UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

CLEINE DE FREITAS BRITTO RÊGO

Relação entre Abuso Sexual e Físico na Infância e Uso de Substâncias na Adolescência: uma breve Revisão.

BRASÍLIA - DF
2015

UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

CLEINE DE FREITAS BRITTO RÊGO

Relação entre Abuso Sexual e Físico na Infância e Uso de Substâncias na Adolescência: uma breve Revisão.

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof.

BRASÍLIA - DF
2015

UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

CLEINE DE FREITAS BRITTO RÊGO

Relação entre Abuso Sexual e Físico na Infância e Uso de Substâncias na Adolescência: uma breve Revisão.

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

_____
Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

_____
Prof.
Avaliador 1

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

Aos meus pais, minha eterna gratidão.
A DEUS toda glória.

AGRADECIMENTOS

Sou profundamente grata a Deus pela dádiva da vida.

Aos meus pais por suas orações e amor incondicional.

Ao meu marido Jorge, pelo incentivo e apoio em todas as horas.

Aos meus filhos, Gustavo e Débora pela compreensão nas horas de espera.

Ao coordenador Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, sempre atencioso.

A todos os professores pelo aprendizado.

Aos colegas de curso por compartilhar experiências.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram e opinaram para que eu pudesse concluir esse curso. Muito obrigada.

"A família é a fonte da prosperidade ou da desgraça dos povos".

Martinho Lutero

RESUMO

Objetivo: Revisar alguns artigos da literatura sobre a relação entre consumo de substâncias psicoativas em adolescentes com histórico de abuso sexual e físico na infância.

Método: Revisão bibliográfica de alguns artigos, na base de dados: Portal de Periódicos da CAPES, utilizando os termos: adolescência, abuso sexual infantil e uso de drogas, publicados em Inglês. Todas as pesquisas limitaram a busca de artigos entre os anos de 2002 a 2013.

Resultados: Os estudos selecionados demonstraram que, o abuso sexual na infância é um particular fator de risco para o desenvolvimento de uso de substâncias psicoativas na adolescência.

Conclusão: Estudos apontam uma forte associação entre abuso sexual e outros maus tratos na infância e um aumento do risco individual para problemas de uso de substâncias (especialmente álcool), na adolescência. Programas e intervenções devem ir além das abordagens de educação da juventude sobre os malefícios do uso de substâncias e incluir abordagens destinadas a ajudar os jovens a reconhecer e lidar com estressores como abuso, violência doméstica e experiências adversas na infância.

Palavras-chave: Adolescência; Abuso sexual infantil; Uso de drogas.

ABSTRACT

Objective: Revise some of literature articles on the association between childhood sexual and physical abuse and psychoactive substance usage in adolescence.

Method: A literature review of some articles of the databases CAPES Journal Portal using the terms: Adolescence, Childhood sexual abuse and Drug use; in English. All of the research was limited to the search of articles published between the years 2002 and 2013.

Results: The selected studies have shown that childhood sexual abuse is a major risk factor for the development of substance use in adolescence.

Conclusion: Studies show a strong association between sexual abuse and other childhood maltreatment and an increased individual risk for substance use problems (especially alcohol) in adolescence. Programs and interventions should go beyond youth education approaches about the harmful effects of the use of substances and include approaches to help young people recognize and deal with stressors such as abuse, domestic violence and adverse childhood experiences.

Keywords: Adolescence; Childhood sexual abuse; Drug use.

ABREVIATURAS

CSA- Abuso Sexual na Infância

ACE- Experiências Adversas na Infância

CPA- Abuso Físico na Infância

TUS- Transtorno Uso Substância

DD- Desordem de Dependência a Drogas

AD- Dependência de Álcool

AA- Abuso de Álcool

CA/D- Abuso e Dependência de Cannabis

DA- Abuso de Drogas

LCA- Análise de Classe Latente

DP- Desvio Padrão

OR- Odds Ratio

HR- Razão de Risco/ Hazard Ratio

CI- Intervalo de Confiança

z - Variável Aleatória z-escore

χ^2 - Estatística Qui-quadrado

β - Coeficiente de regressão Beta

("HG-HE") - Alto risco Genético e Alto risco Ambiental/High genetic and high environmental risk

("LG-LE") - Baixo risco Genético e Baixo risco Ambiental/Low genetic and low environmental risk

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **12**
2. METODOLOGIA **15**
3. DESENVOLVIMENTO **16**
3.1. Abuso Sexual e Físico na Infância e Uso de Álcool na Adolescência 16
3.2. Abuso Sexual e Físico na Infância e Uso de Drogas na Adolescência 18
4. RESULTADOS **28**
5. DISCUSSÃO **36**
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS **41**
REFERÊNCIAS **45**
ANEXO A **47**

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o VI 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 (CEBRID, 2010), a exposição dos estudantes às drogas em geral acontece muito cedo. E de fato este uso precoce ocorre mesmo em idades inferiores a 10 anos: considerando que 5,4% dos estudantes usaram no ano anterior à pesquisa e 10,4% declararam uso na vida, obrigatoriamente cerca de 5,0% (10,4 - 5,4) devem ter iniciado a experimentação de droga antes dos 10 anos. Em síntese, os achados do VI Levantamento, sugerem que programas adequados de prevenção ao uso de drogas deveriam contemplar crianças antes dos 10 anos de idade. Estes números mostram que a presença de droga é constante na vida das crianças ao longo dos anos e que possivelmente a obtenção das mesmas vai se tornando mais fácil, possivelmente devido à exposição dos alunos a inúmeros outros fatores, que se apresentam com o evoluir da idade (E. Carlini et al., 2010).

O abuso sexual infantil é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um dos maiores problemas de saúde pública. É um fenômeno universal que atinge, indistintamente, todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Estudos realizados em diferentes partes do mundo sugerem que 7-36% das meninas e 3-29% dos meninos sofreram abuso sexual. A sua real prevalência é desconhecida, visto que muitas crianças não revelam o abuso, somente conseguindo falar sobre ele na idade adulta (Pfeiffer & Salvagni, 2005).

Abuso sexual pode ser definido, de acordo com Habigzang et al. (2005), como qualquer contato ou interação entre uma criança ou adolescente e alguém em estágio psicossexual mais avançado do desenvolvimento, na qual a criança ou adolescente estiver sendo usado para estimulação sexual do perpetrador. A interação sexual pode incluir toques, carícias, sexo oral ou relações com penetração digital, genital ou anal. O abuso sexual também inclui situações nas quais não há contato físico, tais como voyerismo, assédio e exibicionismo. Estas interações sexuais são impostas às crianças ou aos adolescentes pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade (Habigzang et al., 2005).

Segundo Shin, Hong, & Hazen (2010) abuso Sexual na Infância, a forma mais prejudicial de vitimização que uma criança pode suportar, pode colocar as suas vítimas em risco aumentado para o uso de substâncias na adolescência, uma vez que o uso da substância pode oferecer uma maneira de lidar com questões de identidade e sexualidade através da retirada, evitando ou sentindo-se confortável em torno das questões da sexualidade e da identidade (Shin et al., 2010). Como relata Dube et al. (2006) comportamentos como o uso da

substância podem emergir como um meio para ajudar a regular os estados emocionais e lidar com o estresse.

Estudos retrospectivos usaram adultos, porque o abuso físico e sexual, que ocorre durante a infância muitas vezes passa sem ser relatado. Amostragem de adolescentes, ao contrário dos adultos, é uma solução prática para se obter estimativas de prevalência, especialmente quando são usados métodos de pesquisa anônimos. Infelizmente, o impacto dos vários tipos de maus-tratos em crianças tem focado exclusivamente em adultos sobreviventes, e os riscos à saúde associados à fase da adolescência, permanecem raramente examinados. (Diaz et al., 2002).

Em uma revisão Simpson & Miller (2002) documentaram que os índices de abuso físico e sexual na infância em mulheres com problemas de uso de substâncias e os índices de problemas de uso de substâncias entre mulheres com histórico de abuso físico e sexual na infância são significativamente mais altos que os encontrados na população geral. Além disso, é sugerido que a relação entre abuso físico e sexual na infância e o desenvolvimento de problemas de uso de substâncias em mulheres é mediado pela morbidade psiquiátrica, incluindo Ansiedade, particularmente Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Depressão.

Pesquisas relatam que o uso de substâncias na adolescência é influenciado por uma multiplicidade de fatores biopsicossociais localizados em vários níveis (Shin et al., 2010). Estes fatores vão desde aqueles que estão mais próximos do adolescente, como fatores genéticos (Duncan et al., 2008; Sartor et al., 2013), o temperamento, psicopatologia (Simpson & Miller, 2002), uma história familiar de uso de substância (Kilpatrick et al., 2000; Duncan et al., 2008; Dube et al., 2006), exposição a maus tratos, eventos traumáticos, experiências adversas na infância (Shin et al., 2009; Dube et al., 2006; Kingston & Raghavan, 2009; Moran et al., 2004); para aqueles que estão mais distantes, envolvendo a rede social, comunidade e sociedade em geral, tais como o uso de substância pelos pares (Shin et al., 2010), a disponibilidade de substâncias ilícitas, dentre outros. Desses fatores, o abuso sexual foi identificado como fator de risco importante no desenvolvimento do uso da substância durante a adolescência (Diaz et al., 2002; Dube et al., 2006; Hussey et al., 2006; Shin et al., 2009).

Durante a fase de desenvolvimento, da infância até a adolescência, o indivíduo encontra-se vulnerável às influências e eventos estressantes do ambiente, como por exemplo, família, influência dos pares, pressão acadêmica, mídia e publicidade, além de fatores internos como, sentimento de menos valia, a curiosidade e a experimentação. Ambiente familiar e experiências, tanto positivas como negativas, influenciam o desenvolvimento neurológico afetando o social, o emocional e o bem-estar psicológico. Na verdade, o ambiente familiar

exerce a principal influência sobre o desenvolvimento de uma criança. Estresse e traumas como abuso emocional, físico e sexual ou presenciar violência doméstica na família, tem um forte impacto sobre o neuro-desenvolvimento, desencadeando resultados negativos e comportamentos de risco que podem levar ao início precoce do uso de álcool. (Dube et al.,2006).

A teoria de enfrentamento do uso de substâncias, relatado no estudo de Kilpatrick et al. (2000) pressupõe, que o aumento do efeito negativo após a exposição a fatores de estresse, como oposição aos estressores de exposição, por si só, aumentam a probabilidade e intensidade do uso. Reações clinicamente significativas para eventos negativos da vida tais como aquelas que se manifestam em sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), são esperadas ter uma forte relação com comportamentos de uso de substâncias. Consistente com a teoria, os indivíduos com alta sensibilidade à ansiedade, particularmente aqueles com TEPT, ou Transtorno de pânico, parecem particularmente suscetíveis aos efeitos calmantes do álcool. Se o papel potencialmente causal de vitimização e psicopatologia pós-vitimização no abuso de substâncias é aplicável aos adolescentes, ainda permanece a ser determinado. No entanto, o ritmo alarmante em que as crianças testemunham violência ou são fisicamente e sexualmente agredidas, ressalta a necessidade de estudos mais aprofundados. (Kilpatrick et al., 2000).

Tais achados estimulam a curiosidade sobre a natureza complexa da relação entre a ocorrência do uso de substâncias em adolescentes com histórico de abuso físico e sexual na infância. O objetivo geral desse trabalho é uma breve investigação na literatura, a partir da leitura de alguns artigos no período de 2002 a 2013, de pesquisas que discutiram a associação entre abuso físico e sexual na infância e posterior ocorrência do uso de substâncias na adolescência. Investigar se essas pesquisas corroboravam ou não com essa associação, e qual modelo teórico usavam, para explicar essa associação.

Os objetivos específicos são, a partir da problematização da literatura, tecer considerações a fim de despertar a atenção dos diversos setores de atenção, para esta associação; compreender a natureza desta associação e por quais fatores é mediada; verificar se existe ou não diferenças de gênero nessa associação e pesquisar nos artigos a existência ou não de proposições de estratégias de intervenção a vítimas de abuso físico e sexual na infância, como prevenção ao uso drogas na adolescência.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico de alguns artigos, no Portal de Periódicos da CAPES, no período de 2002 a 2013, sobre a associação entre histórico de violência sexual e física na infância e uso de substâncias psicoativas na adolescência, utilizando como descritores os seguintes termos: Adolescência; Abuso sexual infantil; uso de drogas. Idioma, em Inglês. Limitamos a busca em artigos, que preenchessem os critérios de inclusão: adolescentes em uso de drogas, que relatavam experiências de abuso sexual e físico na infância. Um total de 20 publicações foram inicialmente selecionadas, das quais 12 não preencheram os critérios para inclusão e foram excluídas, como por exemplo, estudos com inicio do uso de drogas na idade adulta e artigos que relacionavam outras consequências após o abuso na infância que não o uso de drogas na adolescência. Somente 08 artigos preencheram os critérios necessários para a breve revisão.

3.1. Abuso Sexual e Físico na Infância e Uso de Álcool na Adolescência

Shin, Edwards, & Heeren (2009) examinaram os efeitos da co-ocorrência entre os vários tipos de maus-tratos e o binge drinking (consumir cinco ou mais bebidas alcóolicas, de uma vez, pelo menos 2-3 vezes por mês) na adolescência. Foi utilizado um estudo nacional longitudinal de saúde dos adolescentes (National Longitudinal Study of Adolescent Health - Add Health), o qual incluía uma amostra nacionalmente representativa de adolescentes (n = 12.748). O Add Health explorou a influência do ambiente social sobre a saúde de adolescentes do 7º até o 12º ano, nos Estados Unidos. A primeira Onda de coleta de dados foi realizada em 1995 com 20.745 adolescentes, sendo as entrevistas concluídas na casa dos entrevistados (79% de respostas). Destes 20.745 adolescentes, 18.255 (88%) foram entrevistados na Onda II em 1996, e 15.197 (73%) foram entrevistados na Onda III em 2002. O estudo de Shin et al. (2009), utilizou os 12.748 entrevistados que participaram em todas as três ondas e tinham um peso de amostragem na onda III. A categoria de referência incluía aqueles que beberam menos frequentemente ou nunca consumiram uma bebida alcóolica em suas vidas (Shin et al., 2009).

Neste estudo de Shin, Edwards, & Heeren (2009) as três medidas de maus-tratos na infância são da entrevista da Onda III (1. abuso sexual , 2. abuso físico e 3. Negligência). As respostas foram combinadas em variáveis, dentro de seis categorias de maus tratos, classificadas como: não há maus tratos, apenas negligência, apenas abuso físico, apenas abuso sexual, negligência e abuso físico e todos os três tipos (abuso sexual, físico e negligência), controlado na Onda I por idade, gênero, raça / etnia, alcoolismo dos pais, escolaridade dos pais, renda e trabalho fora de casa. Alcoolismo dos pais, educação e renda foram baseados em respostas dos próprios pais. Educação dos pais e renda foram excluídas do modelo final, porque elas não estão significativamente associados com o consumo excessivo de álcool. Não maus-tratos é a categoria de referência. Maus tratos na infância foi fortemente associada com binge drinking (consumir cinco ou mais bebidas alcóolicas, de uma vez, pelo menos 2-3 vezes por mês) na adolescência, quando a co-ocorrência de múltiplas categorias de maus-tratos foi incluída na análise. A associação entre a co-ocorrência de múltiplas categorias de maus-tratos e o beber em binge deve ser entendida em seus contextos de desenvolvimento, incluindo família, indivíduo e as influências ambientais (Shin et al., 2009).

Em um estudo de coorte retrospectivo, Dube et al. (2006) examinaram a relação entre 10 experiências adversas na infância (ACE), e o início do uso de álcool durante a adolescência precoce (≤ 14 anos), adolescência média (15-17 anos) e adolescência tardia (18-20 anos). O estudo, Experiências adversas na infância (ACE), é um grande estudo epidemiológico entre os

adultos membros da Organização de Manutenção da Saúde do Adulto (HMO), que se destina a avaliar o impacto de estressores na infância e uma ampla variedade de comportamentos na adolescência e idade adulta. Este estudo é uma colaboração permanente entre o Plano de Saúde Kaiser do Centro de Avaliação em San Diego, Califórnia, e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC). A amostra foi obtida a partir do Centro de Avaliação de Saúde e constou de duas ondas de pesquisa. Para este estudo, foram utilizados os dados apenas da Onda II, que foi realizada entre Junho e Outubro de 1997, porque incluiu uma pergunta sobre a idade de início do uso de álcool que não fazia parte do inquérito da Onda I. As ACEs incluídas foram: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional, negligência física, testemunhando a violência doméstica, separação ou divórcio dos pais, morando com usuários de drogas, familiares com doenças mentais e membros da família que foram presos. A população do estudo (n: 8417 adultos) incluiu 4.521 mulheres (54%) e 3.896 homens (46%), A média de idade (±DP) na entrevista foi de 55 anos (± 15,1) para as mulheres e 57 anos (± 14,5) para os homens. Trinta e dois por cento das mulheres e 42% dos homens eram graduados, 42% das mulheres e 39% dos homens tinham alguma educação superior, 8% das mulheres e 7% dos homens não tinham completado o ensino médio. Setenta e quatro por cento das mulheres e 76% dos homens eram brancos, 4% das mulheres e 4% dos homens eram negros, 12% das mulheres e 10% homens eram latino-americanos, 9% das mulheres e 7% dos homens eram asiáticos, menos de 1% de ambos os sexos eram nativos americanos. Os entrevistados, a partir de 19 anos, foram submetidos a um exame médico e biopsicossocial padronizado no Centro de Avaliação Kaiser e completaram um questionário sobre ACEs, que incluía abuso e negligência na infância, várias formas de disfunção familiar na infância e o uso de álcool na adolescência e idade adulta (Dube et al., 2006).

Quatro grupos de coortes de nascimento foram definidos, no estudo de Dube et al. (2006) com base na idade dos entrevistados na entrada no estudo, utilizando aumentos de 15 anos, com exceção da 1ª coorte de 1900-1931. Devido ao pequeno tamanho das amostras nos estratos 1900-1915 (n=255), foi combinado 1900-1915 e 1919-1931. Os quatro grupos foram, portanto, 1900-1931, 1932-1946, 1947-1961 e 1962-1978. Para verificar associações entre cada uma das 10 categorias de ACEs e o uso de álcool, utilizou-se regressão logística para obter odds ratio (OR) e intervalos com 95% de confiança (CI) ajustado para idade à entrada no estudo, de gênero, raça (outros versos brancos) e educação (ensino médio, uma faculdade, ou pós-graduação versos menos do que ensino médio). Porque experiências adversas na infância (ACE) tendem a co-ocorrência, utilizou-se o número total de ACEs (escore de ACE) para avaliar o impacto das várias ACEs interligadas na idade de início do uso do álcool. A hipótese

dos autores é que várias ACEs aumentariam a probabilidade do início precoce do uso de álcool de forma consistente em quatro coortes de nascimento que remonta a 1900, apesar da influência das tendências sociais, sobre o uso de álcool ao longo dos últimos 100 anos (Dube et al., 2006).

A pesquisa de Dube et al. (2006) revela que a pontuação da ACE aumentou a probabilidade do inicio do uso de álcool antes dos 14 anos de forma gradual para cada um dos quatro coortes de nascimento, que remonta a 1900. Assim, os efeitos de ACE sobre o início do uso de álcool na adolescência precoce parecem ser persistentes, ao invés de influência transitória ou intermitente ao longo de sucessivas gerações. Esses resultados fornecem fortes evidências de que vários fatores de estresse precoce e experiências traumáticas no ambiente familiar da infância são fortes preditores de inicio precoce de álcool, que transcenderam uma variedade de influências seculares e sociais sobre o uso de álcool ao longo do século passado. A relação entre ACE e início do uso de álcool durante a adolescência tardia (18-20 anos) foi modesto. Os dados sugerem que experiências adversas na infância (ACE), influenciam o início do uso de álcool na adolescência, apesar de concentrados esforços para retardar a iniciação até a idade adulta (Dube et al., 2006).

3.2. Abuso Sexual e Físico na Infância e Uso de Drogas na Adolescência

Moran, Vuchinich & Hall (2004) em um estudo transversal, investigaram as associações entre quatro categorias de maus-tratos e uso de drogas entre adolescentes. Foram coletados dados de todos os alunos do 10º ao 12º ano de seis escolas públicas de uma região rural de Oregon/USA, que frequentaram a escola no dia que foi realizada a pesquisa e cujos pais não objetaram. Participaram da pesquisa 2.187 alunos, os quais preencheram um questionário anônimo que incluiu perguntas sobre a experiência de diferentes tipos de maus-tratos e uso de diferentes tipos de substâncias. Os dados foram coletados como parte de um programa comunitário destinado a avaliar as necessidades dos jovens por meio de uma pesquisa, bem como o planejamento e a implementação de um programa do Projeto de Avaliação Teen. A pesquisa e os procedimentos foram aprovados pelo Institutional Review Board na Oregon State University. Dos participantes, 46% eram do sexo feminino e 54% por cento eram do sexo masculino, 78% dos entrevistados eram brancos, 8% nativos americanos, hispânicos 6%, dois por cento Africano-americanos, 2% asiático-americanos e 4% relataram outras etnias. 52% viviam com ambos os pais biológicos, 23% viviam com um pai biológico e padrasto, 17% viviam com um pai e o restante 8% viviam com familiares ou em um lar adotivo (Moran et al., 2004).

O questionário usado na pesquisa de Moran et al. (2004) foi desenvolvido a partir deste Projeto Padrão de Avaliações Teen. Este continha 176 itens que incluíam informações sobre maus-tratos e uso de substâncias, bem como informações sobre idade, gênero e configuração familiar. Um formulário de consentimento passivo foi enviado a todos os pais (ou responsáveis) antes da data de administração do questionário. A investigação verificou as associações entre as experiências de maus-tratos e uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas, como: cannabis, cocaína, barbitúricos e heroína. O uso de substâncias foi categorizado como: (1) uso do tabaco, (2) uso de álcool, e (3) uso de drogas ilícitas. A experiência de maus-tratos foi posteriormente categorizada como: (1) nemhum tipo de maus-tratos, (2) abuso emocional, (3) abuso físico, (4) abuso sexual, (5) abuso sexual e físico. A primeira parte da análise foi descritiva e analisou se os adolescentes com várias experiências de maus-tratos também tiveram maior uso de substância. Isso foi feito através do cálculo do percentual de adolescentes em cada tipo de maus-tratos que tinham relatado maior nível de uso de substância. A segunda parte da análise estimou os efeitos de cada tipo de maus-tratos no uso da substância, enquanto era realizado o controle de variáveis que influenciam o uso de substâncias em adolescentes: gênero, idade e configuração familiar. Esses controles estatísticos são importantes porque reduzem a probabilidade de que as associações observadas entre maus-tratos e uso de substância sejam devido a variáveis outras além dos maus-tratos (Moran et al., 2004).

Nesta amostra da pesquisa de Moran et al. (2004) de 2.164 adolescentes em idade escolar, 31,9% (n = 690) relataram algum tipo de maus-tratos. A distribuição foi de 9,5% (n = 205) apenas abuso emocional, 10,6% (n = 229) abuso físico apenas, 5,5% (n = 120) apenas abuso sexual, e 6,2% (n = 136), abuso físico e sexual. O abuso físico mais do que dobrou as chances de ter níveis mais elevados de todos os três tipos de uso da substância. O abuso sexual mais do que triplicou as chances de um uso maior de substâncias. Os efeitos de experimentar a combinação do abuso físico e sexual foram ainda maiores, com odds ratio (OR) variando de 3,86 até 10,46. A força da associação entre maus-tratos e uso de substâncias varia com o tipo de maus-tratos. Jovens que sofreram tanto o abuso físico e sexual estão especialmente em risco maior para uso de substâncias Efeitos do abuso sexual eram significativamente inferiores aos da combinação do abuso físico e sexual para o tabaco e drogas ilícitas, mas não para álcool (Moran et al., 2004).

Com o objetivo de caracterizar as variações nos padrões de uso de substâncias e examinar as associações entre abuso sexual na infância e padrões qualitativamente distintos de uso de substâncias em adolescentes; Shin, Hong, & Hazen (2010) realizaram uma Análise de

Classe Latente (LCA), identificando grupos homogêneos de adolescentes com padrões similares de uso da substância. Os autores utilizaram uma amostra de 1019 adolescentes, selecionados de cinco Sistemas de Serviços com financiamento público, idade média: 15,9 (intervalo: 13-18 anos), dos quais 346 meninas e 673 meninos, divididos em dois grupos, faixa etária 13-15 e 16-18 anos, refletindo adolescência média e tardia, respectivamente. A pesquisa é uma análise quantitativa de dados secundários dos padrões de Saúde Mental da Juventude, do Estudo de Sistemas no Serviço Público (POC); adolescentes que estavam ativos em um ou mais dos cinco sistemas de financiamento público, durante o ano fiscal de 1996-1997 em uma grande Região Metropolitana; USA (Shin et al., 2010).

Este estudo de Shin, Hong, & Hazen (2010) realizado com base em Análise de Classe Latente (LCA), avaliava o uso na vida de 06 substâncias ilícitas: álcool, cannabis, anfetaminas, cocaína, opiáceos e alucinógenos em subgrupos: abstêmios, experimentadores, usuários de uma substância e usuários de múltiplas substâncias. A Análise de Classes Latentes identificou um modelo de 4 Classes de uso de substância na vida, para adolescentes do sexo feminino: abstêmios/usuário esporádico (Classe 1: 24,5%), uso moderado de álcool/cannabis (Classe 2: 33,8%), uso elevado de álcool/cannabis e anfetamina, usuários moderados de cocaína (Classe 3: 24,0%), e usuários pesados de múltiplas substâncias (Classe 4: 17,7%); e um modelo de 3 Classes para os adolescentes do sexo masculino, que foram intitulados: abstêmios/ experimentadores (Classe 1: 20,5%), uso elevado de álcool/moderado de cannabis e anfetaminas (Classe 2: 50,5%), e os usuários pesados de múltiplas substâncias (Classe 3: 29%), (Shin et al., 2010).

Para saber mais sobre os padrões de uso de substâncias na adolescência, Shin et al. (2010) analisaram outros fatores, inserindo as variáveis: idade, raça, uso de substâncias pelos pares, uso pelos irmãos, pelos pais, o monitoramento parental, a psicopatologia do adolescente (incluindo problemas de internalização e de externalização), e maus tratos na infância como: abuso sexual, abuso físico e negligência, para refletir a considerável co-ocorrência entre os diferentes tipos de maus-tratos na infância (Shin *et al*, 2009); para os gêneros, feminino e masculino. Cada classe latente foi comparada com o grupo de referência: abstêmios/usuários moderados, em relação às classes de uso de substâncias, utilizando a análise de regressão logística multinomial, para cada gênero, masculino e feminino. A LCA foi realizada separadamente para meninos e meninas, porque estudos anteriores têm demonstrado diferenças de gênero na associação entre CSA e uso de drogas na adolescência (Shin et al., 2010).

Shin, Hong, & Hazen, (2010) relataram que seus resultados ampliam a discussão ao mostrar que, para adolescentes do sexo feminino, CSA pode criar padrões de fundo para uso de substâncias, durante a adolescência. Neste estudo, CSA foi associado com um risco aumentado de ser usuária de múltiplas substâncias, mesmo após ajuste para o uso de substâncias pelos pares, as influências familiares, psicopatologia, e outros tipos de maus-tratos na infância. Em particular, no sexo feminino adolescentes vítimas de CSA foram cerca de cinco vezes mais propensas a ser usuárias pesadas de múltiplas substâncias (classe 4), em relação às que não foram vítimas. Portanto o estudo evidenciou que, as adolescentes que tiveram exposição ao CSA estavam em particular risco para o desenvolvimento de uso de múltiplas substâncias na adolescência, mas essa associação não foi encontrada em adolescentes do sexo masculino (Shin et al., 2010).

Em um estudo transversal Kingston & Raghavan (2009) exploraram as relações entre abuso sexual na infância (CSA), idade de início do uso da substância, eventos traumáticos adicionais, e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), em uma amostra de adolescentes da comunidade. Os dados para este estudo foram obtidos de uma entrevista telefônica assistida por computador a partir da primeira Onda de uma Pesquisa Nacional de Adolescentes, de jovens entre as idades de 12 a 17 anos, da Pesquisa National por Amostra de Domicílios do Abuso de Drogas (NHSDA). Uma descrição detalhada dos procedimentos de amostragem e estudo pode ser encontrada em Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders e Best (2000). Experiências traumáticas adicionais foram definidas como adolescente tendo experimentado um ou mais eventos perturbadores: agressão física, abuso sexual, um acidente grave, lesões graves ou danos físicos, outros eventos capazes de causar no entrevistado um temor à morte ou lesões graves. Para avaliar o CSA como um fator de risco para o início precoce do uso de substância, os autores consideraram, apenas, os episódios do CSA que precederam ou ocorreram no mesmo ano do início do uso de substâncias. Para os eventos traumáticos adicionais, somente os que ocorreram após o uso da substância, foram incluídos. Foram avaliadas também se as reações ao abuso e/ou do ambiente onde o abuso ocorreu contribuíram para uma maior exposição a experiências traumáticas. Os comportamentos de risco sob a influência direta do uso de substâncias psicoativas foram definidos como: (a) qualquer situação em que estar sob a influência aumentou o risco de se machucar, (b) ter sido preso ou problemas com a polícia por causa do uso de substâncias, (c) dirigindo sob a influência de álcool, ou (d) dirigindo sob a influência de drogas (Kingston & Raghavan 2009).

Dos 4.023 jovens da amostra total, no estudo de Kingston & Raghavan (2009), 863 participantes relataram o uso de quaisquer substâncias resultando em uma amostra final de

863 adolescentes. A idade média da amostra foi de 15,6 anos (DP = 1,27). Cinquenta e três por cento eram do sexo masculino, 77% eram Caucasiano/Branco, 11% eram Afro-americanos, 6% eram Americanos nativos, e 3% eram asiáticos ou das ilhas do Pacífico. 11% eram de hispânico/latinos. Doze por cento dos participantes preencheram os critérios de TEPT atual. A idade média de início de uso de substâncias foi de 13,7 anos, DP = 2.4. Dos 863 participantes, 97% relataram uso de álcool, 61% relataram uso de maconha, 15% ou menos relataram o uso de outras drogas. 31% relataram envolvimento em comportamentos de risco sob a influência de substâncias. Dez por cento relataram CSA antes da primeira utilização de substâncias, com idade média = 10,6, DP = 3,9 e 8% relataram CSA após o primeiro uso de substâncias, a idade média = 14,3, DP = 2,3. O número médio de experiências traumáticas adicionais foi de 1,6, DP = 1,9. Adolescentes, que sofreram abuso sexual, antes ou no mesmo ano de seu primeiro uso de substâncias, não relataram uma idade mais jovem de início do uso de substâncias (Kingston & Raghavan, 2009).

Diaz, Simantov & Rickert (2002) analisaram a associação independente entre abuso físico ou sexual, ou ambos e auto-relato de estado de saúde, saúde mental e comportamentos de risco à saúde, em uma Amostra Nacional de base escolar, de meninas adolescentes. Foi realizada uma análise de dados secundários de um estudo transversal. A população do estudo incluiu uma Amostra nacionalmente representativa de 3.575 meninas do 5º a 12º ano, que participaram da Pesquisa Commonwealth Fund Adolescent Health Survey, conduzida por Louis Harris and Associates, Inc, The Commonwealth Fund, New York, NY, entre dezembro de 1996 a junho de 1997. As adolescentes entrevistadas foram selecionadas a partir de uma secção transversal nacionalmente representativa de 265 escolas públicas, privadas e paroquiais, com amostragem maior de 32 escolas urbanas. Das 3.015 adolescentes que completaram a pesquisa anônima, nessa amostra, 546 (18%) relataram uma história de abuso físico e/ou sexual. Duzentos e quarenta e seis (8%) relataram apenas abuso físico; 140 (5%) somente abuso sexual; e 160 (5%) ambos os tipos de abuso. Em todas as análises o relato de nenhum abuso, foi usado como categoria de referência (Diaz et al., 2002).

A pesquisa de Diaz, Simantov & Rickert (2002) também incluía informações sobre, características demográficas, relato de abuso físico e/ou sexual, uso de substâncias (cigarros, álcool e outras drogas ilícitas) e estado de saúde relatado. Além disso, foram incluídas medidas padronizadas de sintomas depressivos e de auto-estima e um índice de estresse na vida. As informações demográficas coletadas incluíam classe atual, raça/etnia, estrutura familiar e educação parental. Sobre o uso do cigarro, seis possíveis respostas: nunca, tentou 1 ou 2 cigarros, às vezes, fumou vários cigarros na semana passada, fumou um maço ou mais na

semana passada e já fumou mas parou. No que diz respeito ao uso de álcool, as adolescentes selecionavam 1 das 5 respostas seguintes: nunca, uma ou duas vezes na vida, de vez em quando, pelo menos uma vez por mês, e pelo menos uma vez por semana. O uso de drogas ilícitas foi avaliado com a questão geral "Você já usou drogas ilegais no mês passado ou não?". Um índice de sintomas depressivos foi desenvolvido utilizando uma versão modificada do Inventário de Depressão Infantil e para medir a auto-estima, utilizou-se 10 itens da Escala, Rosenberg Self-Esteem Scale (Diaz et al., 2002).

Para análise dos dados da pesquisa de Diaz et al. (2002), relações bivariadas foram examinadas através de tabulações cruzadas e estatísticas χ^2. Em adição, as associações foram consideradas, utilizando regressões logísticas, binomial e multinomial. Foi examinada a importância relativa de cada tipo de abuso em comparação com a categoria de não abuso para a auto avaliação de saúde, através das variáveis: psicossocial (por exemplo, a auto-estima e depressão) e comportamentos de risco à saúde (tabagismo regular, o consumo de álcool e uso de drogas ilícitas), após ajuste para nível de ensino, raça/etnia, escolaridade dos pais e estrutura familiar. As meninas que relataram os dois tipos de abuso eram 5,10 vezes mais propensas a relatar moderados a elevados níveis de sintomas depressivos e 5,90 vezes mais chances de relatar tabagismo regular, consumo regular de álcool e uso drogas ilícitas nos últimos 30 dias (Diaz et al., 2002).

Sartor et al. (2013) avaliaram a extensão em que a associação entre o abuso sexual na infância (CSA) e uso precoce de álcool, cigarros e cannabis em meninas adolescentes, foi mediada por fatores de risco que se agrupam em famílias onde ocorre CSA. Uma versão resumida da Avaliação semi-estruturada para a Genética do Alcoolismo (SSAGA) foi administrada por telefone. A amostra foi composta por 3.761 gêmeos do sexo feminino, com idades entre 18-29 anos, que completaram a quarta onda de coleta de dados para o Missouri Adolescent Female Twin Study (MOAFTS). Gêmeos, sexo feminino, nascidas em Missouri de pais residentes em Missouri entre 1975 e 1985 foram identificados através de registros de nascimento e recrutados entre 1995 e 1999 para a onda 1 de avaliação MOAFTS. Coortes de pares de gêmeos de 13-, 15-, 17- e 19-anos de idade, do sexo feminino e suas famílias foram investigadas nos primeiros dois anos. Novas turmas de gêmeos mais velhos de 13 anos e suas famílias foram adicionados nos 2 anos subsequentes. Entrevistas da Onda 4 foram realizadas no período de 2002 a 2005. Das 4.638 gêmeas identificadas a partir de registros de nascimento, 80% completaram a Onda 4 de entrevista (n= 3787), a principal fonte de dados para este estudo. Destes participantes, status CSA estava disponível para 3761 (926 pares de gêmeos monozigóticos, 772 pares de gêmeos dizigóticos e 365 indivíduos cuja co-gêmea não

participou do estudo). A idade média da Onda 4 foi de 21,7, desvio padrão (DP) = 2,8; intervalo 18-29 anos; 14,6% dos participantes se auto identificavam como Africano-Americano e 85,4% como Europeu-americano. Treze por cento dos participantes (n = 487) relataram ter CSA. Idade média da primeira experiência CSA foi de 8,4 (DP = 4,1) anos. Houve 1749 pares completos de gêmeos em que o status CSA estava disponível para ambos os membros do par: 111 concordantes para CSA (6,5%), 211 discordantes para CSA (12,1%) e 1427 nos quais nenhum gêmeo endossava CSA (81,6%). Idade do primeiro uso foi dividida em quatro categorias para cada substância: nunca, adolescência precoce (≤ 14 anos), média (15 a17 anos); e tardia (≥ 18 anos). Risco familiar para o uso da substância foi operacionalizada como uma variável dicotômica que representa: co-twin uso precoce da substância correspondente, que foi derivado da categorização de uso relatado/idade do co-twin do primeiro uso da substância como precoce, média, tardio ou nunca. Um termo de interação entre a variável co-twin uso precoce e o teste: twin zigosity test (comparação do DNA entre dois gêmeos), que é um indicador do grau em que influências familiares são atribuíveis a fatores genéticos; também foi incluído nas análises (Sartor et al., 2013).

Na pesquisa de Sartor et al. (2013) testes Qui-quadrado de associação foram conduzidos para testar as diferenças de status CSA em uso, versos idade do primeiro uso de substância. Três conjuntos de análise de regressão Cox riscos proporcionais (PH), foram conduzidos para prever o início de uso de álcool, cigarros, e cannabis (isto é, a primeira utilização). Análises de regressão, modelo de Cox PH, são comumente usados com dados tempo-a-evento, para explicar a possibilidade de que alguns participantes que ainda não experimentaram o evento de interesse (aqui, o uso de álcool, cigarro ou cannabis), pode fazê-lo no futuro. A vantagem desta abordagem é que os dados até ao tempo da entrevista mais recente, são utilizados no cálculo de Razão de Risco (HR). Além disso, os testes de PH-assumption, suposição de riscos proporcionais de Cox, os quais detectam que o risco permanece constante ao longo do tempo, podem revelar a extensão em que o risco associado com CSA varia entre o período de risco, ou seja, se a CSA é um preditor especificamente de início precoce do uso. CSA foi modelado como uma co-variável no tempo. Os dados foram construídos de tal modo que cada linha de dados representasse um único ano de vida para cada caso. Teste Zigosity foi codificado com pares de gêmeos dizigóticos como o grupo de referência. Modelo 1 incluiu apenas CSA. Co-twin uso precoce e a interação entre co-twin uso precoce e zygosity, foram acrescentados no Modelo 2. Qui-quadrado de associação revelou diferenças significativas no uso/idade do primeiro uso, por status CSA para as três substâncias: álcool (χ^2 = 43,23, p <0,001), cigarros (χ^2 = 100,30, p <0,001) e cannabis (χ^2 =

114,18, p <0,001). Em todos os casos, as mulheres que sofreram CSA foram sobre representadas na categoria de uso precoce (Sartor et al., 2013).

O estudo de Sartor et al. (2013) amplia a literatura sobre abuso sexual na infância e uso de substâncias examinando a contribuição de influências familiares para esta associação e comparando o grau em que o risco familiar contribui para a co-ocorrência de CSA e início precoce do álcool, cigarro e uso de cannabis. O fato de que CSA permaneceu um preditor significativo de início precoce do uso após controle de influências familiares sobre o uso precoce, indica que a associação entre CSA e uso de drogas de início precoce é apenas parcialmente explicada por fatores de risco comuns, tais como a risco genético para transtornos por uso de substâncias, separação dos pais e depressão. Há três distinções marcantes entre o álcool e as outras duas substâncias com relação a suas associações com CSA. Em primeiro lugar, a redução com a idade em risco associado-CSA para uso, foi muito mais gradual para os cigarros e cannabis. Em segundo lugar, o risco estimado associado a CSA na faixa etária mais jovem, após o ajuste para influências familiares, era mais do que duas vezes mais alta para o álcool, do que para cigarros ou cannabis. Em terceiro lugar, houve um significativo grau de sobreposição entre as contribuições de CSA e influências familiares sobre o uso precoce de tabaco e cannabis, como indicado pelas reduções significativas nos HRs do modelo 1 para o modelo 2, para faixas etárias mais jovens. Noventa e três por cento da amostra relatou o uso de álcool, em comparação com 75% para os cigarros e apenas 47% para a cannabis. Quanto ao porque da associação entre CSA e uso precoce ser muito mais forte para o álcool do que para cigarros ou cannabis, isso pode ser um reflexo de um acesso mais fácil ao álcool versos cannabis e/ou maior percepção da eficácia do álcool versos cigarros para atenuar o efeito negativo associado com vivência de CSA, mas essas hipóteses ainda devem ser testadas (Sartor *et al*., 2013).

Duncan et al. (2008) analisaram a associação entre o abuso sexual na infância (CSA) e abuso físico (CPA), no desenvolvimento de abuso e dependência de cannabis (CA/D) entre adolescentes e adultos jovens, enquanto controlados para fatores de risco genéticos e ambientais. Os participantes (n = 819 filhos) eram descendentes de pais gêmeos do sexo masculino, veteranos militares, membros da Era Twin Registry Vietnam (VETR), um registro nacional de pares de gêmeos do sexo masculino, ambos os quais serviram nas forças armadas durante a Era Vietnam (1965- 1975). Para controlar as diferenças de risco familiares relacionados com a dependência de drogas parental, a qual poderia confundir a relação entre CSA e CPA e abuso/dependência de cannabis, foram criados quatro grupos com base no status: uso e dependência de substâncias do pai e do tio (TUS), refletindo diferentes graus, de

riscos genéticos e ambientais de dependência a drogas (DD), nos descendentes: grupo 1- alto risco genético, alto risco ambiental; grupo 2- alto risco genético, baixo risco ambiental, grupo 3- médio risco genético, baixo risco ambiental; e grupo 4- baixo risco genético e baixo risco ambiental. Os dados sobre o abuso físico (CPA) e abuso sexual na infância (CSA); Abuso/dependência de cannabis da prole, psicopatologia e outros Transtornos por uso Substâncias (TUS), TUS materna e paterna e psicopatologia parental, foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada; e avaliados através do DSM-IV. Em 2002, teve início o estudo da descendência de gêmeos (OOT), também chamado de "estudo pseudo-adoção", que inclui descendentes hipoteticamente, de variáveis níveis de riscos genéticos e ambientais para Transtornos por uso Substâncias (TUS), baseado no status de seu pai afetado (neste caso, a dependência de drogas), assim como o status de seu pai co-twin. Este projeto permitiu controlar os efeitos mediadores potenciais de TUS parental e distinguir o papel do ambiente familiar associado à toxicodependência parental na responsabilidade do risco genético para Transtornos por uso Substâncias (TUS). Vinte e três por cento da amostra da prole, preencheram os critérios para abuso/dependência de cannabis; 8,55% e 12,82% relataram CSA e CPA, respectivamente (Duncan et al., 2008).

A amostra selecionada na pesquisa de Duncan et al. (2008), usando este projeto OOT (estudo da descendência de gêmeos) de quatro grupos, revelou: Grupo 1 (n = 511 filhos) que foi constituído por pais com dependência a drogas (DD), independentemente de zygosity, cujos descendentes eram, de alto risco genético e alto risco ambiental ("HG-HE"), porque seus pais tinham história de DD. A maioria foi criada em uma família com um pai DD (80% viviam com o pai biológico do nascimento até a idade de 18 anos, ou idade na entrevista, se menor de18 anos de idade, e <1% nunca viveram com seus pais). Também foram incluídos neste grupo pais com dependência de álcool (AD), cujo co-twin tinha DD. Grupos 2 (n = 68 filhos) e grupo 3 (n = 72 filhos) são compostos de pais sem dependência a drogas (DD) ou AD mas cujo co-twin, monozigótico-MZ (Grupo 2) ou co-twin, dizigóticos-DZ (Grupo 3), tinha dependência a drogas (DD). Estes descendentes eram, portanto, de alto (Grupo 2) ou moderado (Grupo 3) risco genético, em virtude de ter um pai cujo gêmeo idêntico ou fraterno teve dependência a drogas (DD), mas com baixo risco ambiental, porque não foram criados por pai com DD ("HG-LE"/"MG-LE "). Finalmente, o Grupo 4 (n = 168 filhos) foi uma amostra aleatória de homens sem dependência a drogas (DD), com co-gêmeos não DD. Seus descendentes estavam em baixo risco genético e baixo risco ambiental ("LG-LE"). Este desenho de estudo ofereceu a possibilidade de diferenciação dos riscos familiares genéticos e ambientais para a descendência, com base no status de dependência a drogas (DD) do pai e do

tio gemelar. A estrutura de quatro grupos também pode ser incluída na modelagem multivariada para controlar o desenho amostral. Abuso sexual na infância (CSA) foi um preditor significativo de abuso e dependência de cannabis (CA/D), mesmo após o ajuste para o abuso físico (CPA), risco genético e ambiental, gênero, abuso e dependência de álcool e Transtorno de Conduta (Duncan et al., 2008).

4. RESULTADOS

As citações dos artigos, autor e ano de publicação, propósito e desenho do estudo, informações sobre amostra e os resultados, são apresentadas na Tabela 1 do Anexo A.

Na pesquisa de Moran, Vuchinich & Hall (2004) com adolescentes em idade escolar, foi aplicado o teste de χ^2 de probabilidade (estatística Qui-quadrado), para determinar se os modelos tiveram uma contribuição significativa para explicar o uso da substância. Os valores de p indicam que todos os modelos tiveram uma contribuição significativa, ou seja, a experiência de cada um dos quatro tipos de maus-tratos foi associada com aumento dos níveis de tabaco, álcool e uso de drogas ilícitas, após controle para efeitos de gênero, idade e configuração familiar. A relação entre maus-tratos físicos e uso de drogas ilícitas foi maior nas mulheres do que para os homens. A ligação entre a combinação de abuso sexual e físico e uso de drogas ilícitas foi maior para o sexo masculino. Comparações estatísticas da magnitude dos efeitos dos diferentes tipos de maus-tratos, no uso de substâncias, foram realizadas utilizando o z-escore. Estes testes mostraram que os efeitos do abuso emocional foram significantemente menores do que os de abuso físico para todos os três tipos de uso da substância em testes unicaudal, para o tabaco, $z = -2{,}56$, $p < 0.01$, para o álcool, $z = -2{,}11$, $p < 0{,}02$; de drogas ilícitas, $z = -3{,}56$, $p < 0.001$. Efeitos do abuso físico eram significativamente menores do que os de abuso sexual para o álcool ($z = -1{,}81$, $p < 0{,}04$), mas não para o tabaco ($z = -1{,}35$, $p < 0{,}09$) ou drogas ilícitas ($z = -1{,}22$, $p < 0{,}11$). Efeitos do abuso sexual eram significativamente inferiores aos da combinação de abuso físico e sexual para o tabaco ($z = -2{,}48$, $p < 0.05$) e drogas ilícitas ($z = -4{,}08$, $p < 0{,}0$), mas não para álcool ($z = -0.85$, $p < 0{,}20$), (Moran et al., 2004).

Os resultados do estudo de Moran, Vuchinich & Hall (2004) indicaram uma tendência linear com o abuso emocional como a mais fraca associação com o uso da substância, seguido de abuso físico, abuso sexual e em seguida, abuso físico e sexual combinados. Esta tendência foi consistente em todas as três categorias de uso de substâncias, tabaco, álcool e drogas ilícitas. Análises do estudo apontam para a possibilidade de que alguns tipos de maus-tratos causam maior sofrimento psicológico do que outros e, portanto, estão associados com usos mais elevados de substâncias para escapar da dor psicológica. Os resultados indicaram que os homens que relataram a combinação do abuso sexual com o abuso físico, foram significativamente mais propensos a usar drogas ilícitas do que o sexo feminino. Uma explicação possível é que nesta categoria de abuso é mais provável incluir o abuso sexual forçado por um agente perpetrador do sexo masculino. Homens vítimas de abuso sexual que

são maltratados por um agente do seu próprio sexo, podem enfrentar, além da raiva e vergonha dos seus homólogos, confusão e temores sobre sua identidade sexual. As mulheres que foram fisicamente abusadas tinham maior chance, do que os homens, de uso de drogas ilícitas. A força da associação entre maus-tratos e uso de substâncias varia com o tipo de maus-tratos. Jovens que sofreram tanto o abuso físico e sexual estão especialmente em risco maior para uso de substâncias (Moran et al., 2004).

Foi realizada Análise de Regressão Logística na pesquisa de Shin, Edwards, & Heeren (2009) para examinar, primeiro a associação entre tipos específicos de maus-tratos e binge drinking (consumir cinco ou mais bebidas alcóolicas, de uma vez, pelo menos 2-3 vezes por mês) na adolescência; e no segundo momento, examinar a relação entre a co-ocorrência de múltiplas categorias de maus-tratos e o beber em binge entre adolescentes, controlado por fatores demográficas e psicossociais. Quando a co-ocorrência de múltiplas categorias de maus-tratos foi considerada, e maus tratos foram classificados em seis categorias, todos os tipos ou combinações de tipos de maus-tratos foram associados com adolescente beber em binge, controlado para idade, gênero, raça, alcoolismo parental e acompanhamento dos pais. Exposição a maus tratos foi associada com 1,33 vezes mais risco (OR= 1,33; 95% CI: 1,13-1,57, $p<0.05$) de consumo excessivo de álcool na adolescência. Adolescentes com relatos de negligência apenas, tinham 1,2 vezes mais chance (OR: 1,24; 95% CI: 1,00-1,51) de consumo episódico excessivo de álcool (beber em binge), do que aqueles sem maus-tratos. Em comparação com adolescentes sem maus-tratos, adolescentes com abuso sexual tiveram 2 vezes mais chance (OR: 2,26; 95% CI: 1,15-4,43, $p<0,05$) de relatar beber em binge. Adolescentes que tiveram ambos, abuso físico e negligência tiveram 1,3 vezes (OR: 1,33; 95% CI: 1,00-1,77) mais chance de relatar beber em binge, do que adolescentes sem maus-tratos. Finalmente, em comparação com adolescentes sem experiência de maus-tratos, adolescentes que sofreram todos os tipos de maus-tratos, tiveram 1,8 vezes mais chance (OR: 1,79; 95% CI: 1,15-2,78) de relatar beber em binge. Variáveis como, idade, gênero, raça/etnia e alcoolismo parental (OR: 1,43; 95%CI: 1,30-1,53), também foram associadas com binge drinking na adolescência (Shin et al., 2009).

Independentemente do sexo, no estudo de Shin, Hong, & Hazen (2010) adolescentes mais velhos eram mais prováveis de serem usuários moderados ou pesados de múltiplas substancias, em relação aos adolescentes mais jovens (13-15 anos). Entre os fatores de risco, uso pelos pares, foi uma das mais fortes influências sobre o risco de ser um usuário de múltiplas substâncias para ambos os sexos. Uso da substância pelos irmãos ou pelos pais, no entanto não foram discriminadores significativos, enquanto o monitoramento parental foi

associado com uma significativa diminuição do risco de estar em uso problemático de substâncias psicoativas, tanto para meninas quanto para os meninos. Psicopatologia na adolescência foi um discriminador significativo para todas as classes de uso de substâncias em meninos. Quanto a maus-tratos, foi significativamente maior entre as meninas, CSA foi associado com um consistente aumento do risco de ser usuária moderada de álcool e cannabis (Classe 2: OR = 2,61, 95% CI: 1,10-6,18), uma usuária elevada de álcool/cannabis e moderada usuária anfetaminas/cocaína (Classe 3: OR = 4,75, 95% CI: 1,68-13,44), e uma usuária pesada de múltiplas substancias (Classe 4: OR = 4,85, 95% CI:1,75-13,45), após o ajuste para todos os outros fatores. Negligência infantil também foi associada com um aumento de 2,30 vezes no risco de ser uma usuária moderado de álcool e cannabis (Classe 2) entre as meninas, enquanto que não houve diferenças no risco entre crianças vítimas e não vítimas de negligência na infância de ser usuário alto de álcool/cannabis e usuário moderado de estimulantes/cocaína (Classe 3) e um usuário pesado de múltiplas substancias (Classe 4). Para ambos os sexos, abuso físico isolado, não foi associado com uso de múltiplas substâncias. Considerando somente os meninos, CSA e negligência na infância, não foram associados com as classes de uso de substâncias; após o ajuste para idade, raça, uso da substância pelos irmãos, pais, controle parental, psicopatologia e outros maus-tratos na infância (Shin et al., 2010).

Foi também incluída uma avaliação interna de vários fatores interpessoais no estudo de Shin, Hong, & Hazen (2010) que podem aumentar ou diminuir o risco dos adolescentes tornarem-se usuários de múltiplas substâncias. Uma das mais fortes influências, independentemente do sexo, foi o uso de substâncias pelos pares. Análises adicionais de regressão logística multinomial, também revelaram que, independentemente do sexo, adolescentes que acreditavam que a maioria dos amigos estavam bebendo e usando drogas ilícitas foram 15-23% mais propensos a ser usuários pesados de múltiplas substâncias. Existem várias explicações para esse achado. Uma delas conhecida como a hipótese da influência dos pares, sugere que, afiliação com pares que usam substâncias, facilitaria a experimentação e o uso contínuo de substâncias ilícitas na adolescência. O monitoramento parental foi associado com uma significativa diminuição da probabilidade de ser um usuário de múltiplas substâncias, mesmo após ajuste para outras influências importantes, como a demografia, competência acadêmica, e os comportamentos agressivos. No entanto um terço dos cuidadores da amostra, foram de pais não biológicos (por exemplo, pais adotivos, parentes). O papel protetor do acompanhamento parental encontrado no presente estudo deve

ser corroborado através de futuros estudos longitudinais utilizando a população em geral (Shin et al., 2010).

Dos inquiridos, no estudo de Dube et al. (2006), 68% relataram pelo menos uma das 10 experiências adversas na infância (ACEs), 42% relataram duas ou mais. A prevalência de início do uso do álcool no início, meio e final da adolescência na população total foi de 7,5%, 26,8% e 32,8%, respectivamente. Entre os usuários abusivos de álcool, a idade média de início foi de 12,3 anos (± 2,3), 16,1 anos (± 0,74) e 18,7 anos (± 0,82) para início, meio e final da adolescência, respectivamente. A idade média de início do uso de álcool por coorte de nascimentos foi de 20,0 (± 5,4), 18,9 (±4,5), 17,8 (± 3,5), e 16,7 (± 3,3) para 1900-1931, 1932-1946, 1947-1961 e 1962-1978, respectivamente. Cada categoria de ACE, com exceção de negligência física, foi associada com 1,6 a 2,4 vezes ($p < 0,05$) aumento da probabilidade de sempre beber álcool. Comparado com os entrevistados que não experimentaram nenhuma experiência adversa na infância, aqueles com quatro ou mais ACEs tinham três vezes mais probabilidade de relatar abuso de álcool ($p <0,05$). Por exemplo, aqueles que tiveram experiência de contato sexual abusivo tinham quase três vezes (OR: 2,8; 95% CI: 2,3-3,5) mais chances de iniciar o uso do álcool durante a adolescência precoce; 1,5 vezes (OR: 1,5; 95% CI: 1,3-1,7) mais chances de iniciar a utilização de álcool durante o meio da adolescência, e 1,1 vezes (OR 1,1; 95% CI: 0,98-1,3) mais chances de iniciar o uso do álcool durante a adolescência tardia em relação àqueles que não tiveram contato sexual abusivo. A pontuação (escore de ACEs ≥ 4) foi associada a uma graduação forte com aumento do risco de iniciar o uso de álcool durante a adolescência precoce (OR: 6.2; 95% CI: 4,6-8,3, $p < 0,05$) e média (OR: 2,0; 95% CI: 1,6-2,4); (Dube et al., 2006).

Como a relação entre ACEs e iniciação do uso de álcool durante a adolescência precoce (≤ 14 anos), apresentou a maior magnitude de associação, na pesquisa de Dube et al. (2006). Uma análise de coorte de nascimentos foi conduzida para o uso de álcool antes dos 15 anos. Para cada coorte de nascimento, uma relação de graduação foi encontrada entre a pontuação/escore da ACE e o início do uso de álcool por volta dos14 anos ($p< 0,05$). A relação mais forte foi para as pessoas nascidas entre 1947 e 1961, comparando com as pessoas, sem notificação de ACEs e aquelas que relataram quatro ou mais ACEs, (OR: 8,8; 95% CI 4,9-15,5). O teste de tendência entre o escore de ACEs e a probabilidade do início precoce do uso de álcool foi significativa em todos os quatro coortes de nascimento: 1962-1978, (OR:1,3; 95% CI: 1,1-1,5); 1947-1961, (OR: 1,4; 95% CI: 1.3 1.5); 1932-1946, (OR: 1,3; 95% CI: 1,2-1,4), e 1900-1931, de (OR: 1,4; 95% CI: 1,2-1,5). Para cada uma das 10

categorias de ACEs houve duas a três vezes maior probabilidade de iniciar o uso de álcool por volta dos 14 anos (Dube et al., 2006).

Além disso, foi encontrada uma forte relação de grau entre o escore da ACE e a probabilidade do uso de álcool no início e meio da adolescência na pesquisa de Dube et al. (2006). A Fração de Risco Atribuível (ARF) foi estimada em 55%, para o inicio precoce do uso de álcool, por volta dos 14 anos, entre usuários de álcool que tiveram exposição a pelo menos uma ACE. Estes resultados fornecem evidência de que fatores estressantes e traumáticos no ambiente familiar na infância estão fortemente associados com o início do uso de álcool, especialmente durante o início e meio da adolescência (Dube et al.,2006).

Kingston & Raghavan (2009) relataram que as análises estatísticas obtidas neste estudo pelo modelo proposto, indicam que o abuso sexual infantil não previu a exposição a experiências traumáticas adicionais. Testou-se a relação entre o primeiro uso de substâncias e experiências traumáticas adicionais que foi mediada por comportamentos de risco. Usando uma versão restrita do modelo, os autores restringiram o caminho entre comportamentos de risco e experiências traumáticas adicionais. A relação entre o primeiro uso e experiências traumáticas adicionais foi estatisticamente significativa, $\beta = -0.24$, $p < 0{,}001$, como foi a relação entre o primeiro uso e comportamentos de risco, $\beta = -0.10$, $p < 0{,}01$. Em seguida, o modelo completo permitindo que ambos: primeiro uso de substância e comportamentos de risco previssem livremente experiências traumáticas adicionais. A relação entre o primeiro uso de substâncias e experiências traumáticas adicionais, não mostrou mudança significativa, $\beta = -0.22$, indicando que não houve efeito mediador integral. Um teste formal de mediação parcial utilizando a Goodman (I) versão do teste Sobel, indicou mediação parcial, Goodman (I) teste= -2,07, $p<0.05$. Foi examinada também se a relação entre comportamentos de risco e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi mediada por experiências traumáticas adicionais. Na versão restrita do modelo, o relacionamento entre comportamentos de risco e experiências traumáticas adicionais, foi estatisticamente significativo, $\beta = 0{,}18$, $p < 0{,}001$, como era o relacionamento entre comportamentos de risco e TEPT, $\beta = 0{,}12$, $p < 0{,}001$. No modelo completo a relação entre comportamentos de risco e TEPT caiu, mas manteve-se estatisticamente significativa, $\beta = 0{,}08$, $p < 0{,}05$, indicando que não houve efeito mediador completo. Mediação parcial foi indicada, Goodman (I) teste = 4,02, $p < 0{,}001$. Finalmente, foram comparados se os pontos fortes das relações entre CSA para TEPT, e experiências traumáticas adicionais para TEPT diferiam entre si. As relações críticas não foram significativas (Kingston & Raghavan, 2009).

Os resultados da pesquisa de Diaz et al. (2002) revelaram que a prevalência de fumantes regulares de cigarros e consumo de álcool regular, e uso de outras drogas nos últimos 30 dias foi significativamente maior entre as meninas que relataram abuso em comparação com aquelas que não relataram o abuso. As adolescentes que relataram história de abuso eram significativamente mais propensas a relatar: o status de saúde regular ou ruim, de moderada a altos níveis de sintomas depressivos, baixa auto-estima e moderado a altos níveis de estresse na vida em comparação com o grupo de referência. As meninas que relataram os dois tipos de abuso eram 5,10 vezes mais propensas a relatar moderados a elevados níveis de sintomas depressivos (OR: 5.10; 95% CI: 3.39-7.69, p< 0,001) e 5,90 vezes mais chances de relatar tabagismo regular (OR: 5.90; 95% CI: 3.21-10.83, p<0,001), consumo regular de álcool (OR: 3.76; 95% CI: 2.16-6.55, p<0,001) e uso drogas ilícitas nos últimos 30 dias (OR: 3.44; 95% CI: 2.17-5.44, p<0,001). Por outro lado, aquelas meninas que relataram apenas abuso sexual eram 2,47 vezes (OR: 2,47; 95% CI: 1.55-3.92) mais propensas, comparadas com seus pares sem relato de abuso, a experimentar moderado a altos níveis de sintomas depressivos; e 2,67 vezes mais propensas, a relatar tabagismo regular (OR: 2,67; 95% CI: 1.42-4.99). Quando aquelas que relataram somente abuso físico, foram usadas como grupo de referência o odds ratio foi ajustado para níveis de moderados a elevados níveis de sintomas depressivos (OR: 1,51; 95% CI:0,97-2,35) e de auto-estima (OR: 1,53; 95% CI: 0,96-2,45) aproximou-se de significância, quando controlado para características demográficas e grupo de referência (Diaz et al., 2002).

Quanto aos resultados das análises de regressão de riscos proporcionais de Cox, da pesquisa de Sartor et al.(2013), no modelo 1 o abuso sexual na infância (CSA), foi associado com um aumento maior do que quatro vezes no risco para a iniciação do uso de álcool antes da idade de 10 anos (HR = 4,59; 95% CI: 1,96-10,74) que caiu para um aumento de 76% no risco de uso de álcool, entre as idades de 10 e 14 anos (HR = 1,76; 95% CI: 1.46- 2.14) e 15% para as idades de 15 a 19 anos. A adição de co-twin idade precoce da primeira bebida e co-twin uso precoce x zygosity no modelo 2, não reduziu o HR para uso antes dos 10 anos, mas as estimativas de HR para períodos mais tarde de risco, foram ligeiramente atenuadas, significativamente nas idades de 10 a 14 anos. Também há evidências para um período de pico no risco associado com co-twin uso precoce (HR = 4,51; 95% CI: 3.62-5,62) para as idades de 10 a 14 anos. A Razão de Risco (HR) para co-twin uso precoce por zygosity (HR= 1,25; 95% CI: 1,04-1,51) é sugestivo de um grau modesto de influência genética sobre o momento do primeiro uso de álcool (Sartor et al., 2013).

Continuando os resultados das análises de regressão de riscos proporcionais de Cox, da pesquisa de Sartor et al. (2013) em relação uso cigarro, no modelo 1, o abuso sexual na infância (CSA) foi associado com um aumento significativo do risco para o uso do cigarro aos 19 anos. Uma maior HR foi observada para o período de risco entre as idades de 4 a 9 anos (HR = 2,61; 95% CI: 1,79-3,80), mas a redução nas estimativas de HR em períodos de risco foi mais gradual do que para o álcool; estimativas pontuais de 1,94 e 1,40 foram encontradas para as idades de 10-14 e 15-19 anos, respectivamente. A adição de co-twin uso precoce e sua interação com zygosity levou a uma queda significativa nos HRs para as idades de 4-9 e 10-14 anos, mas CSA permaneceu um preditor significativo do uso do cigarro (HR = 1,70; 95% CI: 1,13-2,56 para idades 4-9 anos, HR = 1,34; 95% CI: 1,12-1,59 para as idades 10-14 anos). O HR para as idades de 15-19anos no modelo 2 foi quase idêntico ao de idades 10-14, e não foi significativamente menor do que no modelo 1. Co-twin uso do cigarro precoce foi associada com um aumento maior do que seis vezes no risco de utilizar em idades 4-9, e um aumento de mais de 2,5 vezes para as idades de 10-14 anos. Influências genéticas eram evidentes em idades de 10-14 (HR para uso co-twin por zygosity foi de 2,14, 95% CI = 1,60-2,86). Em relação à maconha, abuso sexual na infância (CSA), no modelo 1, foi associada com um aumento de 3,5 vezes no risco para o consumo de cannabis em idades 5-13 anos (HR = 3,56; 95% CI: 2,44-5,20), um aumento de 80% para as idades 14-17 anos e um aumento marginalmente significante nas idades de 18-21 anos. Os HRs permaneceram significativos, após a adição de co-twin uso precoce e sua interação com zygosity. As estimativas diferiram pouco para as idades de 14-17 e 18-21 anos, mas a queda de 2,34 (IC = 1,57-3,48) foi estatisticamente significativa para o grupo mais jovem (5-13 anos). Co-twin uso precoce foi associada com uma elevação de quase oito vezes no risco para uso antes dos 14 anos e um aumento de 3,5 vezes no risco entre 14 e 17 anos. Contribuições familiares para o uso de cannabis foram atribuídas, em parte, à genética (HR para co-twin uso precoce por teste zygosity = 1,84; 95% CI: 1,43-2,37); (Sartor et al., 2013).

Os resultados do estudo de Duncan et al. (2008) demonstraram que dos 819 filhos (sujeitos da pesquisa), 458 (55,92%) já tinham consumido cannabis, 327 (39,93%) tinham usado maconha ≥6 vezes e 188 (22,95%) preencheram os critérios para CA/D (68; 8,30% com dependência e 120; 14.65% com abuso apenas). A idade média de início do primeiro sintoma do abuso e dependência de cannabis - CA/D em pacientes com diagnóstico foi 15,99 anos (variação de 12-25 anos, DP = 2,01), e não diferiu por CSA ou status CPA. Setenta filhos (8,55%; 13,96% das mulheres e 3,53% dos homens) tinham experimentado CSA, 105 (12,82%; 10,41% das mulheres e 15,06% dos homens) tinham experimentado CPA. Dos 175

filhos que tinham experimentado ou CSA ou CPA; 10,29% n = 18- experimentaram ambas as formas de abuso (25,45% de mulheres e 26,67% dos homens). CPA foi mais comum em membros do grupo HG-HE, do que em membros de outros grupos de risco (16,24%, versos: 4,76-6,55%; p = 0,011); no entanto, não houve diferenças significativas nas taxas de CSA entre os grupos de risco. Comparando os filhos sem CA/D, a prole com CA/D foram significativamente mais propensos a ter história de CSA, mas não CPA, antes da idade de 16 anos. Em modelos de riscos proporcionais de Cox separados, com CSA ou CPA como o único preditor de início do CA/D; CSA (HR = 2,11; 95% CI: 1,46-3,05), mas não CPA (HR = 1,32; 95% CI: 0.89- 1.97), foi associado com aumento do risco de CA/D (Duncan et al., 2008).

Continuando os resultados, no Modelo Básico do estudo de Duncan et al. (2008) que consistiu de CSA, CPA, e variáveis do projeto de 4 grupos; apenas CSA (HR = 2,01; 95% CI: 1,37-2,95) e participantes do grupo de risco HG-HE (HR = 1,92; 95% CI: 1,21-3,04), foram preditores significativos de CA/D. A interação entre o CSA e CPA não foi significativa (HR: 0,48; 95% CI: 0,19-1,23). No Modelo Final, CSA foi um preditor significativo para CA/D (HR = 2,27; 95% CI: 1,48-3,17), ajustado para CPA, grupos de fatores de risco genéticos e ambientais, sexo masculino, e prole AA/AD e Transtorno de Conduta; no entanto, o efeito de CPA foi reduzido e não estatisticamente significativo. O efeito de estar no grupo de risco parental: HG-HE também foi reduzido no modelo básico (HR: 1,92; 95% CI: 1,21-3,04) e já não estatisticamente significativo no modelo final (HR: 1,40; 95% CI: 0,88-2,12). Todavia os descendentes: AA/AD, foram fortemente associados ao desenvolvimento de CA/D, aqueles com um diagnóstico de AA/AD tinham mais de três vezes chances de desenvolver CA/D, comparados àqueles sem AA/AD. Filhos com Transtorno de conduta tiveram um risco substancialmente elevado de CA/D com início antes dos 16 anos de idade (HR = 7,36; 95% CI: 4,60-11,79) e foram associados também, com um muito menor, mas ainda significativo, risco de CA/D com início aos 16 anos ou mais (HR = 1,84; 95% CI: 1,17-2,90). Abuso sexual na infância (CSA) foi um preditor significativo de CA/D, mesmo após o ajuste para a CPA, risco genético e ambiental, gênero, abuso e dependência de álcool e Transtorno de Conduta. A associação entre CPA e CA/D em análises ajustadas ou não, no entanto, não foi estatisticamente significativa (Duncan et al., 2008).

5. DISCUSSÃO

Cinco estudos apresentam evidências significativas da associação entre CSA e uso de álcool durante a adolescência. CSA mostrou estar relacionado a maiores taxas de inicio do uso de álcool durante a adolescência precoce e média (Dube et al., 2006); CSA aumentou em 3,14 vezes as chances do uso frequente e excessivo de álcool, após controle para idade, gênero, estrutura familiar e abuso físico (Moran et al., 2004). Todos os tipos e combinações de tipos de maus tratos foram fortemente associados com binge drinking (consumir cinco ou mais bebidas alcóolicas, de uma vez, pelo menos 2-3 vezes por mês) na adolescência (Shin, Edwards, & Heeren, 2009). Abuso sexual foi um indicador muito forte de idade precoce para uso de bebida alcóolica (Sartor et al., 2013). A prevalência de consumo regular de álcool foi significativamente maior entre as meninas que relataram abuso físico e sexual, em comparação com aquelas que não relataram o abuso (Diaz et al., 2002).

Os resultados do estudo de Dube et al. (2006) fornecem fortes evidências de que vários fatores como estresse precoce e experiências traumáticas no ambiente familiar na infância, são fortes preditores do inicio do uso de álcool precoce na adolescência e que transcenderam uma variedade de influências seculares e sociais sobre o uso de álcool ao longo do século passado (Dube et al., 2006). Não surpreendentemente, o alcoolismo parental foi associado com um aumento no risco de 1,43 vezes, para binge drinking na adolescência (Shin et al., 2009).

Quatro estudos examinaram as relações entre características específicas da experiência de CSA ou a ocorrência de outras formas de maus-tratos na infância e os resultados relacionados com o álcool. CSA mostrou estar associado a um maior risco de resultados relacionados com o álcool se maus tratos físicos (Moran et al., 2004) ou outros eventos adversos infância (Dube et al., 2006) também ocorreram. Quanto a maus-tratos, foi significativamente maior entre as meninas e CSA foi associado com um consistente aumento do risco de ser usuária moderada/elevada de álcool e cannabis, após o ajuste para todos os outros fatores (Shin, Hong, & Hazen, 2010). Exposição a maus-tratos também foi associada com 1,33 vezes, mais risco do consumo episódico excessivo de álcool na adolescência na pesquisa de Shin, Edwards, & Heeren (2009).

Em três estudos, achados da pesquisa, sugerem uma associação entre CSA e uso de tabaco durante a adolescência. CSA aumentou a chance do uso elevado de tabaco em três vezes, durante a adolescência e mostrou-se relacionada à iniciação do tabagismo em uma idade precoce, se acompanhada por maus-tratos na infância (Moran et al., 2004). O abuso sexual na infância (CSA) foi associado com um aumento significativo do risco para o uso do

cigarro aos 19 anos no modelo-1, e no modelo-2 o uso do cigarro precoce foi associado com um aumento maior do que seis vezes no risco de utilizar em idades de 4-9 anos, e um aumento de mais de 2,5 vezes para as idades de 10-14 anos. Influências genéticas eram evidentes em idades de 10-14 anos, história de abuso sexual é um fator de risco distinto para uso de cigarros (Sartor et al., 2013). Tabagismo regular foi significativamente maior entre as meninas de uma amostra nacionalmente representativa, que relataram os dois tipos de abuso, físico e sexual, em comparação com aquelas que não relataram o abuso (Diaz et al., 2002).

Quatro estudos indicam, após análise estatística, uma associação entre CSA e uso de cannabis durante a adolescência. CSA foi um preditor significativo de abuso e dependência de cannabis (CA/D), mesmo após o ajuste para abuso físico na infância, risco genético e ambiental, gênero, abuso e dependência de álcool, e Transtorno de conduta (Duncan et al., 2008). Filhos expostos a CSA estavam significativamente em maior risco de desenvolver abuso/dependência de cannabis, em comparação com aqueles que não tinham experimentado CSA, após controle para riscos familiares genéticos e ambientais, gênero, abuso e dependência de álcool e transtorno de conduta (Sartor et al., 2013). Entre as meninas, vítimas de CSA, em atendimento no Sistema de Serviço Público, CSA foi associado com um consistente aumento do risco de ser usuária moderada/elevada de álcool e cannabis, após ajuste para todos os outros fatores (Shin, Hong, & Hazen, 2010). Um estudo relacionou uso de álcool e cannabis com experiências traumáticas adicionais, mas não com CSA (Kingston & Raghavan, 2009).

Seis estudos examinaram a associação entre CSA e uso de drogas ilícitas durante a adolescência, e cinco encontraram relações significativas. Além disso, CSA aumentou em 3,86 vezes as chances de uso mais frequente de drogas ilícitas (Moran et al., 2004). As adolescentes que relataram história de abuso eram significativamente mais propensas a relatar uso drogas nos últimos 30 dias (Diaz et al., 2002). CSA foi associada com todos os padrões de abuso de substâncias, exceto o padrão abstêmios/baixo, para as meninas, mas com nenhum dos padrões de abuso de substâncias para os meninos (Shin, Hong, e Hazen, 2010). O risco de uso de drogas ilícitas foi aumentada se maus tratos físicos co-ocorreram com CSA (Moran et al., 2004; Hussey et al., 2006). Um estudo não encontrou relações entre CSA e abuso de substâncias, incluindo índice de idade de início do uso de substâncias (Kingston & Raghavan, 2009).

Algumas diferenças de gênero têm sido encontradas nas associações entre CSA e uso de substâncias em adolescentes. A pesquisa de Moran et al. (2004) com adolescentes em idade escolar, descobriu que adolescentes do sexo masculino que relataram abuso físico combinado

com abuso sexual foram significativamente mais propensos a usar drogas ilícitas do que adolescentes do sexo feminino, nas mesmas categorias de abuso (Moran et al., 2004). Diferentemente, no estudo de Shin, Hong, & Hazen (2010) as adolescentes que tiveram exposição ao CSA estavam em particular risco para o desenvolvimento de uso de múltiplas substâncias na adolescência, mas essa associação não foi encontrada em adolescentes do sexo masculino. Uma das várias explicações poderia ser que os meninos são mais susceptíveis de reagir à angústia através de sintomas de externalização tais como agressividade e hiperatividade, que as meninas. Sintoma externalizante, muitas vezes citado como um fator de risco para o uso de substâncias na adolescência poderia suprimir os efeitos do CSA sobre o uso da substância em adolescentes do sexo masculino. A amostra do estudo é constituída por jovens em situação de risco, em contato com um Serviço Público, que podem ter envolvimento com drogas qualitativamente diferente de adolescentes na comunidade. Essas taxas elevadas de uso de substâncias entre os homens da amostra pode ter mascarado qualquer potencial associação entre CSA e padrões de uso de substâncias na adolescência. Essas características podem explicar em parte, as diferenças de gênero na associação entre CSA e padrões de uso da substância (Shin et al., 2010).

Segundo Moran et al. (2004) a coleta de dados sobre os maus-tratos e uso de substâncias é um importante desafio para os pesquisadores, pois ambas são atividades ocultas e ilegal. Uma forma de superar estes problemas é divulgar de forma anónima maus-tratos e uso de substâncias. Este método também tem limitações, pois não há uma forma de validar a informação dada no questionário. No entanto, há alguns indícios de que as informações recolhidas a partir do auto-relato são válidas, pois a subnotificação de abuso tende a diminuir, ao invés de exagerar as conclusões do estudo. Outra limitação do estudo é que os dados foram coletados em um ponto no tempo e, portanto, é impossível saber se a utilização de substâncias começou antes ou depois de uma experiência de maus-tratos. Um estudo prospectivo e longitudinal, que abordasse estas questões contribuiria substancialmente para o entendimento dessas questões (Moran et al., 2004).

Dube et al. (2006) avaliaram estresse e trauma especificamente no ambiente familiar. Contextos ambientais mais amplas, que podem influenciar no início precoce do uso de álcool, não foram analisados. Futuros estudos poderiam examinar não só os fatores a nível familiar, mas outros fatores ambientais relacionados com uso precoce de álcool. O relatório retrospectivo de experiências na infância é um outro ponto fraco em potencial, pois os entrevistados podem ter dificuldade em recordar eventos específicos. Por exemplo, no acompanhamento longitudinal de adultos, cujo abuso na infância foi documentado, relatórios

a posteriori de tais abusos, eram susceptíveis de subestimar a ocorrência real. Esta limitação também é relatada na pesquisa de Shin et al. (2009) porque é possível que os relatórios retrospectivos de maus tratos na infância que foram utilizados, ou seja, retrospectiva das interpretações cognitivas dos trágicos acontecimentos possam ter resultado em super ou sub-notificação de maus-tratos.

Outro ponto levantado por Shin, Edwards, & Heeren (2009) é que o estudo Add Health (National Longitudinal Study of Adolescent Health), incidiu apenas sobre os pais ou responsáveis como autores dos maus-tratos e apenas um aspecto de maus-tratos, tipos de maus-tratos, foi utilizado. Futuros estudos analisando a relação entre maus tratos na infância e beber em binge na adolescência precisa incluir outros atores e outros aspectos de maus-tratos, como a frequência, gravidade e cronicidade (Shin et al., 2009).

No estudo de Diaz et al. (2002) várias limitações merecem menção. Em primeiro lugar, as duas perguntas simples utilizadas para identificar uma história de abuso físico e/ou sexual podem ter subestimado a prevalência nesta amostra. Segundo, os autores não puderam estabelecer causalidade para as relações observadas entre o tipo de abuso e comportamentos de risco à saúde, estado de saúde, ou de saúde mental. Embora dados transversais possam descartar causas potenciais quando associações não estão presentes, eles não podem determinar a ordem temporal dos eventos. As conclusões não podem ser generalizadas aos adolescentes que não frequentam ou não estão matriculados em escola. Adolescentes que abandonaram a escola podem estar em risco aumentado de sequelas psicológicas e comportamentais do abuso, portanto, diminuindo potencialmente a estimativa de prevalência de maus-tratos (Diaz et al., 2002).

Kingston & Raghavan (2009) questionaram estudos anteriores que encontraram uma associação entre CSA e menor idade de início de uso de substâncias, mas não mediram a seqüência temporal entre CSA e início do uso da substância Todavia a investigação tem uma série de limitações. Ela se baseou na análise de dados secundários existentes. As variáveis de interesse tais como, idade do primeiro uso de álcool, não estavam disponíveis. As análises foram transversais. As relações entre as variáveis podem mudar ao longo do tempo. Apesar de suas limitações, a presente investigação analisa a natureza complexa das relações entre CSA e uso de substâncias e da contribuição do uso da substância para o TEPT, Salientando a necessidade de prevenção do abuso de substância e a redução do risco entre adolescentes Kingston & Raghavan (2009).

Sartor et al. (2013) chamam atenção para algumas limitações do estudo. Primeiro, a proporção de mulheres que confirmam CSA no estudo foi um pouco menor do que as

estimativas de prevalência de CSA em mulheres encontradas na literatura. O menor grau de especificidade da avaliação CSA (por exemplo, não foi consultado sobre abuso sexual vaginal, oral e anal separadamente) e a idade relativamente jovem de corte em comparação com outros estudos podem ter contribuído para essa diferença. Em segundo lugar, em pares discordantes o gêmeo não afetado pode ser influenciado indiretamente pela história CSA de seu co-gêmeo. Status co-twin uso precoce não é, portanto, um indicador muito conservador de influências familiares. Em terceiro lugar, o maior grau de sobreposição entre o uso precoce e CSA em gêmeos concordantes e discordantes resulta em uma queda mais modesta na HR estimada para CSA para uma gêmea que sofreu abuso sexual, cuja co-gêmea também foi abusada, levando assim a uma super estimativa do CSA risco associado, nestas gêmeas (Sartor et al., 2013).

Duncan et al. (2008) também apontaram algumas limitações: as avaliações da CPA e CSA foram breves e não incluiu perguntas sobre o autor do abuso, frequência, gravidade; os quais são encontrados, na literatura, serem associados a taxas mais elevadas de TUS. A discrepância nos resultados poderia ser uma função do resultado mais específico (CA/D em vez de uso de cannabis ou qualquer abuso ou dependência de drogas). Outra possível limitação é que a entrevista não incluiu uma avaliação do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), O qual tem sido mostrado como mediador ou moderador da relação entre a experiência de eventos traumáticos e uso, abuso e dependência de drogas Duncan et al. (2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de Diaz et al. (2002) constatou que quase 20% dos adolescentes desta amostra nacionalmente representativa, relataram ter sofrido abuso físico ou sexual, ou ambos. Estas percentagens alarmantes ressaltam a importância da posição da Academia Americana de Pediatria, que defende que os pediatras assumam um papel importante na identificação e prevenção da violência contra crianças. Pediatras e outros prestadores de cuidados da atenção primária à saúde precisam oferecer triagem universal aos pacientes, incluindo adolescentes. Além disso, os pediatras que prestam atendimento a meninas adolescentes devem estar atentos a comportamentos de risco e sintomas depressivos e sua associação com quaisquer maus tratos na infância (Diaz et al., 2002).

Um ponto relevante da pesquisa de Dube et al. (2006) é a forte associação observada entre a pontuação da ACE e início do uso de álcool por volta dos 14 anos e as relações consistentes em todas as coortes de nascimento que remonta a 1900; apesar dos esforços concentrados para retardar o seu uso através de uma variedade de programas educativos e de saúde pública e leis que proíbem o uso de álcool antes de 21 anos**.** Em conclusão, programas e intervenções devem ir além das abordagens de educar a juventude sobre os malefícios do uso de substâncias e devem incluir abordagens destinadas a ajudar os jovens a reconhecer e lidar com os estressores do abuso, violência doméstica e experiências adversas na infância (Dube et al., 2006).

Na pesquisa de Moran et al. (2004) os dados coletados a partir de uma amostra da comunidade (não-clínicos), de adolescentes em idade escolar, forneceram novas informações sobre a relação entre maus-tratos e uso de substâncias durante a adolescência. O cuidado deve ser usado na comparação dos efeitos negativos de qualquer tipo de maus-tratos, dado o potencial dano que qualquer tipo de maus-tratos pode causar a um indivíduo. Os resultados deste estudo apontam para a possibilidade de que, alguns tipos de maus-tratos causam maior sofrimento psicológico do que outros tipos e, portanto, estão associados com usos mais elevados de substâncias, talvez para escapar da dor psicológica (Moran et al., 2004).

Na pesquisa conduzida por Shin, Hong, & Hazen (2010) constatou-se que analisar classes homogêneas de adolescentes usuários de substâncias e explorar a relação entre CSA e classes específicas, pode facilitar a identificação de crianças maltratadas que estão particularmente em risco para o desenvolvimento de abuso de substâncias na adolescência. Mas a medida em que o abuso sexual na infância (CSA) pode moldar os padrões de uso de substância na adolescência, permanece incerta. Com este estudo, Shin et al.(2010), sugerem

potencial heterogeneidade nos mecanismos subjacentes à associação entre CSA e uso de drogas na adolescência. Outros estudos tem associado CSA com uma série de transtornos psiquiátricos. Vítimas do CSA podem automedicar-se com substâncias ilícitas para enfrentar ou fugir de sintomas intrusivos, tais como "flashbacks" e embotamento emocional. Por exemplo, estudos de desenvolvimento têm sugerido que os déficits de desenvolvimento relacionados a abuso sexual na Infância, tais como processos pobres de auto-regulação, podem predispor vítimas do CSA ao uso e abuso de substâncias na adolescência, onde o controle parental é reduzido e a liberdade de escolher os comportamentos é grande. Com uma série de experiências individuais adversas na infância, é extremamente difícil isolar o efeito independente de CSA no uso de substâncias. No entanto, se os objetivos são prevenir o uso de substância entre adolescentes vítimas de CSA, é preciso desenvolver estratégias de tratamento eficazes para jovens com história de CSA (Shin et al., 2010).

A metodologia usada na pesquisa de Shin, Hong, & Hazen (2010) impediu de responder perguntas importantes sobre o curso do desenvolvimento do uso de múltiplas substâncias e os efeitos da CSA na progressão para uso de múltiplas substâncias durante a adolescência. Além disso, não foi possível pesquisar uma história completa do CSA em modelo de testes, como novas dimensões do CSA, incluindo, frequência e duração dos episódios CSA, número de eventos CSA, e a gravidade da história de abuso. Futuras pesquisas devem investigar melhor porque vítimas de CSA estão em risco particular para uso de drogas na adolescência. Assim, o estudo prepara o terreno, para futuros estudos longitudinais, para sondar ainda mais a natureza, fatores de risco e de proteção para consumo de drogas entre os adolescentes envolvidos com o Sistema de Serviço Público. Esses estudos podem fornecer insights sobre prevenção e estratégias de intervenção para adolescentes que são altamente vulneráveis ao abuso e dependência de substâncias (Shin et al., 2010).

Segundo Kilpatrick et al. (2000) os dados referentes a ordem de início do uso da substância e vitimização, revelam que os jovens vitimizados começaram a usar substâncias em idade mais precoce do que a juventude não vitimizada. Estes achados apoiam a posição de que a vitimização desempenha um papel na produção de abuso de substâncias ou comportamento dependente em adolescentes. A importância desta constatação foi confirmada pelo fato de que o abuso de substâncias na adolescência parece ser excepcionalmente resistente à mudança e é acompanhado por uma série de problemas médicos e de saúde mental. Além de direcionar para resultados negativos à saúde, o aumento do uso de substâncias parece definir o cenário para a vitimização futura ou, por sua vez, aumentar o risco de abuso de outras substâncias. Os dados do estudo sugerem que este ciclo muitas vezes

começa com a vitimização na forma de agressão sexual, agressão física ou violência testemunhada. No entanto, é importante notar que nem uma ordem estabelecida de início, nem correlações preditivos significativos seguindo essa ordem estabelecida; provam o nexo de causalidade. Dentre as várias hipóteses, o abuso de substâncias, para muitos adolescentes, pode ser uma resposta ao afeto negativo produzido pela exposição à agressão sexual e/ou física ou ter presenciado violência (por exemplo, beber para reduzir a ansiedade, desencadeada por estímulos externos e/ou internos, associados a uma experiência de vitimização). As questões relativas à vitimização devem ser abordadas como intervenções para o problema. Escalas de avaliação como screening de abuso de substâncias, devem ser incorporadas em avaliações de crianças com histórias de vitimização. (Kilpatrick et al., 2000).

Duncan et al. (2008) analisaram a associação entre o abuso sexual na infância (CSA) e abuso físico (CPA), e o desenvolvimento de abuso e dependência de cannabis (CA/D), controlados para fatores de risco genéticos e ambientais. Adolescentes e adultos jovens (n = 819 filhos) idade12-25 anos eram descendentes de pais gêmeos do sexo masculino que eram membros da Era Twin Registry Vietnam (VETR). Para controlar as diferenças de risco familiares relacionados com a dependência de drogas parental, foram criados quatro grupos com base no status: uso e dependência de substâncias do pai e do tio (TUS), refletindo diferentes graus, de riscos genéticos e ambientais de dependência a drogas (DD). No Modelo Base, que consistiu de CSA, CPA, e variáveis no projeto de 4 grupos, apenas CSA e participantes do grupo de risco HG-HE foram preditores significativos de CA/D. A interação entre o CSA e CPA não foi significativa. No Modelo Final, CSA foi um preditor significativo para CA/D, ajustado para CPA, fatores de risco familiares genéticos e ambientais, gênero, descendentes AA/AD e Transtorno de Conduta (Duncan et al., 2008)

Os resultados da pesquisa de Sartor et al. (2013) indicam que abuso sexual na infância (CSA), é um fator de risco distinto para uso de cigarros e maconha, especialmente em uma idade jovem, e também um indicador muito forte de idade precoce para uso de bebida alcóolica A pesquisa é importante para apoiar o uso da história abuso sexual na infância, como um marcador de alto risco para problemas relacionados a substâncias. Além disso, os achados destacam a importância da integração da prevenção de abuso de substâncias em serviços de apoio psicológico para meninas que sofreram CSA. Outras pesquisas se fazem necessárias para determinar a generalização dos resultados para os grupos étnicos que não foram incluídos na amostra, e também para os homens, que tiveram taxas substancialmente mais baixas de CSA (Sartor et al., 2013).

Segundo Shin, Edwards, & Heeren (2009) maus tratos na infância é um forte fator de risco para o binge drinking (consumir cinco ou mais bebidas alcóolicas, de uma vez, pelo menos 2-3 vezes por mês) na adolescência, controlado para o alcoolismo parental. Estes achados indicam que mais pesquisas se justificam, para investigar os efeitos de diferentes tipos ou combinações de tipos de maus-tratos, no beber em binge na adolescência. Dado que os tipos de maus-tratos geralmente co-ocorrem; investigações emergentes tem examinado o impacto cumulativo dos vários tipos de maus tratos na infância sobre uma variedade de comportamentos, devido a dificuldades durante o desenvolvimento, incluindo problemas emocionais, baixa competência social, baixa auto-estima entre outros (Shin, et al., 2009).

Muitos estudos utilizaram projetos transversais, que limitam interpretações de causalidade. Além disso, a maioria dos estudos se baseou em relatos de CSA, abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco, levantando questões sobre a precisão da recordação retrospectiva. Pesquisas futuras, que inclui desenhos longitudinais com amostras grandes, de base populacional, são necessárias para explicar os efeitos complexos de CSA sobre comportamentos de risco à saúde dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

Diaz A, Simantov E, Rickert VI. (2002). Effect of abuse on health: results of a national survey. **Arch Pediatr Adolesc Med**.156: 811– 817

Dube, S. R., Miller, J. W., Brown, D. W., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dong, M., Anda, R. F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence**. J Adolesc Health**, 38(4), 444.e1-444.e10.

Duncan, A. E., Sartor, C. E., Scherrer, J. F., Grant, J. D., Heath, A. C., Nelson, E. C., & Bucholz, K. K. (2008). The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: Evidence from an offspring of twins design. **Addiction**, 103(6), 990-997.

Draucker, C. B., & Mazurczyk, J. (2013). Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. **Nursing Outlook**, 61(5), 291- 310. http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.12.003

Habigzang, L F.; Koller, S H.; Azevedo, G A; Machado, P X. (2005), Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos – **Psi.: Teor. E Pesq**., Vol. 21 n.3, Brasília, p. 341-348.

Hussey, J. M., Chang, J. J., Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. **Pediatrics**, 118(3), 933–942.

Kingston, S., Raghavan, C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. **J Trauma Stress**, 22(1), 65-68

Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. **J Consult Clin Psychol**.;68:19 –30

VI 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 (2010). E. A. Carlini (supervisão) [et. al.] - São Paulo: **CEBRID** - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. **SENAD** - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.

Moran, P.B., Vuchinich, S., Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. **Child Abuse Negl**, 28(5), 565-574.

Pfeiffer, Luci & Salvagni, Edila Pizzato (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediatr**. (Rio J.), vol.81, no.5, p.s197-s204. ISSN 0021-7557.

Sartor, CE, Waldron, M., Duncan, AE, Grant, JD, McCutcheon, VV, Nelson, CE, Madden, PAF, Bucholz, KK and Heath, AC. (2013), Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. **Addction** 2013; 108 (5): 993-1000. doi; 10,1111 / add 12115

Shin, S.H.; Edwards, E.; Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: relations to adolescent binge drinking in the National Longitudinal Study of Adolescent Health (AddHealth) Study. **Addict. Behav**. 34(3), 277–280, PMC2656346.

Shin, S. H., Hong, H. G., Hazen, A. L. (2010). Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis. **Drug Alcohol Depend**, 109(1-3), 226e235.

Simpson TL, Miller WR. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. **Clin Psychol Rev**. 22(1), 27-77.

ANEXO A

Tabela 1. Artigos incluídos na Revisão.

AUTOR (ano de publicação)	**Propósito e desenho do ESTUDO**	**AMOSTRA**	**RESULTADOS**
Sartor et al. (2013)	Analisar a extensão em que a associação entre o abuso sexual na infância (CSA) e uso precoce de álcool, cigarros e cannabis, em meninas adolescentes.	N: 3.761 gêmeos do sexo feminino, com idade entre 18-29 anos, que completaram a quarta Onda de coleta de dados para o Missouri Adolescent Female Twin Study (MOAFTS). Período: 2002 a 2005	No modelo 2, com controle para influência familiares. análises de riscos proporcionais de Cox revelaram inicio precoce de álcool, cigarro e cannabis. O efeito foi observado com a idade de 19 anos para cigarros, 21 anos para cannabis e 14 anos para o álcool, com risco mais evidente antes dos 10 anos (HR=4,75; 95% CI: 1,83-12,31). Taxas de risco CSA associado para início do uso de cigarro e cannabis significativamente mais baixo (HR= 1,70; 95% CI: 1,13-2,56) e (HR=2,34; 95% CI: 1,57-3,48), respectivamente.
Shin, Hong & Hazen (2010)	Análise quantitativa de dados extraídos do Estudo de Sistemas no Serviço Público de Padrões de Saúde Mental da Juventude (POC), da associação entre CSA e uso na vida de seis substâncias ilícitas (álcool, cannabis, anfetaminas, opiáceos, cocaína e alucinógenos).	N: 1.019 adolescentes (M: 346, H: 673) Idade: 13 a 18anos, recrutados de cinco Serviços com financiamento Público, durante o ano fiscal de 1996 a 1997. Região metropolitana USA	Para o sexo feminino CSA foi associada com maior risco de ser um usuário moderado de álcool e cannabis (Classe 2: OR= 2,61; 95% CI: 1,10-6,18), uso alto de álcool/cannabis e moderado de anfetaminas/cocaína (Classe 3: OR= 4,75; 95% CI: 1,68-13,44), e um usuário pesado múltiplas substâncias (Classe 4: OR= 4,85; 95% CI: 1,75-13,45). Para os homens CSA não foi associada a classes de uso de substâncias.
Shin, Edwards & Heeren (2009)	Estudo prospectivo de coorte (dados do estudo nacional longitudinal Add Health), que analisa as relações entre as várias formas de maus tratos na infância (abuso sexual, abuso físico e negligência) e binge drinking (consumo de cinco ou mais bebidas alcóolicas, de uma vez, pelo menos 2-3 vezes por mês, no último ano).	N: 12.748 adolescentes, da 7º ao 12° ano. Dados de uma Pesquisa Nacional Longitudinal da Saúde dos Adolescentes (Add Health) USA. 1ªEtapa 1995 2ªEtapa 1996 3ªEtapa 2002	O abuso sexual foi associado com OR: 2,26 vezes; 95% CI: 1,15-4,43; p<0.05, aumento no risco para consumo episódico excessivo de álcool (binge drinking), na adolescência. O abuso sexual e físico foi associado com OR: 1,79 vezes; 95% CI: 1,15-2,78; p<0.05, aumento no risco de binge drinking, na adolescência. Exposição a maus-tratos foi associada com OR: 1,33 vezes; 95% CI: 1,13-1,57, p<0.05, aumento do risco de binge drinking, na adolescência.

Tabela 1- Continuação **AUTOR** (ano)	Propósito e desenho do **ESTUDO**	**AMOSTRA**	**RESULTADOS**
Kingston & Raghavan (2009)	Estudo transversal, dados extraídos da amostra probabilística de domicílos, que analisa relações entre abuso sexual na infância (CSA), eventos traumáticos adicionais, idade de início do uso da substância, e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).	N: 4023 adolescentes Idade de 12 a 17 anos. Pesquisa National de Adolescentes, 2000. USA.	A idade média de início de uso de substâncias foi de 13,7 anos, DP = 2.4. Noventa e sete por cento relataram uso de álcool, 61% uso de maconha, 15% ou menos relataram o uso de outras drogas. 31% relataram envolvimento em comportamentos de risco sob a influência de substâncias. Dez por cento relataram CSA antes da primeira utilização de substâncias, com idade média=10,6, DP = 3,9 e oito por cento relataram CSA após o primeiro uso de substâncias, a idade média=14,3, DP = 2,3. CSA não foi associada com o primeiro uso de substância.
Duncan et al. (2008)	Análise da associação entre o abuso sexual na infância (CSA) e abuso físico (CPA), e desenvolvimento de abuso e dependência de cannabis (CA/D), controlados para fatores de risco familiares genéticos e ambientais.	N: 819 Adolescentes e adultos jovens, idade: 12-25 anos, descendentes de pais gêmeos do sexo masculino, veteranos militares dos USA, membros da Era Twin Registry Vietnam (VETR).	No Modelo Base, que consistiu de CSA, CPA, e variáveis no projeto de 4 grupos, apenas CSA (HR = 2,01; 95% CI: 1,37-2,95) e participantes do grupo de risco HG-HE (HR = 1,92; 95% CI: 1,21-3,04) foram preditores significativos de CA/D. A interação entre o CSA e CPA não foi significativa (HR: 0,48; 95% CI: 0,19-1,23). No Modelo Final, CSA foi um preditor significativo para CA/D (HR = 2,27; 95% CI: 1,48-3,17), ajustado para CPA, fatores de risco familiares genéticos e ambientais, gênero, descendentes AA/AD e Transtorno de Conduta.
Dube et al. (2006)	Estudo de coorte retrospectivo onde foi examinada a relação entre 10 eventos adversas na infância (ACE) e início do uso de álcool durante a adolescência precoce, média e tardia e idade adulta. As ACEs foram: abuso emocional, físico e sexual, negligência emocional e física, testemunhando violência doméstica, separação/divórcio dos pais, familiares usuários, doenças mentais, ou membros da família envolvidos em crimes.	N: 8417 (M: 4.521, H: 3.896) Adultos menbros de uma organização de Saúde em San Diego, Califórnia Início do uso de álcool durante: adolescência precoce (≤ 14 anos), adolescência média (15-17 anos), adolsecência tardia (18-20 anos) e idade adulta. Duas ondas de pesquisa: Onda I, agosto de 1995 a março de 1996 e Onda II, entre junho e outubro de 1997.	A prevalência de cada experiência adversa na infância (ACE) foi maior para mulheres do que para os homens, exceto o abuso físico e negligência física. Entre bebedores de álcool sempre, CSA foi associada a quase três vezes (OR 2,8; 95% CI: 2,3-3,5) mais chances de iniciar o uso do álcool durante a adolescência precoce; 1,5 vezes durante adolescência média (OR 1,5; 95% CI: 1,3-1,7), e 1,1 vezes durante a adolescência tardia (OR 1,1; 95% CI: 0,98-1,3) A pontuação de ACEs foi associada com aumento do risco ($p < 0,05$), de iniciar o uso de álcool durante a adolescência precoce e média.

Tabela 1- Continuação **AUTOR** (ano)	Propósito e desenho do **ESTUDO**	**AMOSTRA**	**RESULTADOS**
Moran et al. (2004)	Estudo transversal para investigar as associações entre quatro categorias de maus-tratos: abuso emocional, físico, sexual e combinado físico e sexual e uso de substâncias entre adolescentes (tabaco, álcool e drogas ilícitas).	N: 2.164 adolescentes (46% mulheres e 54% homens). Séries: 10º ao 12º ano, de seis escolas públicas da região rural de Oregon, USA	Efeitos do abuso emocional foram significantemente menores do que os de abuso físico para todos os três tipos de uso da substância em testes unicaudal: para o tabaco, z = -2,56, p< 0.01; para o álcool, z = -2,11 , p<0,02; para drogas ilícitas, z=-3,56, p <0.001. Efeitos da violência física foram significativamente menores do que os de abuso sexual para o álcool (z = -1,81, p <0,04), mas não para o tabaco (z = -1,35, p <0,09) ou drogas ilícitas (z = -1,22, p <0,11). Efeitos do abuso sexual eram significativamente inferiores aos da combinação de abuso físico e sexual para o tabaco (z=2,48, p<0.05) e drogas ilícitas (z = -4,08, p<0,0), mas não para álcool (z = -0.85, p <0,20).
Diaz et al. (2002)	Estudo transversal Associação independente entre abuso físico ou sexual, ou ambos e auto relato de estado de saúde, saúde mental e comportamentos de risco, como consumo regular de álcool e cigarros, e uso de outras drogas nos últimos 30 dias.	. N: 3.575 meninas do 5º ao 12º ano. Amostra nacionalmente representativa de base escolar. Pesquisa, Commonwealth Fund Adolescent Health Survey de 1997. 265 escolas públicas, privadas e paroquiais.	As meninas que relataram os dois tipos de abuso apresentaram, moderados a elevados níveis de sintomas depressivos (OR: 5.10; 95%CI: 3.39-7.69), tabagismo regular (OR: 5.90; 95% CI: 3.21-10.83, p<0,001), consumo regular de álcool (OR: 3.76; 95% CI: 2.16-6.55, p<0,001) e uso drogas ilícitas nos últimos 30 dias (OR: 3.44; 95% CI:2.17-5.44, p<0,001).

CSA: abuso sexual na infância; CPA: abuso físico na infância; CA/D: abuso e dependência de cannabis; M: mulheres; H: homens; OR:odds ratio (razão de chances); CI: intervalo de confiança; HR: razão risco; z: z-escore; DP: desvio padrão.