção ao uso de cocaína, sendo que este é mediado pela idade do primeiro uso de álcool. Enquanto que os maus tratos na infância podem contribuir diretamente para a idade de utilização inicial de álcool, pode ser que o impacto do início do uso de álcool em outros aspectos de vida do adolescente (por exemplo, uso da substância pelos pares) contribua para uma progressão mais rápida do uso de cocaína.

Em Shin; Hong; Hazen (2010) **(E3)** adolescentes envolvidos em serviços públicos de contexto urbano, independente do sexo, quando mais velhos eram mais propensos a ser usuários de múltiplas substâncias (usuários moderados ou pesados) em comparação com adolescentes mais jovens (idades de 13-15 anos). Entre os fatores de risco, o uso por pares é uma das maiores influências no risco de ser usuário de múltiplas substâncias. O controle parental foi associado como fator de proteção para o uso de drogas. Aarons et al., (2008), corrobora com esse achado e traz que jovens que entram em serviços de “bem-estar infantil” com uma idade mais avançada podem estar mais vulneráveis aos efeitos das múltiplas mudanças. O aumento da pressão dos pares e as trocas em seu sistema de apoio pode fazer o adolescente mais velho tornar-se mais vulnerável ao estresse por mudança e posterior uso de substâncias psicoativas.

Estresse Precoce pode resultar em permanentes mudanças do eixo neuro-hormonal e hipotálamo-pituitária-adrenal, alterações morfológicas no cérebro, e mudanças de gene de expressão na recompensa da via dopamino mesolímbica, todos os quais estão implicados no desenvolvimento de uso abusivo de substâncias psicoativas (ENOCH, 2012).

O uso experimental de drogas na infância e puberdade pode levar ao posterior uso abusivo e dependência na vida adulta. Portanto programas adequados de prevenção ao uso de drogas deveriam contemplar crianças antes dos 10 anos de idade (CARLINI et al., 2010).

6.2 Estresse Precoce e a Diferença Entre os Gêneros

Nessa presente revisão, há evidências consideráveis de que os traumas de infância e posterior desfecho do uso e abuso de substâncias psicoativas são prevalentes entre a população do sexo feminino **(E2, E3, E4, E7, E8)** (HYMAN; GARCIA; SINHA, 2006; SHIN; HONG; HAZEN, 2010; TUCCI; KERR-CORRÊA; SOUZA-FORMIGONI, 2010; SCOMPARINI et al., 2013; VOGEL et al., 2011).

Quando Hyman; Garcia e Sinha (2006) **(E2)** examinaram as associações entre os tipos de maus tratos na infância e o início, progressão e gravidade do uso de substância em adultos dependentes de cocaína, todas as associações foram mais fortes em mulheres. Abuso Sexual, Abuso Emocional e Maus Tratos em geral foram mais fortemente relacionados com a idade em que as mulheres dependentes de cocaína usaram álcool pela primeira vez, e a idade do primeiro uso do álcool predizia a idade na qual a cocaína seria usada pela primeira vez e será usada regularmente durante a vida. Abuso Emocional, Negligência Emocional e Maus Tratos em geral foram positivamente associados com o uso de substâncias durante a vida e o Abuso Sexual teve uma forte associação com o uso de álcool pela primeira vez no sexo feminino.

Para Shin; Hong; Hazen, (2010) **(E3)** as mulheres vítimas de abuso sexual estão em alto risco de desenvolver o uso de múltiplas substâncias na adolescência (e essa associação foi negativa para o sexo masculino). O Abuso Sexual e Negligência são consistentes com um aumento no risco das mulheres serem usuárias de substâncias, e quando foram caracterizadas as variações nos padrões de uso de substância e sua associação com Abuso Sexual infantil, houve aumento do risco de ser usuária de múltiplas substâncias.

Em Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) **(E4)** a frequência e intensidade de Abuso Emocional, Abuso Físico e Abuso Sexual em pacientes dependentes de álcool e/ou outras drogas foi maior entre as mulheres do que os homens. Para Scomparini et al., (2013) **(E7)** observou-se uma média de mais eventos adversos entre as mulheres do que entre os homens, e o sexo masculino teve um menor risco de ter qualquer transtorno psiquiátrico do que o sexo feminino. Em Vogel et al., (2011) **(E8)**, as mulheres eram mais propensas do que os homens a

terem maiores escores totais do CTQ, maiores subescores de moderado a grave para Abuso Emocional, Abuso Físico e Abuso Sexual.

Heffner; Blom; Anthenelli (2011) conduziram um estudo com ambos os sexos, em que a gravidade dos traumas de infância e presença de traumas atuais estariam associadas a recaída ao álcool e/ou outras substâncias psicoativas em mulheres dependentes, mas não em homens.

Outro estudo conduzido por Hyman et al., (2008) também teve resultados que mostraram que o trauma de infância aumenta a probabilidade de recaída no uso de substâncias psicoativas em mulheres, mas não em homens.

6.3 Estresse Precoce e a Relação com Estresse e Depressão na Vida Adulta

A tendência ao estresse psicológico constitui-se de distorções cognitivas e uma hiper-reatividade fisiológica diante das demandas psicossociais que podem ser geradas por hipersensibilidade do sistema límbico, o que leva a produção excessiva de catecolaminas, testosterona e cortisol. Em alguns indivíduos parece haver uma tendência crônica a desenvolver estresse, o que pode ser produto de predisposições genéticas ou eventos de histórico de vida. Os efeitos do estresse são mediados por estratégias de enfrentamento que são aprendidas principalmente na infância (LIPP, 2001).

Estressores são a ocorrência de eventos emocionais incontrolláveis e imprevisíveis para crianças e adultos, e a exposição a estes fatores de Estresse Precoce na vida e o acúmulo destes (cronicidade) podem resultar em distúrbios neuroendócrinos e fisiológicos e mudanças subjetivas comportamentais. Eles tendem a ser de longa duração e prejudicam o desenvolvimento dos sistemas cerebrais que estão envolvidos na aprendizagem, motivação, redução de estresse laboral e de comportamentos adaptativos (SINHA, 2008).

Sinha (2001), realizou uma revisão onde há um número substancial de autores que confirmam significativa associação entre estresse agudo e estresse crônico como motivação para o uso/abuso de substâncias. O estresse crônico

aumenta a vulnerabilidade ao uso abusivo de substâncias, tanto com o risco de desenvolver dependência quanto no risco de recaídas.

Para Eames et al., (2014) **(E1)** o trauma infantil pode sensibilizar sistemas de resposta ao estresse, e dentre os subtipos de estresse descritos, aqueles que tinham principal relação com a gravidade do uso de álcool eram o “Estresse no Relacionamento Romântico” e o “Estresse Financeiro”. Para o autor, o trauma vivido na infância prediz a gravidade da dependência de álcool, e este efeito foi mais forte em homens que convivem com estresse contínuo na vida adulta. Devido a estressores significativos inerentes durante o processo de recuperação, esses indivíduos em tratamento que experimentaram altos níveis de trauma na infância podem ser mais vulneráveis a recaídas.

Quando comparadas a frequência e intensidade dos traumas de infância em um grupo de pacientes dependentes de álcool ou outras drogas com um grupo de pacientes com depressão e com um grupo controle sem diagnósticos psiquiátricos, Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) **(E4)** encontraram maior frequência e intensidade de Abusos Emocional, Abuso Físico e Abuso Sexual em pacientes dependentes de álcool e outras drogas do que em pacientes com depressão, que por sua vez, apresentavam proporções significativamente maiores do que o grupo controle sem nenhum diagnóstico psiquiátrico.

6.4 Estresse Precoce e as Estratégias de Enfrentamento (*Coping*) na Vida Adulta

As origens da resiliência ao álcool podem ser genéticas (variação em genes que metabolizam o álcool, maior suscetibilidade a efeitos sedativos do álcool) e ambientais (falta de disponibilidade do álcool, pares que não fazem uso e apoio parental) de acordo com Enoch (2006).

O estudo de Peltan; Cellucci (2011) **(E5)** trouxe que mulheres encarceradas têm uma alta taxa de prevalência de abuso de drogas e outros problemas de saúde mental. Entre essas mulheres, a ocorrência de Abuso Sexual e os demais traumas estavam negativamente associados com o tratamento para

abuso de substância, indicando que elas poderiam estar fazendo uso de substâncias como um sistema de resposta aos traumas ocorridos. O uso de substâncias pode estar sendo empregado como forma de lidar com o trauma ocorrido na infância (enfrentamento não assertivo ou, como traz o autor, “*coping* de esquiva”) para o qual estas mulheres não buscam tratamento ou então, não percebem a relação do abuso de substâncias com os traumas vividos.

Em outro estudo, também com mulheres encarceradas, conduzido por Tripodi; Pettus-Davis (2013), mulheres que foram fisicamente e sexualmente vitimizadas quando crianças, eram mais propensas a ser internadas quando adultas por algum problema psicológico ou emocional, entre eles os transtornos por uso de substância, consolidando que a população de mulheres em sistema prisional é uma população de risco para o uso abusivo de substâncias psicoativas. Adicionalmente, o autor infere a ocorrência de abusos atuais sofridos por essas mulheres, condição que dificulta a possibilidade de cessação de uso e aumenta as chances de recaídas quanto ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Com uma tentativa de amenizar sintomas desagradáveis ou antecipar os efeitos positivos (prazer) do uso da substância, há distanciamento das relações interpessoais e dificuldade em ponderar conflitos emocionais, o que contribui com episódios de recaída (REZENDE; PELICIA, 2013). A pressão social, dependência (*craving*), e estados emocionais negativos também podem influenciar (ALVAREZ, 2007).

O estudo de Min et al., (2007) (**E6**) examinou a relação entre: trauma infantil, nível educacional e utilização de enfrentamento de esquiva (*avoidant coping*) no abuso de substâncias e distúrbios psíquicos em mulheres. Dados indicam que o trauma de infância é um fator etiológico comum ao abuso de substâncias e outros distúrbios psicológicos (somatização, transtornos obsessivos compulsivos, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, idealismo paranóico e psicoticismo). Os traumas de infância foram significativamente relacionados com baixos níveis de educação e utilização de enfrentamento de esquiva. A razão dos baixos níveis de educação pode ser em decorrência da Negligência e Abuso Emocional com as crianças, que acabaram não recebendo suporte suficiente dos pais para frequentar regularmente a escola e se tornaram mais propensas a usar estratégias de enfrentamento de esquiva, tais como faltar à

escola e fazer uso de álcool e/ou outras drogas como maneira de lidar com o impacto desse abuso e/ou negligência. A educação e o enfrentamento de esquivas foram avaliados como possíveis vias de moldar o ajuste individual do trauma de infância, reforçando a aproximação dos adolescentes e adultos ao uso de substâncias psicoativas.

Para Eames et al., (2014) **(E1)** o EP e o posterior uso de álcool dá-se através dos sistemas de resposta ao estresse, e devido a presença desses estressores durante o processo de recuperação, os indivíduos em tratamento que experimentaram altos níveis de traumas de infância podem estar particularmente vulneráveis a recaídas, pois os traumas ocorridos na infância fazem com que o indivíduo não lide assertivamente com os estressores da vida adulta (levando ao uso abusivo de álcool como estratégia de enfrentamento, e como consequência maior número de recaídas).

Arata et al., (2005) ratifica esses achados, e traz que indivíduos que sofreram múltiplos maus-tratos/abusos eram mais depressivos, tinham baixa autoestima, estavam envolvidos em mais comportamentos de risco de vida, mais propensos a ter pensamentos e tentativas de suicídio, e comportamento mais promíscuos do que indivíduos sem histórico de abuso ou com apenas um tipo de abuso. Faziam maior uso de álcool e/ou outras drogas e tinham mais comportamento delinquente.

Estratégias assertivas de enfrentamento podem fazer com que a pessoa que sofreu trauma na infância encare a adolescência e vida adulta de maneira resiliente, mas essa pessoa pode fazer uso abusivo de substâncias psicoativas como uma maneira de defrontar seus problemas, configurando-se também como uma forma de enfrentamento, porém não assertivo.

6.5 Estresse Precoce e o Álcool: a droga mais utilizada e porta de entrada para outras substâncias psicoativas

A substância psicoativa de consumo que foi mencionada pela maioria dos estudos selecionados para essa revisão foi o Álcool. Indivíduos tendem a fazer o uso

de álcool e também da nicotina (substâncias lícitas) antes de iniciar o uso de substâncias ilícitas. De acordo com o IV Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras em 2010, o álcool e tabaco são as drogas de maior prevalência de uso na vida, em todas as capitais, seguidas pelos inalantes (CARLINI et al., 2010). Em um estudo conduzido por Kandel, Yamaguchi (1993), cigarros e bebidas alcoólicas, principalmente cerveja e vinho, foram iniciados em idade mais precoce do que as drogas ilícitas. Em média, a maconha foi iniciada 2,5 anos posteriores ao uso de cigarros ou bebidas alcoólicas, e a cocaína e o *crack* foram iniciadas pouco mais de um ano depois da maconha.

No estudo de Hyman; Garcia; Sinha (2006) **(E2)** a idade do primeiro uso de álcool prediz a idade do primeiro uso de cocaína em ambos os sexos. O uso de álcool e nicotina é como uma "porta de entrada" para as demais drogas. No estudo de Shin; Hong; Hazen (2010) **(E3)** entre os adolescentes, o uso de álcool e *cannabis* esteve presente em todas as classes de usuários de substâncias, e todas as classes que faziam o uso de *cannabis* também relatavam uso de álcool, e todas as classes que usavam drogas pesadas também relataram uso de álcool e *cannabis*.

Em Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) **(E4)** o álcool teve relação significativa com 04 dos 05 tipos de traumas, Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência Emocional e Negligência Física; não estando relacionado apenas com o Abuso Emocional.

Para Peltan; Cellucci (2011) **(E5)** as mulheres encarceradas faziam uso de uma ampla gama de substâncias, e 55% da amostra informou que tinham problemas com álcool e co-ocorrência de outras drogas (75% eram dependentes metanfetamina, 60% álcool e 42,5% *cannabis*, isoladamente).

O estudo de Min et al., (2007) **(E6)** investigou o desenvolvimento de crianças depois da pré-exposição à droga pelas mães no pré-natal, e a urina e o mecônio infantil ou auto relato das mães indicaram que 88% da amostra de mães usaram pelo menos uma substância durante gravidez, e, mais da metade delas (66%) fizeram uso de álcool, (49% usaram cocaína, 72% cigarros e 28% *marijuana*. 68% utilizaram duas ou mais substâncias).

6.6 Contribuições dos Estudos e Futuras Direções

Experiências de Traumas na Infância podem estar associadas com o uso prolongado de BZP em pacientes em tratamento para o uso de opióides, e podem ser um importante ponto de partida para prevenção de comportamentos de abuso para estas substâncias (VOGEL et al., 2011) **(E8)**.

O início de intervenções para crianças vítimas de abusos, especialmente do sexo feminino, pode ajudar a retardar ou a prevenir o aparecimento precoce do uso de álcool e reduzir o risco de uma evolução mais grave da dependência de substâncias psicoativas (HYMAN; GARCIA; SINHA, 2006) **(E2)**. Há necessidade de melhorar a prevenção do uso de substâncias e ampliar a criação de serviços de tratamento para adolescentes vítimas de Abuso Sexual Infantil (SHIN; HONG; HAZEN, 2010) **(E3)**.

Tucci; Kerr-Corrêa; Souza-Formigoni (2010) **(E4)**, apontam para a importância da inclusão de traumas ocorridos na infância no processo diagnósticos de pessoas que fazem tratamento para o uso de substâncias psicoativas. Eames et al., (2014) **(E1)** sugere uma forte necessidade de serem trabalhadas habilidades de enfrentamento, formação em gestão de estresse e tratamento farmacológico no início do processo de recuperação para usuários de substâncias.

Peltan; Cellucci (2011) **(E5)** evidenciam que mulheres encarceradas são uma população com necessidades de tratamento diferenciadas e significativas, deve-se buscar entender quais são as barreiras para a procura de ajuda para o abuso de substâncias, providenciando melhores intervenções e encorajando-as a procurar ajuda.

Min et al., (2007) **(E6)** sugere um aumento no foco da importância da compreensão do trauma em mulheres que buscam tratamento para distúrbios psicológicos e abuso de substâncias, e criação de intervenções que promovam habilidades de enfrentamento assertivo (*coping skills*), para reduzir ou prevenir os problemas associados com os Traumas de Infância.

É importante que haja desenvolvimento de políticas públicas adequadas, que visem a prevenção de Maus Tratos Infantis, especialmente para reduzir o risco de incapacidades mentais subsequentes (Scomparini et al., 2013) **(E7)** e o uso

abusivo de substâncias psicoativas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa revisão integrativa da literatura foi possível identificar, em todos os artigos incluídos, evidências científicas que corroboram que o Estresse Precoce é um dos fatores determinantes do uso abusivo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta. Os estudos evidenciam que a ocorrência de Maus Tratos em combinação com fatores ambientais e genéticos podem influenciar o início do uso de substâncias, surgimento e manutenção de dependência das mesmas.

Enquanto droga de consumo, o uso de álcool compôs a maioria da amostra dessa pesquisa. Além dele, também estavam presentes o uso de outras substâncias, lícitas: tabaco (cigarro, nicotina), anfetaminas e medicamentos benzodiazepínicos e ilícitas: maconha (*cannabis*, *marijuana*), cocaína, *crack*, heroína.

Nos estudos incluídos que utilizaram em sua amostra ambos os sexos, há confirmação de que o abuso de substâncias psicoativas, pós ocorrência de EP tem associação mais forte no sexo feminino.

Também foi possível identificar o uso de substâncias psicoativas como uma estratégia de enfrentamento (*coping*) não assertiva dos traumas vividos na infância.

Além do uso de substâncias psicoativas, a ocorrência de EP está fortemente ligada com o desenvolvimento de transtorno de Estresse Psicológico na vida adulta.

A ocorrência de EP torna adolescentes que vivem em populações de risco mais vulneráveis a utilizar o álcool e posteriormente outras substâncias psicoativas.

Autores utilizaram apenas o CTQ como instrumento de mensuração do EP, e confirmam alta confiabilidade como método retrospectivo de identificar traumas vividos na infância.

Este estudo vem reiterar a necessidade de investigação da ocorrência de Estresse Precoce em pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas como estratégia para aprimorar o projeto terapêutico no tratamento, tornando-o mais efetivo para o indivíduo que sofreu traumas de infância.

Também evidencia a necessidade de serem trabalhadas habilidades de enfrentamento assertivas e gerenciamento de estresse. É importante ressaltar a

necessidade de intervenções precoces para crianças vítimas de maus tratos (especialmente do sexo feminino) para auxiliar a retardar ou prevenir o aparecimento de abuso de substâncias e uma evolução mais grave como a dependência de substâncias psicoativas.

8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS EM PESQUISA

Este estudo dispensa trâmite e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa. As questões éticas em pesquisa foram respeitadas, bem como os direitos autorais. Todos os estudos consultados foram devidamente referenciados.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AARONS, G. A. et al. Substance Involvement among Youths in Child Welfare: The Role of Common and Unique Risk Factors. **American Journal of Orthopsychiatry**, Oxford, v. 78, n. 3, p. 340-349, 2008.

ADED, N. L. O. et al. Abuso Sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006.

AFIFI, T. O. et al. Physical Punishment and Mental Disorders: Results from a Nationally Representative US Sample. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 130, n. 2, p. 1-9, 2012.

ÁLVAREZ, A. M. A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro. vol.56 no.3 2007.

ANDA, R. F. et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, Berlin, v. 256, n. 3, p. 174-186, 2006.

ANTHONY, J. C. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora, 2009. p. 236.

ARANTES, M. A. A. C. **Estresse**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
ARATA, C. M. et al. Single versus multi-type maltreatment: An examination of the long-term effects of child abuse. **Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma**, [s. l.], v. 11, [s. n.], p. 29-52, 2005.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo: Centro Cochrane do Brasil; 1998.

AVEZUM, A. Cardiologia baseada em evidências e avaliação crítica da literatura cardiológica: princípios de epidemiologia clínica aplicados à cardiologia. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 3, p. 241-255, 1996.

BENDALL, S. et al. Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. **Schizophrenia Bulletin**, Chevy Chase, v. 34, n. 3, p. 568-579, 2008.

BENEFIELD, L. E. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Healthcare Nurse**, Bridgewater, v. 21, n. 12, p. 804-811, 2003.

BERNSTEIN, D. P. et al. Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Baltimore, v. 36, n. 3, p. 340-348, 1997.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 27, n. 2, p. 169-190, 2003.

BERNSTEIN, D. P.; FINK, L. **Childhood trauma questionnaire**: a retrospective self-report. San Antonio: The Psychological Corporation, 1998.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, Denver, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BLEFARI, A. L. A família e a drogadição. 2002. 15 f. Monografia (Especialização) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus**. Morbidade e mortalidade. 2005. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em: 22 jan. 2014. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/tabnet>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil**. Brasília: SENAD, 2013a. (Livreto Epidemiológico).

_____. Secretaria de Direitos Humanos, Cidadania e Justiça. **País incentiva combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. 2013b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/01/pais-incentiva-combate-ao-abuso-e-exploracao-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em 31 mar. 2015.

CARLINI, E. A. (org.). et. al. **IV Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Universidade Federal de São Paulo; Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. 503 p.

EAMES, S. F.; SURIS, A.; RAO, U.; XIAO, H.; BUSINELLE, M. S.; WALKER, R.; North, C. S.; ADINOFF, B. Stress Moderates the Effect of Childhood Trauma and Adversity on Recent Drinking in Treatment-Seeking Alcohol-Dependent Men. **US. Journal of Consulting and Clinical Psychology**. V. 82, n. 3, p. 441–447. 2014.

ENOCH, M. A. Genetic and environmental influences on the development of alcoholism: resilience vs. risk. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1094, [s. n.], p. 193-201, 2006.

_____. The Influence of Gene–Environment Interactions on the Development of Alcoholism and Drug Dependence. **Current psychiatry reports**, Philadelphia, v. 14, n. 2, p. 150-158, 2012.

FENTON, M. C. et al. Combined role of childhood maltreatment, family history, and gender in the risk for alcohol dependence. **Psychological Medicine**, London, v. 43n n. 5, p. 1045-1057, 2013.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; SCHULTZ, A. Transforming Health Care from the Inside Out: Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century. **Journal of Professional Nursing**, Philadelphia, v. 21, n. 6, p. 335-344, 2005.

FRANCI, C. R. Estresse: Processos Adaptativos e Não-adaptativos. In: ANTUNES-RODRIGUES, J. et al. **Neuroendocrinologia Básica e Aplicada**. Ribeirão Preto: Guanabara Koogan, 2005. p. 210-223.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória**. 2002. 114 f. Tese (Livro-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GERMAN, D.; STERK, C. E. Looking beyond stereotypes: exploring variations among crack smokers. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 34, n. 3, p. 383-392, 2002.

GHERARDI-DONATO, E. C. S. **Estresse ocupacional, estresse precoce e estratégias de enfrentamento entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário**. 2013. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

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

HEFFNER, J. L.; BLOM, T.J.; ANTENELLI, R. M. Gender Differences in Trauma History and Symptoms as Predictors of Relapse to Alcohol and Drug Use. **Am J Addict**. Vol. 20. No. 4. Pp. 307–311. Jul 2011.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HYMAN, S. M.; GARCIA, M.; SINHA, R. Gender Specific Associations Between Types of Childhood Maltreatment and the Onset, Escalation and Severity of Substance Use in Cocaine Dependent Adults. **Am J Drug Alcohol Abuse**. v. 32. n. 4, p. 655–664. 2006.

HYMAN, S. M.; PALIWAL, P.; CHAPLIN, T. M.; MAZURE, C. M.; ROUNSAVILLE, B. J.; SINHA, R. Severity of childhood trauma is predictive of cocaine relapse outcomes in women but not men. **Drug and Alcohol Dependence**. V. 92. p. 208–216. 2008.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235, 2003.

JURUENA, M. F. **The neurobiology of treatment resistant depression: role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and glucocorticoid and mineralocorticoid receptor function**. 2007. Tese (Doutorado) – University of London, KCL-Institute of Psychiatry, London, 2007.

KANDEL, D.; YAMAGUCHI, K. From beer to crack: Developmental patterns of drug involvement. **American. Journal of Public Health**, New York, v. 83, n. 6, p. 851-855, 1993.

KESSLER, F.; PECHANISKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

LAAL, M.; ALIRAMAIE, N. Nursing and Coping With Stress. **International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health**, [s. l.], v. 2, n. 5, p. 168-181, 2010.

LACERDA, R. A. et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e reflexão na área da prevenção em saúde humana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1237-1247, 2012.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. N.T.: Spring Publishing Company, 1984.

LIPP, M. E. N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 347-349, 2001.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010.

MANCINI, A. D.; BONANNO, G. A. Resilience in the Face of Potential Trauma: Clinical Practices and Illustrations. **Journal of Clinical Psychology**, New York, v. 62, n. 8, p. 971-985, 2006.

MANTOANI, C. C. A transfusão sanguínea no perioperatório e a ocorrência da infecção de sítio cirúrgico. 2012 101 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. Supl.1, p. 65-74, 2003.

MARTINS, C. M. S. et al. Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: a systematic review. **Psychology & Neuroscience**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 219-227, 2011.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. p. 3-24.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MIN, M.; FARKAS, K.; MINNES, S.; SINGER, L. T. Impact of Childhood Abuse and Neglect on Substance Abuse and Psychological Distress in Adulthood. **Journal of Traumatic Stress**; Vol. 20, No. 5, pp. 833–844. October 2007.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Medicine**, California, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009.

MULVIHILL, D. The Health Impact of Childhood trauma: an interdisciplinary review, 1997–2003. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, New York, v. 28, n. 2, p. 115-136, 2005.

MURPHY, L. B.; MORIARTY, A. E. **Vulnerability, coping and growth**. New Haven: Yale University Press, 1976.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORTH, A. P. S; MORÉ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Revista Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 55, n. 26, p. 293-303, 2008.

PELTAN, J.R.; CELLUCCI, T. Childhood sexual abuse and substance abuse treatment utilization among substance-dependent incarcerated women. US. **J Subst Abuse Treat**; Vol. 41 No. 3, pp. 215-24. Oct 2011.

- PICOLOTTO, E. et al. Prevalência e fatores associados com o consumo de substâncias psicoativas por acadêmicos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 645-654, 2010.
- PIRES, J. Violência na infância: Aspectos clínicos. In: AMENCAR; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (ed.). **Violência Doméstica**. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1999. p. 61-70.
- PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2005.
- REZENDE, M. M.; PELICIA, B. Representação da recaída em dependentes de crack. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 76-81, 2013.
- ROLDAN, M. C. B. et al. Perception of the mothering role of women who live in a context of drugs and violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 1118-1126, 2005.
- RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, Menasha, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.
- SANTORO JÚNIOR, M. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: um fenômeno antigo e sempre atual. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 279-283, 2002.
- SANTOS, C. M. C; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 3.p. 649-659, 2004.
- SCOMPARINI, L. B.; SANTOS, B.; ROSENHECK, R. A.; SCIVOLETTO, S. Association of child maltreatment and psychiatric diagnosis in Brazilian children and adolescents. **Clinics**. Sao Paulo. V. 68. n. 8. p. 1096–1102. 2013.
- SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa – Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1959.

SHIN, S. H.; HONG, H. G.; HAZEN, A. L. Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis. **Drug and Alcohol Dependence**. v. 109. p. 226–235. 2010.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências**. 2005. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

SINHA, R. Howdoes stress increase risk of drug abuse and relapse? **Psychopharmacology**, Berlin, v. 158, [s. l.], p. 343-359, 2001.

_____. Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1141, [s. l.], p. 105-130, 2008.

SOMAINI, L. et al. Adverse childhood experiences (ACEs), genetic polymorphisms and neurochemical correlates in experimentation with psychotropic drugs among adolescents. **Neuroscience and biobehavioral reviews**, Fayetteville, v. 35, n. 8, p. 1771-1778, 2011.

SOUZA, J. G.; LIMA, J. M. B; SANTOS, R. S. Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 622-629, 2008.

SOUZA, M. T. S.; CERVENY, C. M. O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Revista Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 119-126, 2006.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-106, 2010.

TAVARES, B. F. et al. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 787-796, 2004.

TEIXEIRA, C. A. B. **Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar**. 2013. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

TRIPODI, S. J.; PETTUS-DAVIS, C. Histories of childhood victimization and subsequent mental health problems, substance use, and sexual victimization for a sample of incarcerated women in the US. **International Journal of Law and Psychiatry**, Amsterdam, v. 36, n. 1, p. 30-40, 2013.

TUCCI, A.M.; KERR-CORRÊA, F.; SOUZA-FORMIGONI, M.L. Childhood trauma in substance use disorder and depression: an analysis by gender among a Brazilian clinical sample. **Child Abuse Negl.**; v. 34. n. 2. p. 95-104. 2010.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VOGEL, M.; DÜRSTELER-MACFARLAND, K. M.; WALTER, M.; STRASSER, J.; FEHR, S.; PRIETO, L.; WIESBECK, G. A. Prolonged use of benzodiazepines is associated with childhood trauma in opioid-maintained patients. **Drug and Alcohol Dependence**. v. 119. p. 93– 98. 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WONDERLICH, S. A. et al. The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. **Journal of Traumatic Stress**, New York, v. 20, n. 1, 2007. p. 77-87.

ANEXO A - Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					

20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (VALIDADO POR URSI, 2005)

A. Identificação

Título do artigo:

Título do periódico:

Autores:

Nome _____

Local de trabalho _____

Graduação _____

País

Idioma

Ano de publicação

B. Instituição sede do estudo

Hospital ()

Universidade ()

Centro de pesquisa ()

Instituição única ()

Pesquisa multicêntrica ()

Outras instituições ()

Não identifica o local ()

C. Tipo de publicação

Publicação de enfermagem ()

Publicação médica ()

Publicação de outra área da saúde () Qual?

D. Características metodológicas do estudo

1. Tipo de publicação

1.1 Pesquisa

() Abordagem quantitativa

() Delineamento experimental

() Delineamento quase-experimental

() Delineamento não-experimental

() Abordagem qualitativa

1.2 Não pesquisa

() Revisão de literatura

() Relato de experiência

() Outras _____

2. Objetivo ou questão de investigação

3. Amostra

3.1 Seleção

- () Randômica
 () Conveniência
 () Outra _____

3.2 Tamanho (n)

- () Inicial _____
 () Final _____

3.3 Características

Idade _____

Sexo: M () F ()

Raça _____

Diagnóstico _____

Tipo de cirurgia _____

3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos

sujeitos _____

4. Tratamento dos dados

5. Intervenções realizadas

5.1 Variável independente _____

5.2 Variável dependente _____

5.3 Grupo controle: sim () não ()

5.4 Instrumento de medida: sim () não ()

5.5 Duração do estudo _____

5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção

6. Resultados

7. Análise

7.1 Tratamento estatístico _____

7.2 Nível de significância _____

8. Implicações

8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados

8.2 Quais são as recomendações dos autores

9. Nível de evidência

E. Avaliação do rigor metodológico

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)

Identificação de limitações ou vieses

ANEXO C - STROBE Statement

	Item No	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
Introdução		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes
Método		
Desenho do Estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados
Participantes	6	<i>Estudos de Coorte:</i> Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. <i>Estudos de Caso-Control:</i> Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles <i>Estudo Seccional:</i> Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. <i>Estudos de Coorte:</i> Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. <i>Estudos de Caso-Control:</i> Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8*	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés
Tamanho do Estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral
Variáveis Quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque
Métodos Estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") <i>Estudos de Coorte:</i> Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. <i>Estudos de Caso-Control:</i> Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. <i>Estudos Seccionais:</i> Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem.

Descreva qualquer análise de sensibilidade.

Resultados

Participantes	13*	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados Descritivos	14*	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse <i>Estudos de Coorte</i> : Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)
Desfecho	15*	<i>Estudos de Coorte</i> : Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo <i>Estudos de Caso-Controlle</i> : Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. <i>Estudos Seccionais</i> : Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo
Resultados Principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizado no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante
Outras Análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade
Discussão		
Resultados Principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevante
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

*Descreva essas informações separadamente para casos e controles em Estudos de Caso-Controlle e para grupos de expostos e não expostos, em Estudos de Coorte ou Estudos Seccionais.