



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
MEDICINA E SAÚDE**



JOSÉ RÔMULO FEITOSA NOGUEIRA

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM
UNIVERSITÁRIOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA
INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**

TESE DE DOUTORADO

Salvador – Bahia
2013

JOSÉ RÔMULO FEITOSA NOGUEIRA

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM
UNIVERSITÁRIOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA
INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Medicina e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Lucas de Castro Quarantini

Salvador – Bahia
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

N778t Nogueira, José Rômulo Feitosa
Transtorno de estresse pós-traumático em universitários
vítimas de violência doméstica na infância e na adolescência /
José Rômulo Feitosa Nogueira. Bahia, 2013.
95f. : il.
Bibliografia
Orientador: Lucas de Castro Quarantini.
Tese (Doutorado) Universidade Federal da Bahia, 2013.

1. Psiquiatria. 2. Transtorno de estresse pós-traumático.
3. Saúde Mental. 4. Violência doméstica. 5. Infância.
6. Adolescência. I. Quarantini, Lucas de Castro.
II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Argemiro D'Oliveira Júnior
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dr.^a Carla Hilario da Cunha Daltro
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dr.^a Ana Caline Nóbrega da Costa
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Ao meu PAI (Francisco Pires Nogueira – Seu Chiquinho) e
à minha MÃE (Josefa Feitosa Nogueira – Dona Zefinha),
que cursaram somente o ‘primário’,
mas sempre pregaram que o “SABER” é a principal herança
que os pais podem deixar para os filhos.

A minha maior e principal fonte de inspiração, de experiência e de aprendizagem,
meus FILHOS, Vinícius e Lucas e minhas FILHAS, Cynthia e Letícia.

A Geralda, minha ESPOSA,
por me apoiar sempre que busco me qualificar.

AGRADECIMENTOS

- Ao Dr. Lucas de Castro Quarantini, pela maneira abnegada e serena de orientar.
- Aos colegas pesquisadores do CETHA/UFBA; Liana Netto, Juliana Pereira, Patrícia Cavalcanti-Ribeiro, Lene Lima, Sidnei Lira, Gisela Guedes, Carlos Teles e Karestan Koenen, pela parceria neste trabalho.
- Aos colegas do Dinter/UFBA-UFCG, em especial, à amiga Erlane Aguiar Feitosa e ao amigo Abrão Américo, pelo companheirismo.
- Aos discentes do Centro de Formação de Professores, Curso de Enfermagem: Albaniza Formiga, Fernanda Dias, Fransuélío Nascimento, Jesana Damasceno, Perla Soares e Rubens Lima, pelo engajamento incondicional na coleta de dados na cidade de Cajazeiras – PB; e aos discentes de Salvador e Feira de Santana – BA: Adriana Duarte, Amanda Loureiro, Deivson Mundim, Rejane Santana, Isabela Albuquerque, Rana Barbosa, Lilian Carvalho, Susan Carvalho, Reinilza Nunes, Wesley Batista, Maria Rosa Dantas, Antonio Dantas Júnior.
- Aos reitores, diretores, coordenadores de cursos, funcionários e professores das Instituições de Ensino Superior que permitiram a efetivação da coleta de dados e, sobretudo, aos sujeitos que se disponibilizaram a participar da pesquisa.
- À professora Dr.^a Francisca Bezerra de Oliveira, por dispor sua equipe de alunos do PIBIC/CFP/UFCG para participar na coleta de dados na cidade de Cajazeiras.
- Aos servidores do Centro de Formação de Professores (CFP-UFCG), do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS-UFCG), em especial, ao professor Dr. Patrício Marques de Souza e à professora Dr.^a Maria Teresa Nascimento Silva, também, aos servidores do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia (PPgMS-FMBA-UFBA), que contribuíram durante todo o percurso do Dinter.
- À banca examinadora pelas contribuições pertinentes ao aperfeiçoamento deste trabalho.
- À minha filha Cynthia, pela sua dedicação em me ajudar nas traduções de textos.
- De modo particular, aos meus familiares que vivenciaram comigo as emoções e responsabilidades de um doutoramento.

*Lo que caracteriza al hombre de ciencia no es la posesión
del conocimiento o de verdades irrefutables, sino la
búsqueda desinteresada e incesante de la verdad.*

Karl Popper

SUMÁRIO

Lista de ilustrações e tabelas.	09
Lista de siglas e abreviaturas.	10
Resumo.	11
Abstract.	12
1. Introdução.	13
2. Objetivos.	15
3. Revisão da literatura.	16
3.1 - Artigo nº 1: Efeitos da exposição a traumas interpessoais na infância e na adolescência.	17
4. Resultados.	32
4.1 - Artigo nº 2: Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de traumas no âmbito doméstico.	33
4.2 - Artigo nº 3: Clinical and sociodemographic characteristics of college students exposed to traumatic experiences: a census of seven college institutions in Northeastern Brazil.	53
5. Conclusões.	72
6. Considerações Finais.	73
7. Perspectivas de Estudos.	74
8. Anexos.	75
8.1 – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa 01 – Faculdade Santa Maria.	76
8.2 – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa 02 – CEP/COM/UFBA	77
8.3 – Edital MCT/CNPq 14/2010 - Universal - Faixa B - Processo: 474869/2010-5.	78
8.4 – Carta de Aceite do Artigo nº 3: Clinical and sociodemographic characteristics of college students exposed to traumatic experiences: a census of seven college institutions in Northeastern Brazil.	79

8.5 – Carta de Aceite do Pôster “Clinical and sociodemographic profile of college students in the Brazilian Northeast exposed to traumatic experiencesno” no Human Factors in Crisis & Disasters Thematic Conference.	80
8.6 – Carta de Aceite do Pôster "Clinical and Sociodemographic Characteristics of College Students in the Northeast of Brazil Exposede to Traumatic Experiences: A Prevalence Census Study Protocol" no 21st European Congress of Psychiatry.	82
8.7 – Pôster "Clinical and Sociodemographic Characteristics of College Students Exposed to Traumatic Experiences in the Brazilian Northeast: A Prevalence Census Study Protocol".	84
8.8 – Poster: "Impacto de experiências traumáticas e do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) no desempenho acadêmico de estudantes universitários da Região Nordeste do Brasil" – IX Congresso Brasileiro de Psicopedagogia; I Simpósio de Neurociências, Saúde Mental e Educação.	85
9. Apêndices.	87
9.1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	88
9.2 – Protocolo de Pesquisa.	90
9.3 – Formulário: Dados textos artigo de revisão.	95

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura

Figure 1 - Flowchart of data collection.	59
--	----

Tabelas

Tabela 1 – Descrição das variáveis categorizadas conforme o ano de publicação e o banco de dados que o artigo está indexado.	23
Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos 2.282 estudantes universitários com e sem traumas domésticos.	40
Tabela 2 – Traumas domésticos distribuídos por tipo e por faixas etárias de acordo com o número de ocorrências.	41
Tabela 3 – Frequências de traumas domésticos distribuídos por agressores e por faixas etárias.	42
Tabela 4 – Prevalência de TEPT de acordo com os tipos de traumas domésticos e as faixas etárias pelos métodos PCL-C e DSM-IV.	43
Tabela 5 – Prevalências de TEPT de acordo com variáveis sócio-demográficas em sujeitos com traumas domésticos e não-domésticos.	44
Tabela 6 - Prevalências de TEPT em sujeitos com e sem traumas domésticos.	45
Table 1. Sociodemographic characteristics of college students exposed to traumatic experiences in Northeastern Brazil.	61
Table 2. Exposure to traumatic events of college students in Northeastern Brazil.	62
Table 3. Clinical characteristics of college students with PTSD in Northeastern Brazil.	63
Table 4: Comparison between present and absent college students.	64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	<i>American Psychiatry Association</i>
BAS	<i>Behavioral Activation System</i>
BIS	<i>Behavioral Inhibition System</i>
BIS-11	<i>Barratt Impulsiveness Scale</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Centro de Formação de Professores
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DVACA	<i>Domestic Violence Against Children and Adolescent</i>
EUA	Estados Unidos da América
FFFS	<i>Fight-Flight-Freeze System</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IL-6	Interleucina 6
LACRI	Laboratório de Estudos da Criança
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
PCL-C	<i>Checklist-Civilian Version</i>
PCR	Proteína C reativa
PSTD	<i>Posttraumatic Stress Disorder</i>
SM	<i>Substance Misuse</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUD	<i>Substance Use Disorders</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
THQ	<i>Trauma history questionnaire</i>
UAE	Unidade Acadêmica de Educação
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
VDCA	Violência Doméstica contra Criança e Adolescente
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em estudantes universitários vítimas de traumas sexuais, físicos e psicológicos ocorridos em ambientes domésticos, vivenciados na infância e na adolescência. **Método:** Estudo de corte transversal e caráter censitário, em sete instituições localizadas na região Nordeste do Brasil, com alunos maiores de 18 anos do primeiro e do último semestres teóricos dos cursos de graduação. A coleta de dados efetivada em 2011 utilizou as seguintes escalas: Questionário Sociodemográfico, Questionário de História de Trauma (THQ) e *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL-C). A estatística descritiva foi utilizada para analisar os dados processados com o uso do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. O estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovado em Comitês de Ética em pesquisa dos estados da Bahia e da Paraíba. **Resultados:** Dentre 2.589 sujeitos elegíveis para o estudo, participaram 2.282 (88,1%), destes, 648 (28,4%) foram expostos a traumas domésticos. Os abusos físicos e psicológicos ocorreram com maior frequência do que os abusos sexuais. Os traumas físicos e psicológicos foram mais frequentes na adolescência e os traumas sexuais tiveram maior frequência no período da infância. As vítimas de traumas domésticos com maior renda familiar apresentaram maior prevalência para TEPT. Os sujeitos que vivenciaram traumas no âmbito doméstico, tanto na infância quanto na adolescência, tiveram maior prevalência para sintomas de TEPT do que os sujeitos com traumas domésticos somente na infância ou somente na adolescência. A prevalência de TEPT nos estudantes vítimas de traumas sexuais, físicos e psicológicos ocorridos em ambientes domésticos, representou, praticamente, o dobro da prevalência encontrada nos sujeitos sem traumas domésticos. **Conclusão:** Indivíduos expostos a abusos infantis, em âmbito doméstico, podem se tornar mais propensos a desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Palavras-Chave: 1. Transtorno de Estresse Pós-Traumático; 2. Exposição a Traumas; 3. Violência Doméstica; 4. Infância; 5. Adolescência.

ABSTRACT

Objective: Investigate the prevalence of Posttraumatic Stress-Disorder (PTSD) in college students victims of sexual, physical and psychological trauma occurred in domestic environments, experienced in childhood and adolescence. **Method:** Cross-sectional study and character census, in seven institutions located in the Northeast of Brazil, with over 18 students of the first and last semesters of undergraduate theorists. Data collection was carried out in 2011 used the following scales: Sociodemographic questionnaire, Trauma History Questionnaire (THQ) and PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C). The descriptive statistics were used to analyze the data processed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17.0. The study was funded by the National Scientific and Technological Development (CNPq) and approved by the Research Ethics Committees of the states of Bahia and Paraíba. **Results:** Among 2,589 subjects eligible for the study, 2,282 participated (88.1%), of these, 648 (28.4%) were exposed to domestic trauma. The physical and psychological abuse occurred more frequently than sexual abuse. The physical and psychological trauma were more common in adolescence and the sexual trauma was more frequent during childhood. Victims of domestic trauma with higher family income had a higher prevalence of PTSD. The subjects who experienced trauma domestically, both during childhood and adolescence, had higher prevalence of PTSD symptoms than the subjects with only domestic trauma in childhood or in adolescence only. The prevalence of PTSD in student victims of sexual trauma, physical and psychological trauma occurring in domestic environments, represented, almost twice the prevalence found in subjects without domestic trauma. **Conclusion:** Individuals exposed to child abuse in domestic environment, may become more likely to develop the disorder Post Traumatic Stress.

Keywords: 1. Post Traumatic Stress Disorder; 2. Exposure to trauma; 3. Domestic Violence; 4. Childhood; 5. Adolescence.

1 – INTRODUÇÃO

De acordo com o DSM IV*, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), caracterizado por sintomas disfuncionais que duram mais de 30 dias, ocorre após a pessoa ser exposta a um evento traumático, consigo ou com outrem, envolvendo morte ou ferimento intenso, gerando temor e impotência. O evento produz prejuízos no funcionamento social ou ocupacional, sendo constantemente revivido de maneira aflitiva, com imagens, pensamentos, percepções, sonhos, ilusões, alucinações e *flashbacks*, causando reações fisiológicas negativas e enorme sofrimento psicológico. O sujeito evita situações associadas ao trauma e pode tornar-se tolhido para recordar aspectos importantes do mesmo. Tem as perspectivas de futuro e os afetos contidos e perde o interesse em participar de atividades sociais importantes. Podem ocorrer alterações no sono, no humor, na capacidade de concentração, no sistema de vigilância e na resposta de sobressalto. Existem três formas de especificá-lo: agudo, quando os sintomas duram menos de 90 dias; crônico, se os sintomas ultrapassam esse tempo; tardio, os sintomas têm início após seis meses da ocorrência do trauma.

A Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA), de acordo com Azevedo & Guerra (2008)** , é caracterizada por ações e/ou omissões que negam e desrespeitam o direito de crianças e adolescentes de serem tratados como pessoas em desenvolvimento. Praticadas por adultos que mantem relações próximas às vítimas, tais atitudes são capazes de causar danos físicos, sexuais e psicológicos, às vezes, irreversíveis e até fatais. Araújo (2002)*** afirma que as vítimas passam a viver uma situação traumática e conflituosa, permeada por diferentes sentimentos como o medo, a raiva, a culpa e o desamparo.

Os principais tipos de VDCA incluem abusos e lesões físicas e psicológicas, tratamento negligente, exploração e abuso sexual. A violência física acontece intencionalmente e pode provocar sérias mutilações, inclusive a morte da vítima. Neste tipo se inclui a denominada síndrome do bebê sacudido, que tem crianças recém-nascidas como principais vítimas. O abuso psicológico caracteriza-se como toda forma de rejeição, discriminação e depreciação da criança ou do adolescente, suas marcas não são visíveis, mas podem ser permanentes. A negligência ocorre quando a criança ou adolescente não é provida em suas necessidades básicas para o seu desenvolvimento. Já o abuso sexual, no âmbito doméstico, pode ocorrer de variadas maneiras, na maioria das vezes, é acompanhado de violência física e psicológica e o agressor é sempre mais velho do que a vítima. Outro tipo de violência doméstica, este mais

recentemente estudado, é a síndrome de *Münchhausen* por procuração, o adulto fabrica ou induz voluntariamente doenças ou sintomas somáticos sem fundamento médico, geralmente, em crianças menores de seis anos

Anualmente, estima-se que 275 milhões de crianças são vítimas da violência doméstica no mundo e sofrem consequências prejudiciais à saúde física e psicológica. Muitas dessas crianças apresentam sintomas de distúrbio de estresse pós-traumático ****.

Mesmo reconhecendo o crescimento da prevalência da VDCA na sociedade brasileira, nas últimas décadas, a produção científica nacional ainda é limitada quando comparada aos estudos realizados nos países desenvolvidos *****. São poucos os estudos sobre violência doméstica com desfechos emocionais, em longo prazo, na população em geral *****. A maior parte das investigações, nesse sentido, refere-se ao abuso sexual associado à consequências psicopatológicas. Assim, este estudo é importante por se propor a investigar a prevalência de TEPT em universitários que foram expostos a traumas domésticos, não somente aos abusos sexuais, mas, também, aos abusos físicos e psicológicos.

(*) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author. <http://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>.

(**) Azevedo, M. A. (2008). *Bibliografia seletiva anotada sobre prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes (2000-2007)*. São Paulo: LACRI.

(***) Araujo, M. D. F. (2002). Violence and sexual abuse within the family. *Psicol. estud.*, 7(2), 3-11.

(****) UNICEF (2006). *Situação mundial da infância 2007: mulheres e crianças, o duplo dividendo da igualdade de gênero*. New York.

(*****) Zanoti-Jeronymo, D. V., Zaleski, M., Pinsky, I., Caetano, R., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2009). Prevalence of physical abuse in childhood and exposure to parental violence in a Brazilian sample. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2467-2479.

(*****) Day, V. P., Telles, L. D. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. D., Machado, D. A., Silveira, M. B., & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 25(Supl 1), 9-21.

2 – OBJETIVOS

Principal:

- Investigar a prevalência de TEPT em estudantes universitários vítimas de traumas sexuais, físicos e psicológicos ocorridos em ambientes domésticos, vivenciados na infância e na adolescência.

Secundários:

- Avaliar a frequência de abusos sexuais, físicos e psicológicos nos sujeitos expostos a traumas em ambiente doméstico na infância e na adolescência;
- Avaliar a frequência de abusos sexuais, físicos e psicológicos de acordo com o tipo de agressor e a faixa etária nos sujeitos expostos a traumas em ambiente doméstico;
- Estimar a prevalência de TEPT nos sujeitos expostos a traumas em âmbito doméstico de acordo com as características sócio-demográficas;
- Estimar a prevalência de TEPT nos sujeitos expostos a traumas domésticos de acordo com a faixa etária e o tipo de abuso;
- Estimar a prevalência de TEPT nos sujeitos expostos e dos sujeitos não expostos a traumas domésticos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 – Artigo nº 1:

Título

Efeitos da exposição a traumas interpessoais na infância e na adolescência

Em Revisão

Efeitos da exposição a traumas interpessoais na infância e na adolescência
Effects of exposure to interpersonal trauma in childhood and adolescence

Autores: José Rômulo Feitosa Nogueira^{1*}; Lucas de Castro Quarantini^{1,2}

1 Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, BA, Brasil.

2 Hospital Universitário e Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade da Bahia, Salvador, Brasil.

* Autor correspondente: José Rômulo Feitosa Nogueira. R Regina Correia de Sousa, 99, Jardim Adalgisa; CEP: 58.900.000. Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Fone número: 83 98098038. E-mail: <zedezezinha@bol.com.br>.

RESUMO

Objetivo: Investigar os efeitos de traumas interpessoais infantis na vida e na saúde. **Métodos:** Revisão de literatura baseada em artigos originais, disponibilizadas nos bancos de dados LILACS e MEDLINE, publicados no período entre 2008 e 2012. A estratégia de busca fez uso dos seguintes descritores: ‘agressão’, ‘maus-tratos infantis’, ‘sintomas afetivos’, ‘transtornos de adaptação’, ‘transtornos mentais’, ‘transtornos mentais diagnosticados na infância’. Os dados extraídos de cada artigo foram inseridos em um formulário especialmente elaborado para orientar as análises. Os estudos incluídos atenderam aos seguintes critérios: artigos originais, publicados nos últimos cinco anos, nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa, que abordavam exposição a trauma infantil e efeito danoso na vida. Foram excluídos os artigos que não eram da área de saúde e que tratavam da violência de forma mais abrangente. **Resultados:** Foram encontrados 194 artigos e analisados 26. Os abusos sexuais foram descritos como o tipo de violência infantil que oferece maiores riscos de efeitos danosos à vida e à saúde. Relações traumáticas em ambiente doméstico, principalmente aquelas que têm os pais como perpetradores, aumentam os riscos de efeitos negativos na vida em curso e na vida adulta. O transtorno de estresse pós-traumático foi o efeito mais associado a traumas infantis. A variedade de sintomas decorrentes de exposição a abusos infantis, principalmente quando envolve mais de um tipo de agressão e a ocorrência é repetida muitas vezes, dificulta a elaboração de diagnósticos mais precisos. **Conclusão:** Existe forte conexão entre abusos na infância e na juventude e problemas físicos, comportamentais e psicológicos na vida em curso e na vida adulta. O abuso sexual, comparado com o abuso físico, abuso psicológico e negligência, é a forma de maltrato que exerce maior força associativa com danos mentais. Os maus-tratos sucedidos no ambiente do lar, principalmente perpetrados pelo pai, aumentam os riscos de desfechos negativos.

Palavras-chave: Agressão, Maus-Tratos Infantis, Transtornos Mentais, Sintomas Afetivos.

ABSTRACT

Objective: Investigate the effects of childhood interpersonal trauma in life and health. **Methods:** Literature review based on original articles, available in the databases LILACS and MEDLINE, published between 2008 and 2012. The search strategy made use of the following descriptors: 'aggression', 'child abuse', 'affective symptoms', 'adjustment disorders', 'mental illness', 'mental disorders diagnosed in childhood'. Extracted data from each article were

entered in a form specially designed to guide the analysis. The included studies met the following criteria: original articles published in the last five years, in Portuguese, Spanish or English, that addressed exposure to childhood trauma and deleterious effect on life. Were excluded studies that were not in the area of health and dealing with the violence more broadly. **Results:** Were found 194 articles and 26 analyzed. Sexual abuse were described as the kind of child abuse that offer greater risk of harmful effects to life and health. Traumatic relationships in domestic environment, especially those who have parents as perpetrators, increase the risk of negative effects on ongoing life and adult life. The post-traumatic stress disorder was associated with the effect more childhood traumas. The variety of symptoms resulting from exposure to child abuse, especially when it involves more than one type of aggression and occurrence is repeated many times, hinders the development of more accurate diagnostics. **Conclusion:** There is a strong connection between abuse in childhood and youth and physical problems, behavioral and psychological in ongoing life and adult life. Sexual abuse, compared to physical abuse, psychological abuse and neglect, is the form of abuse which has greater associative strength with mental damage. The maltreatment successful in home environment, mainly perpetrated by the father, increase the risk of negative outcomes.

Keywords: Aggression, Child Abuse, Mental Disorders, Affective Symptoms.

INTRODUÇÃO

A violência infantil é um problema que ocorre em todas as sociedades [1]. Os tipos mais praticados pelos perpetradores são: o abuso sexual que submete a criança à atividade sexual sem a sua anuência e sem a devida maturidade física e emocional, o abuso físico praticado com agressões físicas, o abuso psicológico que despreza e faz ameaças e a negligência que é o não provimento das necessidades de sobrevivência da criança [1].

O trauma interpessoal infantil produz efeitos negativos em níveis mais elevados quando comparado com outros eventos traumáticos ocorridos na infância, sendo considerado um dos maiores e mais importantes problemas de saúde pública no mundo [2]. No entanto, os registros de casos de maus-tratos infantis não correspondem à realidade, eles são apenas estimados. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, estima-se que a incidência real de crianças abusadas e em risco de danos seja duas vezes maior do que os dados oficiais [2].

A literatura tem mostrado que maus-tratos ocorridos na infância e/ou na adolescência, em conjunto ou individualmente, são associados a desordens mentais, físicas e comportamentais. As consequências vão desde problemas de relacionamento com os pares, transtornos psicológicos e até mortes em casos de agressão física [1,2]. As investigações nessa área estão se aprofundando e já existem estudos neurofisiológicos analisando possíveis modificações funcionais no sistema nervoso de pessoas vítimas de abusos infantis.

Apesar dos avanços das pesquisas sobre exposição a traumas infantis e seus danos à saúde, grande parte dos pesquisadores sugere estudos que envolvam amostras mais representativas da população e, também, critérios de análises mais minuciosos em termos de diagnóstico e tratamento das desordens emocionais resultantes de abusos na vida precoce. Percebe-se que há uma carência de intervenções adequadas de prevenção e tratamento nos casos de traumas infantis [2].

Aprender o panorama desses trabalhos é importante para ajudar a orientar as práticas de profissionais de serviços sociais, educação, justiça e, principalmente, profissionais da área de saúde mental. Utilizando estudos dos últimos cinco anos, esta revisão teve como objetivo investigar os efeitos na vida e na saúde de pessoas que foram expostas a traumas interpessoais na infância e na adolescência.

MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos originais e completos, disponibilizados nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), no período de 2008 a 2012. Em conformidade com a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a estratégia de busca utilizou os seguintes descritores: ‘agressão’, ‘maus-tratos infantis’, ‘sintomas afetivos’, ‘transtornos de adaptação’, ‘transtornos mentais’, ‘transtornos mentais diagnosticados na infância’.

Um formulário foi especialmente elaborado para orientar as análises. Para o seu preenchimento foram extraídos de cada publicação os seguintes dados: autor e ano publicado, base de dados em que o artigo está indexado, sujeitos da amostra, amostra, local do estudo, desenho do estudo, instrumentos de coleta de dados, tipo de exposição ao trauma, ambiente de exposição e efeitos do trauma.

Para inclusão dos artigos foram utilizados os seguintes critérios: artigos originais, publicados nos últimos cinco anos, nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa, que relacionavam, objetivamente, exposição a trauma infantil e efeito danoso na vida. Foram excluídos os artigos que não se enquadravam especificamente na área de saúde, que não eram estudos originais, publicados antes do período analisado e que tratavam da violência de forma mais abrangente.

RESULTADOS

Inicialmente, foram encontrados 194 artigos relacionados aos descritores associados entre si, por exemplo: ‘maus-tratos infantis e sintomas afetivos’; ‘agressão e transtornos de adaptação’. Quarenta artigos tiveram a indicação para serem lidos integralmente. Destes, 26 foram selecionados e analisados por atenderem aos critérios de inclusão e suas características encontram-se apresentadas na tabela 1.

Os EUA aparecem como o local que desenvolveu mais pesquisas relacionadas a traumas infantis, 61,5%. Na América do Sul, o Brasil e o Chile juntos, publicaram 11,5%, o mesmo se observa com relação a África e a Austrália. Os países europeus juntamente com a Grã-Bretanha foram responsáveis por 15,5%.

Quanto ao ano de publicação, observa-se que em 2012 foram publicados 30,8% artigos, no entanto, não há nenhum artigo desta revisão publicado em 2011. Em relação aos anos anteriores, 2008 a 2010, houve um discreto aumento no número de publicações em 2012.

Os periódicos da área médica publicaram 96,2% dos estudos, com destaque para as áreas de psiquiatria e pediatria. O único artigo publicado em periódico da área da psicologia refere-se a uma pesquisa realizada no Brasil, a qual avaliou funções cognitivas em meninas vítimas de abuso sexual e apresentavam sintomas de TEPT. O tipo de estudo mais prevalente foi o ‘transversal’ com 73,1%.

As amostras foram variadas, sendo a menor com 11 pessoas e a maior com 43.093 indivíduos. O trabalho com menor número amostral foi o estudo da área de psicologia, o único a usar o método qualitativo nas análises dos dados. A maioria dos estudos, 73,1%, foi realizada com menos de 500 sujeitos e 11,5% com mais de 10.000 participantes. Estes últimos utilizaram registros clínicos como base de dados, sendo que em dois destes havia, também, escores obtidos por meio de escalas padronizadas. Apesar dos estudos com mais de 10.000

sujeitos terem sido efetivados nos EUA, das 19 investigações com menos de 500 sujeitos, 11 destas foram realizadas nesse país.

Quanto ao tipo de sujeitos, 57,7% das investigações trabalharam com adultos e o restante com crianças e/ou adolescentes; 34,6% das pesquisas foram efetivadas com pacientes psiquiátricos e a outra parte utilizou amostras diversas da população em geral, aqui denominadas 'sadias'. No tocante aos sujeitos sadios, foi mínima a diferença na quantidade entre os estudos com adultos e os estudos com crianças e/ou adolescentes. Já em relação aos sujeitos pacientes psiquiátricos, os estudos com adultos representaram 66,7%.

Apesar da busca dos estudos não ter sido direcionada em relação a nenhum tipo de abuso específico, o abuso sexual esteve presente como o tipo de exposição ao trauma em 96,2% dos estudos. O abuso psicológico e negligência, individualmente, não foram objetos de análises nessas investigações. Dos trabalhos que especificaram qual o ambiente de exposição ao trauma, o ambiente doméstico foi citado em todos. Vinte trabalhos, 76,7%, não especificaram os ambientes de forma objetiva, no entanto, os relatos de alguns estudos deixam a entender que o ambiente doméstico estava incluído.

Em relação aos danos à saúde e à vida causados pelos maus-tratos infantis, encontrados nos estudos analisados, o TEPT foi a enfermidade mais frequente, encontrada em 65,4% dos estudos. Outro achado que chama a atenção são as comorbidades, que aparecem em 61,5% dos trabalhos.

Tabela 1 – Características dos 26 estudos selecionados para a revisão.

Autor e ano	Base de dados	Sujeitos	n	Local do estudo	Desenho do estudo	Área do periódico	Instrumento de coleta	Exposição (tipo de abuso)	Ambiente de exposição	Efeitos do trauma
Boxer and Terranova (2008)	MEDLINE	Pacientes psiquiátricos ambos os gêneros (17 a 19 anos)	401	EUA	Transversal	Pediatria/ Trauma	Registros clínicos	Sexual, físico, psicológico e negligência	Não especificado	TEPT e outros desfechos *
Kaplow et al. (2008)	MEDLINE	Crianças	156	EUA	Transversal	Pediatria/ Trauma	Escalas padronizadas	Sexual	Doméstico	TEPT e problemas de atenção
Holmes (2008)	MEDLINE	Homens heterossexuais, bissexuais e homossexuais	197	EUA	Transversal	Pediatria/ Trauma	Escalas padronizadas	Sexual	Não especificado	TEPT e outros desfechos *
Kelleher et al. (2008)	MEDLINE	Adolescentes (12 a 15 anos) e seus pais	211	Irlanda	Transversal	Psiquiatria	Escalas padronizadas	Sexual e físico	Doméstico	Sintomas Psicóticos
Raghavan and McMillen (2008)	MEDLINE	Adolescentes com 17 anos	406	EUA	Transversal	Psiquiatria	Escalas padronizadas	Sexual e físico	Não especificado	Depressão e Mania
Ovuga, Oyok and Moro (2008)	MEDLINE	Crianças e adolescentes ambos os gêneros (6 a 18 anos)	102	África	Clínico	Saúde em geral	Escalas padronizadas	Sexual, físico, psicológico e negligência	Não especificado	TEPT e depressão
Jovanovic et al. (2009)	MEDLINE	Adultos afro-americanos	60	EUA	Transversal	Psiquiatria	Escalas padronizadas	Sexual, físico, psicológico e negligência	Não especificado	Resposta de sobressalto
Romero et al. (2009)	MEDLINE	Crianças e adolescentes (7 a 17 anos) e seus pais	446	EUA	Transversal	Psiquiatria	Escalas padronizadas	Sexual e físico	Não especificado	TEPT, psicose e transtorno de conduta
Gillespie et al. (2009)	MEDLINE	Adultos afro-americanos de baixa renda área urbana	1562	EUA	Transversal	Psiquiatria, medicina e atenção primária	Escalas padronizadas	Sexual e físico	Não especificado	TEPT e depressão
Koenen and Widom (2009)	MEDLINE	Adultos de ambos os gêneros	676	EUA	Transversal	Trauma	Escalas padronizadas e entrevista 'duplo cego'	Sexual, físico, psicológico e Negligência	Não especificado	TEPT
Borges e Dell'Aglio (2009)	LILACS	Adolescentes femininas	28	Brasil	Caso-controle	Psicologia	Escalas padronizadas	Sexual	Doméstico e não-doméstico	TEPT
Shenk et al. (2010)	MEDLINE	Adolescentes femininas	211	EUA	Caso-controle	Pediatria	Escalas padronizadas	Sexual, físico, psicológico e negligência	Não especificado	Auto-lesão
Reinhard et al. (2010)	MEDLINE	Homens e mulheres pacientes psiquiátricos	82	EUA	Transversal	Trauma & Dissociação	Escalas padronizadas	Sexual, físico, psicológico e negligência	Doméstico e não-doméstico	TEPT, distúrbios cognitivos e somatizações

Autor e ano	Base de dados	Sujeitos	n	Local do estudo	Desenho do estudo	Área do periódico	Instrumento de coleta	Exposição (tipo de abuso)	Ambiente de exposição	Efeitos do trauma
Mueller-Pfeiffer et al. (2010)	MEDLINE	Homens e mulheres pacientes psiquiátricos	225	Suíça	Transversal	Trauma & Dissociação	Escalas padronizadas	Sexual, físico, psicológico e negligência	Não especificado	Dissociações
Schoedl et al. (2010)	MEDLINE	Mulheres pacientes psiquiátricas	60	Brasil	Transversal	Abuso sexual infantil	Escalas padronizadas	Sexual	Não especificado	TEPT e depressão
McLaughlin et al. (2010)	MEDLINE	Adultos com histórias de adversidades na infância e abuso de álcool na vida	34653	EUA	Transversal	Psiquiatria e Psicologia	Escalas padronizadas	Sexual, físico, psicológico e negligência	Não especificado	TEPT e depressão
Rincon G. et al. (2010)	LILACS	Crianças e adolescentes em tratamento de apoio	75	Chile	Transversal	Pediatria	Escalas padronizadas	Sexual	Não especificado	TEPT
Conus et al. (2010)	MEDLINE	Adultos pacientes psicóticos	658	Austrália	Transversal	Esquizofrenia	Escalas padronizadas	Sexual e físico	Não especificado	Psicose
Rooks et al. (2012)	MEDLINE	Homes nascidos entre 1946 e 1956	482	EUA	Coorte retrospectiva	Medicina psicossomática	Escalas padronizadas e Registros clínicos	Sexual, físico, psicológico e negligência	Não especificado	TEPT, depressão, abuso de álcool e níveis de PCR e IL-6 aumentados
Cankaya et al. (2012)	MEDLINE	Mulheres pacientes com depressão	106	EUA	Transversal	Psiquiatria	Escalas padronizadas	Sexual	Doméstico	TEPT e depressão
Sugaya et al. (2012)	MEDLINE	Homens e mulheres entre 18 e 24 anos	43093	EUA	Coorte retrospectiva	Trauma	Escalas padronizadas e Registros clínicos	Físico	Não especificado	TEPT, TDAH e transtorno bipolar
Tidefors and Strand (2012)	MEDLINE	Adolescentes masculinos (14 a 19 anos)	11	Suécia	História de vida	Trauma e Dissociação	Método qualitativo	Sexual	Não especificado	Distúrbio sexual (agressão)
Venta et al. (2012)	MEDLINE	Adolescentes de ambos os gêneros pacientes psiquiátricos	147	EUA	Transversal	Psicoterapia	Escalas padronizadas	Sexual	Não especificado	Transtorno de Personalidade Borderline
Bendall et al. (2012)	MEDLINE	Adultos com primeiro episódio de psicose	36	Austrália	Transversal	Psiquiatria	Escalas padronizadas	Sexual, físico, psicológico e negligência	Não especificado	TEPT e psicose
Roberts et al. (2012)	MEDLINE	Adultos entre 19 e 27 anos	9894	EUA	Coorte retrospectiva	Pediatria	Escalas padronizadas	Sexual, físico e psicológico	Não especificado	TEPT
Morgan et al. (2012)	MEDLINE	Adultos de ambos os gêneros	13463	Inglaterra	Transversal	Psiquiatria	Escalas padronizadas	Sexual, físico, psicológico e negligência	Doméstico	Depressão, transtorno de conduta e hiperatividade

* O TEPT foi o principal desfecho. "Outros" desfechos foram referidos, mas não foram especificados.

DISCUSSÃO

Os estudos desta revisão sugerem a existência de associação entre situações estressoras ocorridas entre a infância e a adolescência com danos na vida e na saúde. Os comprometimentos podem ocorrer em níveis psicológicos e comportamentais, juntos ou separadamente, principalmente quando dois ou mais tipos de abusos são perpetrados e repetidos [4,5]. No estudo de Ovuga, Oyok & Moro (2008) [6], crianças que foram expostas a elevado número de eventos traumáticos, em um cativo de guerra, apresentaram prevalências consideradas altas, de sintomas de TEPT e de humor deprimido.

Outro agravante diz respeito à repetição dos eventos traumáticos, especialmente na infância. Adultos que foram vítimas de traumas frequentes nos primeiros anos de vida, têm riscos maiores de desenvolverem problemas psicopatológicos, tais como transtornos dissociativos [7,8,9].

A relação vítima e agressor foi considerada um componente crítico em termos de desfechos psicológicos negativos, principalmente quando se trata de abuso sexual [10]. Quando essas relações são negativas, e entre pais e filhos, os riscos de problemas de saúde mental chegam a ter vasto aumento na vida adulta dos filhos. Por outro lado, relações em que os filhos sentem-se apoiados e compreendidos pelos pais funcionam como antídoto contra transtornos mentais em idade adulta [11].

O abuso sexual, além de ter sido o tipo de agressão presente em todos os estudos desta revisão, foi o que mais se destacou em termos de causa de danos mentais quando ocorrido em ambiente doméstico, tais como problemas de atenção, sintomas psicóticos, depressão e TEPT [10,12,13,14,15].

O suicídio é o ápice dos efeitos nocivos à vida, quando se trata de consequência de violência sexual perpetrada pelo pai ou outra figura paterna contra um filho ou filha. Em muitos casos os atos ficam no plano das tentativas, sem que seja concretizado com a morte. A referência de segurança e apoio que os pais representam para os filhos é perdida quando estes sentem que as pessoas que lhes agredem são exatamente aquelas que deveriam lhes proteger. O estudo de Cankaya et al (2012) [12] mostrou que as chances de ter várias tentativas de suicídio foram aumentadas em mais de 12 vezes, em pessoas que foram abusadas sexualmente pelo pai ou outra figura paterna em comparação com outra pessoa fora do meio familiar.

Dentre os tipos de violência infantil, o abuso sexual foi o que mais comprometeu o funcionamento psicológico e comportamental e o TEPT foi o transtorno mental mais

associado ao trauma sexual [4,16,10]. Adolescentes com histórias de trauma sexual foram mais propensos, do que seus pares sem experiências de abuso sexual, a terem sintomas de transtorno de personalidade *borderline* (TPB) [17]. No entanto, é praticamente impossível ocorrer a violência sexual sem que ocorram também as agressões física e psicológica. Vários estudos, aqui analisados, fizeram referência às consequências negativas do abuso sexual juntamente com o abuso físico, ou com o abuso psicológico e, até mesmo, com os dois [7,18,19,20,21,22]. Além do TEPT, que foi destacado com maior frequência como efeito psiquiátrico resultante de maus-tratos na infância, os principais efeitos danosos encontrados e relatados foram: relativo aumento da resposta de sobressalto [7], sintomas do transtorno bipolar [19], transtorno de déficit de atenção, hiperatividade (TDAH) e agressividade com os pares [9,21], distúrbios cognitivos, somatizações e TEPT [20], histórias de abuso ou dependência de álcool, depressão, TEPT e aumento da inflamação medida pela taxas de marcadores inflamatórios, como a interleucina 6 (IL-6) e a proteína C reativa (PCR) [23] e comportamentos de auto-lesão [24].

A multiplicidade de efeitos dos maus-tratos infantis é um dos fatores que dificulta a realização de diagnósticos mais precisos, principalmente porque sintomas comórbidos são frequentes nessas situações. Muitas pessoas são resilientes, ou seja, capazes de superar as situações traumatizantes sem desenvolver nenhum distúrbio psicológico ou comportamental. Outras pessoas chegam a apresentar sintomas que se enquadram em mais de uma enfermidade psiquiátrica. Várias comorbidades foram encontradas nos estudos desta revisão, com os seguintes destaques: TEPT, depressão e outros transtornos de ansiedade [14], transtorno depressivo maior e episódios maníacos [18], psicose e TEPT [25], depressão e TEPT [26,27], psicose, transtorno por uso de substância, comportamentos comórbidos e TEPT [28]. Nota-se que o TEPT é o transtorno que mais ocorre paralelamente a outros transtornos.

Um estudo analisado nesta revisão indicou que as mulheres, quando expostas a situações traumáticas infantis, tiveram duas vezes mais risco do que os homens para desenvolver sintomas de TEPT. Quando a exposição foi ao abuso sexual, o risco de TEPT subiu para quatro vezes [5].

Outro achado importante foi relativo à idade em que houve exposição a abusos infantis e o desenvolvimento de sintomas de TEPT ou depressão. Traumas vivenciados antes dos 12 anos foram mais associados à depressão e quando a exposição ocorreu dos 12 anos acima, a associação foi maior com os sintomas de TEPT [29].

CONCLUSÕES

Os estudos analisados nesta revisão mostram que existe uma forte conexão entre abusos na infância e na juventude e problemas físicos, comportamentais e psicológicos na vida em curso e na vida adulta.

O abuso sexual, comparado com o abuso físico, abuso psicológico e negligência, é a forma de maltrato que exerce maior força associativa com danos mentais. A maioria dos estudos encontrou influência do trauma sexual ocorrido paralelamente com outro tipo de trauma e, até mesmo, com todos os outros tipos. Isso pode significar que a sua intensidade elevada em provocar efeitos nocivos às vítimas, tem a influência dos danos causados pelos outros abusos.

Nas relações familiares são as crianças e os adolescentes que buscam proteção nos pais. Os laços afetivos nessas relações envolvem confiança, segurança e respeito. Os maus-tratos sucedidos no ambiente do lar, principalmente perpetrados pelo pai, aumentam os riscos de desfechos negativos. Esses riscos são maiores ainda quando se trata do abuso sexual. A maioria dos trabalhos não explicitou de maneira objetiva que o ambiente doméstico era o local de exposição ao trauma. Isso reflete o silêncio que permeia as agressões que ocorrem no meio doméstico. Políticas públicas sociais envolvendo as áreas de educação, saúde, jurídica, cultura, esporte e lazer são necessárias e urgentes para desenvolver planos de prevenção da violência infantil em todos os ambientes e, especialmente, no ambiente doméstico. Atualmente, a sobrecarga recai na área de saúde, principalmente em nível de tratamento.

A literatura analisada aponta para a necessidade de investigações com amostras mais representativas da população em geral e que sejam selecionadas aleatoriamente e que utilizem testes válidos e confiáveis, enfim, pesquisas que tenham validades internas e externas.

REFERÊNCIAS

1. Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS medicine*, 9(11): e1001349.
2. Van der Kolk, B. (2005). Editorial introduction: Child abuse & victimization. *Psychiatric Annals*, 374-378.
3. Neigh, G. N., Ritschel, L. A., & Nemeroff, C. B. (2010). Biological Consequences and Transgenerational Impact of Violence and Abuse. *Psychiatric Times*, 27(11).

4. Boxer, P., & Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child abuse & neglect*, 32(6), 637-647.
5. Koenen, K. C., & Widom, C. S. (2009). A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *Journal of traumatic stress*, 22(6), 566-574.
6. Ovuga, E., Oyok, T. O., & Moro, E. B. (2008). Post traumatic stress disorder among former child soldiers attending a rehabilitative service and primary school education in northern Uganda. *African health sciences*, 8(3), 136-141.
7. Jovanovic, T., Blanding, N. Q., Norrholm, S. D., Duncan, E., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2009). Childhood abuse is associated with increased startle reactivity in adulthood. *Depression and anxiety*, 26(11), 1018-1026.
8. Mueller-Pfeiffer, C., Schumacher, S., Martin-Soelch, C., Pazhenkottil, A. P., Wirtz, G., Fuhrhans, C., ... & Rufer, M. (2010). The validity and reliability of the German version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 337-357.
9. Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of traumatic stress*, 25(4), 384-392.
10. Kaplow, J. B., Hall, E., Koenen, K. C., Dodge, K. A., & Amaya-Jackson, L. (2008). Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child abuse & neglect*, 32(2), 261.
11. Morgan, Z., Brugha, T., Fryers, T., & Stewart-Brown, S. (2012). The effects of parent-child relationships on later life mental health status in two national birth cohorts. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(11), 1707-1715.
12. Cankaya, B., Talbot, N. L., Ward, E. A., & Duberstein, P. R. (2012). Parental sexual abuse and suicidal behaviour among women with major depressive disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 57(1), 45-51.
13. Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F., Arseneault, L., Fitzpatrick, C., & Cannon, M. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 378-382.
14. Borges, J. L., & DellAglio, D. D. (2009). Funções cognitivas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Aletheia*, (29), 88-102.
15. Holmes, W. C. (2008). Men's self-definitions of abusive childhood sexual experiences, and potentially related risky behavioral and psychiatric outcomes. *Child abuse & neglect*, 32(1), 83-97.
16. Rincón, G., Covas, F., Bustos, T., Aedo, S., & Valdivia, P. (2010). Estrés Postraumático en Niños y Adolescentes Abusados Sexualmente. *Revista chilena de pediatría*, 81(3), 234-240.

17. Venta, A., Kenkel-Mikelonis, R., & Sharp, C. (2012). A preliminary study of the relation between trauma symptoms and emerging BPD in adolescent inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(2), 130-146.
18. Raghavan, R., & McMillen, J. C. (2008). Use of multiple psychotropic medications among adolescents aging out of foster care. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 59(9), 1052-1055.
19. Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, T., Goldstein, B. I., Gill, M. K., ... & Keller, M. (2009). Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 112(1-3), 144.
20. Reinhard, M. J., Wolf, G., & Cozolino, L. (2010). Using the MMPI to assess reported cognitive disturbances and somatization as a core feature of complex PTSD. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(1), 57-72.
21. Tidefors, I., & Strand, J. (2012). Life History Interviews with 11 Boys Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Who Had Sexually Offended: A Sad Storyline. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(4), 421-434.
22. Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: a risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410-417.
23. Rooks, C., Veledar, E., Goldberg, J., Bremner, J. D., & Vaccarino, V. (2012). Early trauma and inflammation: role of familial factors in a study of twins. *Psychosomatic Medicine*, 74(2), 146-152.
24. Shenk, C. E., Noll, J. G., & Cassarly, J. A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of youth and adolescence*, 39(4), 335-342.
25. Bendall, S., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C. A., McGorry, P. D., & Jackson, H. J. (2012). Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(1), 35-39.
26. Gillespie, C. F., Bradley, B., Mercer, K., Smith, A. K., Conneely, K., Gapen, M., ... & Ressler, K. J. (2009). Trauma exposure and stress-related disorders in inner city primary care patients. *General hospital psychiatry*, 31(6), 505-514.
27. McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological medicine*, 40(10), 1647-1658.
28. Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B. G., McGorry, P. D., & Lambert, M. (2010). Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophrenia bulletin*, 36(6), 1105-1114.

29. Schoedl, A. F., Costa, M. C. P., Mari, J. J., Mello, M. F., Tyrka, A. R., Carpenter, L. L., & Price, L. H. (2010). The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. *Journal of child sexual abuse, 19*(2), 156-170.

4. RESULTADOS

4.1 – Artigo nº 2:

Título

Transtorno de estresse pós-traumático em estudantes universitários expostos a experiências traumáticas no âmbito doméstico

Em revisão

Transtorno de estresse pós-traumático em estudantes universitários expostos a experiências traumáticas no âmbito doméstico

José F Nogueira^{1, 5*}, Liana R Netto¹, Patrícia Cavalcanti-Ribeiro¹, Juliana L Pereira^{1, 3}, Lene Lima¹, Sidnei Lira¹, Gisela Guedes¹, Carlos A Teles³, Karestan C Koenen⁴, Lucas C Quarantini^{1, 2}

Filiações:

1 Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS), Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

2 Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil

3 Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Brasil

4 Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health Columbia University, New York, New York, United States of America

5 Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, Brasil

* Autor correspondente: José Rômulo Feitosa Nogueira. R Regina Correia de Sousa, 99, Jardim Adalgisa; CEP: 58.900.000. Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Fone número: 83 98098038. E-mail: <zedezezinha@bol.com.br>.

RESUMO

Introdução: Abusos perpetrados contra crianças e adolescentes no âmbito doméstico geram prejuízos para a saúde mental das vítimas. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático se caracteriza pelo desenvolvimento de sintomas disfuncionais após a exposição a uma situação que produz medo intenso, impotência ou terror. **Objetivo:** Investigar a prevalência de TEPT em estudantes universitários vítimas de abusos sexuais, físicos e psicológicos ocorridos em ambientes domésticos, vivenciados na infância e na adolescência. **Método:** Estudo de corte transversal com 2.282 estudantes de sete instituições particulares e públicas de ensino superior, da região Nordeste do Brasil, com coleta de dados efetivada em 2011. Foi aplicado um protocolo composto por cinco escalas de auto-aplicação. A estatística descritiva foi utilizada para analisar os dados que foram processados com o uso do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. **Resultados:** 648 (28,4%) participantes positivaram como vítimas de traumas em ambiente doméstico. Destes, 223 (34,4%) na infância, 226 (34,9%) na adolescência e 199 (30,7%) em ambas. Dentre os traumas investigados, a maior frequência foi do trauma psicológico. A maior prevalência de TEPT foi observada nas vítimas de abusos sexuais. Os sujeitos expostos a traumas em âmbito doméstico também foram expostos a traumas em outros ambientes e apresentaram o dobro da prevalência de sintomas de TEPT comparados aos sujeitos com traumas em ambientes não-domésticos, mas sem traumas domésticos. **Conclusão:** Indivíduos expostos a abusos infantis em âmbito doméstico podem se tornar mais vulneráveis a outras situações traumáticas. É importante implementar ações efetivas de saúde, de educação e de assistência social, direcionadas a todas as classes sociais, que objetivem não somente a identificação e a punição dos casos de violência contra crianças e adolescentes em seus lares, mas que possam beneficiar tanto as vítimas quanto os agressores, promovendo assim, o bem-estar das famílias de forma integral.

Palavras-chave: Transtornos de Estresse Pós-Traumático; Transtornos Mentais; Violência; Violência Doméstica.

ABSTRACT

Background: abuses against children and adolescents domestically generate losses mental health of the victims. Stress Disorder Posttraumatic characterized by dysfunctional development of symptoms after exposure a situation that produces intense fear, helplessness or horror. **Objective:** To investigate the prevalence of PTSD in college students abused

sexual, physical and psychological occurred in domestic environments, experienced in childhood and adolescence. **Method:** Cross-sectional study with 2.282 students of seven private and public institutions higher education in northeastern Brazil, with data collection carried out in 2011. A protocol was applied made by five scales of self-application. The descriptive statistics was used to analyze data that have been processed using the *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) version 17.0. **Results:** 648 (28,4%) participants evidenced as trauma victims in domestic environment . These, 223 (34,4%) in childhood , 226 (34,9%) in adolescence and 226 (34,9%) in both. Among the investigated trauma, the best frequency was of the psychological trauma. The biggest prevalence of TEPT was observed on sexual abuses victims. The subjects expused to trauma in domestic enviroment were also exposed to trauma in others enviroments and esposed de double of the prevalence of TEPT symptoms in comparison to subjects with trauma in no-domestic enviroment, but without domestic trauma. **Conclusion:** Individuals exposed to child abuse in the home can become more vulnerable to other traumatic situations. It is important to implement effective actions for health, education and social assistance, directed to all classes that aim not only to identify and punishment of cases of violence against children and adolescents in their home, but that can benefit both the victims and perpetrators, thereby promoting the well-being of families holistically.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorders; Mental Disorders; Violence; Domestic Violence.

INTRODUÇÃO

A violência contra criança e adolescente praticada no âmbito doméstico (VDCA) tem origens remotas nas práticas disciplinares, justificadas e aceitas em sociedades antigas, tais como as civilizações greco-romana e hebreia [1]. Os principais tipos incluem a negligência, o abuso físico, a síndrome de *munchausen* por procuração, a síndrome do bebê sacudido, o abuso sexual e o abuso psicológico [2]. As vítimas passam a viver uma situação traumática e conflituosa, permeada por diferentes sentimentos como o medo, a raiva, a culpa e o desamparo [2,3].

Em 2011, estima-se que 40 mil crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica foram atendidas na rede pública do Brasil. Pouco mais de 60% sofreram violência física e sexual [4]. No entanto, não há registros estatísticos oficiais e os estudos sistemáticos sobre

incidência e prevalência do fenômeno ainda são incipientes neste país. O mesmo acontece em outros países: na Holanda e na Suécia os dados de VDCA são aqueles já comprovados; na Alemanha, na França e na Inglaterra os dados são baseados em estimativas e nos EUA apenas 40% dos casos são notificados [5].

Estudos demonstram que um lar violento gera consequências negativas para a saúde mental na vida adulta [6]. O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) se caracteriza pelo desenvolvimento de sintomas de excessiva vigilância, esquiva de estímulos associados ao trauma e revivência do evento traumático, após exposição a uma situação que envolve agressões, ameaças à integridade física de si ou de outros, gerando medo intenso, impotência ou terror. Os sintomas devem estar ocorrendo por mais de 30 dias causando sofrimento e prejuízo significativo em áreas importantes da vida [7]. Assim, a VDCA se enquadra como evento traumático que pode estar associado ao TEPT.

Em estudo realizado com membros do serviço militar da marinha americana, LeardMann et al. (2010) [8], certificaram que abusos físicos, sexual, emocional, negligência e disfunção familiar ocorridos na infância têm sido observados como fatores de risco para TEPT. No entanto, a maior parte das investigações nesse sentido refere-se ao abuso sexual associado à consequências psicopatológicas e o TEPT é o quadro psicopatológico mais frequente em vítimas de abuso sexual na infância e na adolescência [9,10,11]. Portanto, são necessários estudos que expandam a investigação aos outros tipos de experiências traumáticas relacionadas à VDCA.

Apesar da carência de dados oficiais, em todas as culturas investigadas, os estudos estimam índices altos de incidência da VDCA associados à sequelas físicas e transtornos mentais que as vítimas desenvolvem. Isto a torna um problema social e de saúde pública, que respalda a necessidade de investigações atualizadas nesta área. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de TEPT em estudantes universitários da região Nordeste do Brasil, vítimas de abusos sexuais, físicos e psicológicos em ambientes domésticos, vivenciados na infância e na adolescência.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal e caráter censitário, realizado nas cidades de Salvador e Feira de Santana no Estado da Bahia e em Cajazeiras no Estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil, com a coleta de dados efetivada em 2011. Após livre anuência, dentre 2.589

sujeitos elegíveis para o estudo, participaram 2.282 (88,1%) estudantes universitários com idade igual ou maior de dezoito anos, de quatro instituições particulares e três públicas, matriculados nos primeiros e nos últimos semestres teóricos de cursos de graduação das três grandes áreas: exatas/tecnológicas, biológicas/saúde e humanas/sociais. A seleção das instituições ocorreu por conveniência de acordo com a acessibilidade, mas priorizou a distribuição equitativa entre universidades particulares e públicas, em áreas com demanda de migração alta entre os estudantes dos vários estados do Nordeste brasileiro, com o objetivo de atingir um perfil mais expressivo da população dessa região.

O protocolo de pesquisa foi composto pelas seguintes escalas de auto aplicação: Questionário sóciodemográfico, Questionário de História de Trauma (THQ) e *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL-C). O questionário sóciodemográfico foi distribuído em três aspectos: pessoais (gênero, idade, origem e estado civil), educacionais (instituição, semestre em curso e área do curso) e familiares (níveis educacionais do pai e da mãe, situação conjugal dos pais e renda familiar). O THQ é um instrumento abrangente, de avaliação detalhada, composto de 24 itens específicos para detectar experiências traumáticas incluídas nos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV) para o transtorno de estresse pós-traumático e a versão utilizada foi devidamente validada para o contexto brasileiro [12]. O PCL-C é um questionário de boa sensibilidade e especificidade que avalia 17 sintomas do transtorno de estresse pós-traumático de acordo com o DSM-IV, pontuado em uma escala de 1 a 5 pontos. Bringhenti et al. (2010) [13] constataram que a PCL-C tem características psicométricas satisfatórias para a consistência interna e para as validades de critério e de construto. Além dos instrumentos padronizados foram incluídas três questões relacionadas a trauma psicológico em ambiente doméstico.

Foram utilizados dois métodos para rastrear e estimar, com maior precisão, a prevalência de TEPT na população estudada, tomando como base os resultados obtidos com o preenchimento integral da PCL-C. Nesta escala o indivíduo informa o quanto foi incomodado nos últimos trinta dias em cada um dos dezessete itens (problemas/queixas) listados. A marcação é feita da seguinte forma: 1 “nada”, 2 “um pouco”, 3 “médio”, 4 “bastante” e 5 “muito”. Um dos métodos determinou um ponto de corte ‘45 acima’ e foi obtido pela soma dos escores marcados em todos os itens, resultando no escore total que varia entre 17 a 85. O National Center for PTSD [14] sugere ponto de corte entre 30 e 35 para amostras da população em geral, no entanto, Adkins et al. (2008) [15], em estudo comparativo de escalas psicométricas para identificação de sintomas de TEPT, realizado com uma população

semelhante a deste estudo, encontraram como ponto de corte ideal '45 acima'. O outro método atende aos critérios do DSM-IV, em que o indivíduo marca entre 3 a 5, no mínimo, em um item do critério B (revivência do trauma – questões 1, 2, 3, 4 e 5), em três itens do critério C (evitação do trauma – questões 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12) e em dois itens do critério D (hiperestimulação – questões 13, 14, 15, 16 e 17). Atendendo aos critérios acima descritos em ambos os métodos, os sintomas são considerados clinicamente significativos [14].

Procedimentos de coleta dos dados

Com o propósito de ajustar os parâmetros da aplicação dos instrumentos, após o treinamento dos pesquisadores, um estudo piloto foi realizado em uma amostra de trinta indivíduos. Para por em execução a pesquisa, foram solicitadas autorizações formais de reitores e diretores das instituições selecionadas. Em seguida, os coordenadores de cursos foram contatados para indicarem as disciplinas, horários e professores mais próprios à aplicação dos instrumentos. Prosseguindo, junto a cada professor indicado, foi estabelecida comunicação para pedir a cessão de 20 minutos, ao final de uma de suas aulas e agendar data conveniente.

A essência do protocolo de pesquisa, incluindo os objetivos do estudo, possíveis riscos e benefícios, foi explicada aos potenciais sujeitos. Foram excluídos do estudo os indivíduos que não forneceram o consentimento informado. Aqueles que assinaram, receberam uma cópia do referido documento. Foi entregue a cada participante uma relação com endereços e telefones de instituições e serviços públicos de saúde mental capazes de atender possíveis demandas. Os estudantes presentes em sala de aula e que atenderam aos requisitos da investigação, após consentirem assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), preencheram o protocolo preservando o anonimato.

O protocolo de pesquisa e o TCLE foram armazenados em envelopes distintos. No protocolo não tinha nenhum dado que pudesse identificar o sujeito. Os riscos deste estudo foram relativos à coleta de dados clínicos e primariamente ligados a falhas na manutenção do sigilo e mobilização emocional do sujeito.

Análise dos dados

O processamento estatístico dos dados foi realizado com o uso do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Análises univariadas com distribuição de frequências foram utilizadas para caracterizar as variáveis clínicas e sóciodemográficas (sexo, idade, estado civil, origem, instituição, área do curso, semestre em curso, renda familiar, nível educacional e situação conjugal dos pais), como também para mostrar a presença e estimar a prevalência de TEPT em indivíduos vítimas de traumas domésticos na infância e na adolescência e daqueles que não tiveram experiências traumáticas em ambiente doméstico.

Aspectos Éticos

O estudo observou as orientações da Declaração de Helsinki (1989) e da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e encontra-se aprovado nos seguintes Comitês de Ética em pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa/Maternidade Climério de Oliveira/Universidade Federal da Bahia (CEP/MCO/UFBA – Salvador - Bahia) e Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdade Santa Maria (CEP/FSM – Cajazeiras - Paraíba).

RESULTADOS

Dos 2.282 sujeitos investigados, foram identificados 648 (28,4%) estudantes vítimas de traumas em ambiente doméstico em idades compreendidas entre 0 e 18 anos. Destes, 223 (34,4%) relataram que vivenciaram trauma doméstico durante a infância, ou seja, abaixo dos 12 anos de idade, 226 (34,9%) no período correspondente à adolescência, entre 12 a 18 anos e 199 (30,7%) nos dois períodos, na infância e na adolescência. A média de idade dos participantes foi de 23,9 e o DP (Desvio Padrão) foi 6,3.

As características sóciodemográficas dos sujeitos com e sem traumas domésticos, encontram-se na tabela 1. Em relação aos aspectos pessoais, observa-se maior prevalência de pessoas solteiras, do gênero feminino e de estudantes que não são nativos da cidade onde se localizam as instituições de ensino.

No tocante aos aspectos educacionais investigados, a maioria estudava na rede pública de ensino e estava matriculada no primeiro semestre teórico. A área com maior concentração de alunos foi a de humanas/sociais seguida de biológicas/saúde e exatas/tecnológicas.

Quanto às informações de caráter familiar, os pais apresentaram-se com níveis de formação educacional inferiores às mães em todos os graus de estudos. Aproximadamente,

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos 2.282 estudantes universitários com e sem traumas domésticos.

Variáveis	Total		Trauma Doméstico			
	n	%	Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%
ASPECTOS PESSOAIS						
GÊNERO						
Feminino	1457	63,8	400	61,7	1057	64,7
Masculino	746	32,7	224	34,6	522	31,9
Não informado	79	3,5	24	3,7	55	3,4
ORIGEM						
Local	879	38,5	247	38,1	632	38,7
Não-local	1158	50,7	336	51,9	822	50,3
Não informado	245	10,8	65	10,0	180	11,0
ESTADO CIVIL						
Solteiro	1846	80,9	516	79,6	1330	81,4
Casado	352	15,4	97	15,0	255	15,6
Divorciado	28	1,2	12	1,9	16	1,0
Viúvo	5	0,2	1	0,2	4	0,2
Não informado	51	2,2	22	3,4	29	1,8
ASPECTOS EDUCACIONAIS						
INSTITUIÇÃO						
Particular	874	38,3	222	34,3	652	39,9
Pública	1408	61,7	426	65,7	982	60,1
SEMESTRE						
Primeiro	1299	56,9	377	58,2	922	56,4
Último	983	43,1	271	41,8	712	43,6
ÁREA						
Exatas/Tecnológicas	295	12,9	88	13,6	207	12,7
Biológicas/Saúde	518	22,7	131	20,2	387	23,7
Humanas/Sociais	1469	64,4	429	66,2	1040	63,6
ASPECTOS FAMILIARES						
NÍVEL EDUCACIONAL DO PAI						
Nenhum	94	4,1	30	4,6	64	3,9
Primeiro grau	1079	47,3	320	49,4	759	46,5
Segundo grau	712	31,2	206	31,8	506	31,0
Graduação	244	10,7	56	8,6	188	11,5
Pós-graduação	102	4,5	25	3,9	77	4,7
Não informado	51	2,2	11	1,7	40	2,4
NÍVEL EDUCACIONAL DA MÃE						
Nenhum	73	3,2	23	3,5	50	3,1
Primeiro grau	850	37,2	261	40,3	589	36,0
Segundo grau	811	35,5	224	34,6	587	35,9
Graduação	308	13,5	74	11,4	234	14,3
Pós-graduação	190	8,3	55	8,5	135	8,3
Não informado	50	2,2	11	1,7	39	2,4
SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS						
União estável no mesmo lar	1612	70,6	443	68,4	1169	71,5
Separados	556	24,4	178	27,5	378	23,1
Não informado	114	5,0	27	4,2	87	5,3
RENDA FAMILIAR						
1 salário mínimo	413	18,1	137	21,1	276	16,9
Entre 2 a 8 salários mínimos	1007	44,1	316	48,8	691	42,3
Entre 9 a 16 salários mínimos	152	6,7	47	7,3	105	6,4
Acima de 16 salários mínimos	93	4,1	21	3,2	72	4,4
Não informado	617	27,0	127	19,6	490	30,0

um quarto dos alunos disseram ser filhos de pais separados. No tocante à renda familiar, 617 (27,0%) estudantes não informaram e a maior parte das famílias percebia até dois salários mínimos (62,2%).

Os sujeitos deste estudo, ao responderem em quais idades foram abusados, quando o abuso se repetiu eles indicaram a primeira e a última idade. Assim, foi possível determinar a frequência de traumas ocorridos somente na infância (11 anos abaixo), somente na adolescência (12 a 18 anos) e tanto na infância quanto na adolescência (0 a 18 anos).

A tabela 2 mostra as frequências de traumas domésticos distribuídos por número de ocorrências e faixas etárias. O trauma psicológico foi o mais vivenciado pelos alunos em ambiente doméstico, seguido do trauma físico e do trauma sexual. Quanto à vivência repetida de trauma, o trauma sexual foi o que menos se repetiu, enquanto o trauma psicológico destacou-se com frequência de 80,6%.

A infância foi a faixa etária em que houve maior frequência de abusos sexuais. Os abusos físicos e psicológicos foram mais frequentes no período de 0 a 18 anos, desde a infância até a adolescência.

Tabela 2 – Traumas domésticos distribuídos por tipo e por faixas etárias de acordo com o número de ocorrências.

Traumas/ Número de ocorrências	Total (n=648)		0 a 11 anos (n=223)		12 a 18 anos (n=226)		0 a 18 anos (n=199)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SEXUAL								
≤ 4 vezes	36	5,6	20	9,0	5	2,2	11	5,5
≥ 5 vezes	28	4,3	12	5,3	3	1,3	13	6,5
Total	64	9,9	32	14,3	8	3,5	24	12,0
FÍSICO								
≤ 4 vezes	134	20,7	34	15,2	57	25,2	43	21,6
≥ 5 vezes	92	14,2	25	11,2	15	6,6	52	26,1
Total	226	34,9	59	26,4	72	31,8	95	47,7
PSICOLÓGICO								
≤ 4 vezes	82	12,7	23	10,3	49	21,7	10	5,0
≥ 5 vezes	440	67,9	142	63,7	126	55,8	172	86,4
Total	522	80,6	165	74,0	175	77,5	182	91,4

A perpetração dos abusos ocorridos no âmbito doméstico foi categorizada de acordo com os diversos agressores indicados livremente pelos sujeitos e encontram-se na tabela 3. Nos três tipos de abusos investigados, ‘avô/avó’ e ‘padrasto/madrasta’ tiveram as frequências mais baixas. ‘Pai’ e ‘mãe’ foram os perpetradores mais frequentes nos abusos físico e psicológico. Os agressores do trauma sexual doméstico tiveram concentração em ‘outros’, seguido de ‘primo/prima’ e ‘tio/tia’, que juntos atingiram 3,6%. Comparada à frequência

ocorrida no trauma sexual, a categoria ‘outros’ teve frequência bastante inferior nos traumas físicos e psicológicos.

Tabela 3 – Frequências de traumas domésticos distribuídos por agressores e por faixas etárias.

Traumas/Agressor	Total (n=648)		0 a 11 anos (n=223)		12 a 18 anos (n=226)		0 a 18 anos (n=199)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SEXUAL								
Pai	3	0,5	2	0,9	1	0,4	0	0,0
Irmão/Irmã	6	0,9	2	0,9	0	0,0	4	2,0
Avô/Avó	2	0,3	2	0,9	0	0,0	0	0,0
Tio/Tia	11	1,7	6	2,7	1	0,4	4	2,0
Primo/Prima	12	1,9	6	2,7	2	0,9	4	2,0
Padrasto/Madrasta	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,5
Outros*	29	4,5	14	6,3	4	1,8	11	5,5
Total	64	9,9	32	14,3	8	3,5	24	12,1
FÍSICO								
Pai	57	8,8	17	7,6	17	7,5	23	11,6
Mãe	41	6,3	11	4,9	8	3,5	22	11,1
Pai e Mãe	21	3,2	4	1,8	5	2,2	12	6,0
Irmão/Irmã	64	9,9	15	6,7	26	11,5	23	11,6
Avô/Avó	1	0,2	1	0,4	0	0,0	0	0,0
Tio/Tia	7	1,1	2	0,9	1	0,4	4	2,0
Primo/Prima	10	1,5	3	1,3	7	3,1	0	0,0
Padrasto/Madrasta	4	0,6	2	0,9	2	0,9	0	0,0
Todos	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	1,5
Outros*	18	2,8	4	1,8	6	2,7	8	4,0
Total	226	34,9	59	26,5	72	31,9	95	47,7
PSICOLÓGICO								
Pai	122	18,8	39	17,5	36	15,9	47	23,6
Mãe	123	19,0	48	21,5	34	15,0	41	20,6
Pai e Mãe	48	7,4	11	4,9	15	6,6	22	11,1
Irmão/Irmã	70	10,8	21	9,4	26	11,5	23	11,6
Avô/Avó	9	1,4	2	0,9	2	0,9	5	2,5
Tio/Tia	42	6,5	14	6,3	17	7,5	11	5,5
Primo/Prima	30	4,6	12	5,4	9	4,0	9	4,5
Padrasto/Madrasta	9	1,4	2	0,9	3	1,3	4	2,0
Todos	7	1,1	0	0,0	3	1,3	4	2,0
Outros*	55	8,5	14	6,3	25	11,1	16	8,0
Não informado	7	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	522	80,6	163	73,1	170	75,2	182	91,5

* ‘Outros’ é uma categoria que foi construída a partir dos agressores que não foram definidos objetivamente pelos sujeitos.

As prevalências de TEPT avaliadas pelos dois métodos, PCL-C com ponto de corte ‘45 acima’ e DSM-IV com os critérios ‘1B+3C+2D’, encontram-se nas tabelas 4, 5 e 6. Na tabela 4, elas estão discriminadas em relação aos traumas vivenciados no âmbito doméstico distribuídos por faixas etárias. Nas tabelas 5 e 6, encontram-se as prevalências de TEPT relacionadas aos sujeitos que vivenciaram traumas tanto em ambientes domésticos quanto em ambientes não-domésticos.

Nas três faixas etárias analisadas, os abusos sexuais ocorridos em ambientes domésticos apresentaram prevalências de TEPT superiores às prevalências relacionadas aos traumas físicos e psicológicos. Ainda no tocante aos traumas advindos dos abusos sexuais, observa-se que os resultados obtidos pelo método DSM-IV, considerado o mais criterioso por ser indicado para utilização em avaliação clínica individual [15], foram superiores aos resultados obtidos pelo método PCL-C. Já nos traumas relacionados aos abusos físicos e psicológicos, os resultados superiores foram obtidos com o método PCL-C em todas as faixas etárias. No trauma sexual, os sintomas de TEPT foram mais frequentes na infância, enquanto os traumas físicos e psicológicos tiveram frequências maiores nas faixas etárias correspondentes à junção da infância e da adolescência, 0 a 18 anos. A faixa etária de menor frequência de sintomas de TEPT nos três tipos de abuso foi a adolescência, de 12 a 18 anos.

Tabela 4 – Prevalência de TEPT de acordo com os tipos de traumas domésticos e as faixas etárias pelos métodos PCL-C e DSM-IV.

Trauma/TEPT	0 a 11 anos		12 a 18 anos		0 a 18 anos	
	n	%	n	%	n	%
Sexual						
PCL-C	14	43,8	2	25,0	11	45,8
DSM-IV	17	53,1	3	37,5	11	45,8
Sem TEPT	1	3,1	3	37,5	2	8,3
Total	32	100,0	8	100,0	24	100,0
Físico						
PCL-C	13	22,0	21	29,2	42	44,2
DSM-IV	10	16,9	19	26,4	40	42,1
Sem TEPT	36	61,0	32	44,4	13	13,7
Total	59	100,0	72	100,0	95	100,0
Psicológico						
PCL-C	47	28,5	41	23,4	69	37,9
DSM-IV	41	24,8	39	22,3	67	36,8
Sem TEPT	77	46,7	95	54,3	46	25,3
Total	165	100,0	175	100,0	182	100,0

Ao analisar individualmente as variáveis sócio-demográficas e o desenvolvimento de TEPT, considerando os sujeitos com e sem traumas domésticos, as frequências mais elevadas são: nas mulheres, nas pessoas divorciadas incluindo as viúvas, nos alunos das instituições particulares, nos alunos cursando o último semestre, nos sujeitos dos cursos da área de humanas/sociais, nos filhos de pais sem nenhum nível educacional e naqueles que os pais são separados. Em relação à renda familiar, os sujeitos sem traumas domésticos que tiveram a maior frequência de TEPT foram os filhos de famílias com até 1 salário mínimo, ao contrário dos sujeitos com traumas domésticos, em que aqueles com maior frequência de TEPT pertenciam às famílias com renda mais alta, acima de 16 salários mínimos mensais.

Tabela 5 – Prevalências de TEPT de acordo com variáveis sócio-demográficas em sujeitos com traumas domésticos e não-domésticos.

Variável/Trauma	Categoria	PCL-C		DSM-IV	
		n	%	n	%
GÊNERO					
Doméstico	Feminino (n=400)	129	32,3	120	30,0
	Masculino (n=224)	49	21,9	47	21,0
Não Doméstico	Feminino (n=1057)	162	15,3	167	15,8
	Masculino (n=522)	63	12,1	55	10,5
ORIGEM					
Doméstico	Nativo (n=247)	73	29,6	63	25,5
	Forasteiro (n=336)	93	27,7	93	27,7
Não Doméstico	Nativo (n=632)	74	11,7	80	12,7
	Forasteiro (n=822)	121	14,7	115	14,0
ESTADO CIVIL					
Doméstico	Solteiros (n=516)	145	28,1	135	26,2
	Casados (n=97)	29	29,9	30	30,9
	Divorciados/Viúvos (n=13)	5	38,5	5	38,5
Não Doméstico	Solteiros (n=1330)	179	13,5	180	13,5
	Casados (n=255)	40	15,7	35	13,7
	Divorciados/Viúvos (n=20)	5	25,0	5	25,0
INSTITUIÇÃO					
Doméstico	Pública (n=426)	121	28,4	121	28,4
	Particular (n=222)	64	28,8	53	23,9
Não Doméstico	Pública (n=982)	120	12,2	115	11,7
	Particular (n=652)	110	16,9	111	17,0
SEMESTRE					
Doméstico	Primeiro (n=377)	109	28,9	99	26,3
	Último (n=271)	76	28,0	75	27,7
Não Doméstico	Primeiro (n=922)	119	12,9	118	12,8
	Último (n=712)	111	15,6	108	15,2
ÁREA					
Doméstico	Exatas/Tecnológicas (n=88)	21	23,9	25	28,4
	Biológicas/Saúde (n=131)	35	26,7	41	31,3
	Humanas/Sociais (n=429)	129	30,1	108	25,2
Não Doméstico	Exatas/Tecnológicas (n=207)	31	15,0	31	15,0
	Biológicas/Saúde (n=387)	45	11,6	44	11,4
	Humanas/Sociais (n=1040)	154	14,8	151	14,5
NÍVEL EDUCACIONAL DOS PAIS					
Doméstico	Nenhum (n=23)	10	43,5	8	34,8
	Primeiro grau (n=254)	81	31,9	77	30,3
	Segundo grau (n=158)	37	23,4	35	22,2
	Graduação (n=26)	4	15,4	5	19,2
	Pós-graduação (n=25)	8	32,0	5	20,0
Não Doméstico	Nenhum (n=50)	10	20,0	6	12,0
	Primeiro grau (n=575)	75	13,0	75	13,0
	Segundo grau (n=403)	49	12,2	44	10,9
	Graduação (n=131)	19	14,5	22	16,8
	Pós-graduação (n=77)	8	10,4	10	13,0
SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS					
Doméstico	Separados (n=178)	52	29,2	48	27,0
	Não-separados (n=443)	127	28,7	120	27,1
Não Doméstico	Separados (n=378)	56	14,8	59	15,6
	Não-separados (n=1169)	157	13,4	150	12,8
RENDA FAMILIAR					
Doméstico	Aprox. 1 SM (n=137)	43	31,4	38	27,7
	2-8 SM (n=316)	89	28,2	88	27,8
	9-16 SM (n=47)	11	23,4	10	21,3
	Acima 16 SM (n=21)	9	42,9	7	33,3
Não Doméstico	Aprox. 1 SM (n=276)	43	15,6	41	14,9
	2-8 SM (n=691)	96	13,9	87	12,6
	9-16 SM (n=105)	16	15,2	16	15,2
	Acima 16 SM (n=72)	8	11,1	8	11,1

A tabela 6 apresenta de maneira congregada as prevalências de sintomas de TEPT, tanto nos sujeitos vítimas de abusos no espaço doméstico quanto naqueles sem traumas domésticos. Treze pessoas sofreram apenas traumas domésticos e uma delas (7,7%) tinha sintomas de TEPT. Dos sujeitos que vivenciaram abusos em suas casas, n=635 (98%) também tiveram outras experiências traumáticas e, destes, aproximadamente 28,0% apresentaram sintomas de TEPT.

Tabela 6 - Prevalências de TEPT em sujeitos com e sem traumas domésticos.

Sujeitos	n	PCL-C		DSM-IV	
		n	%	n	%
Somente com trauma doméstico	13	1	7,7	1	7,7
Com trauma doméstico e não doméstico	635	184	29,0	173	27,2
Todos com trauma doméstico	648	185	28,5	174	26,9
Sem trauma doméstico	1634	230	14,1	226	13,8

Os sujeitos que vivenciaram traumas em ambientes domésticos, analisados a partir das variáveis sócio-demográficas, tiveram frequências bem mais elevadas de TEPT, comparados aos sujeitos sem traumas domésticos. Em média, os sujeitos com traumas domésticos apresentam sintomas de TEPT duas vezes mais do que os sujeitos sem traumas domésticos, tanto pelo método da PCL-C quanto pelo método do DSM-IV.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de TEPT nas vítimas de traumas em ambiente doméstico representa, praticamente, o dobro da prevalência encontrada nos sujeitos sem traumas domésticos. A literatura tem demonstrado que taxas semelhantes a essas são consideradas altas e encontradas somente em populações expostas a estressores traumáticos de risco para transtornos mentais, tais como guerras e desastres naturais de grandes proporções como os terremotos e os tsunamis [16,17].

As adversidades na infância aumentam a possibilidade de outros eventos estressantes ocorrerem na vida [18], pois, durante o desenvolvimento, as crianças e os adolescentes violentados se expõem mais em ambientes vulneráveis a outros tipos de violência [19]. O percentual de sujeitos desta pesquisa abusados em seus lares e que vivenciaram outros traumas em ambientes externos ao doméstico corrobora essas afirmações.

Em relação à ‘renda familiar’ e à presença de sintomas de TEPT, estudo realizado nos EUA, em uma comunidade urbana de baixa renda, a prevalência de TEPT encontrada foi de 46,2% [20]. Os sujeitos deste estudo sem traumas domésticos, também tiveram resultados semelhantes. No entanto, os sujeitos com traumas domésticos com maior presença de sintomas de TEPT foram aqueles que apresentaram menor renda familiar.

Os dados relativos aos abusos sucedidos em ambiente doméstico por faixas etárias mostram que os traumas físicos e psicológicos foram mais frequentes na adolescência do que na infância, já os traumas sexuais tiveram maior frequência no período da infância do que na adolescência. No estudo de Capitão & Romano (2008) [21], realizado no Brasil com uma amostra semelhante a essa, 463 universitários de ambos os sexos, a frequência de abuso sexual ocorrido na infância, também foi maior em comparação com o período correspondente à adolescência. É possível que os perpetradores de abusos sexuais vejam as crianças como seres indefesos, mais fáceis de serem dominadas e assediadas do que os adolescentes.

A literatura mostra que a maioria dos estudos de prevalências de TEPT relacionadas ao período de desenvolvimento humano, diz respeito à infância. Neste estudo, as prevalências de TEPT relacionadas às faixas etárias analisadas em indivíduos que foram expostos a traumas domésticos, a menor prevalência ocorreu em relação à adolescência, seguida da infância e por fim, com a maior prevalência, a faixa etária que envolve a infância e a adolescência, 0 a 18 anos. Também foi nesta fase em que os traumas ocorreram com maior frequência. Uma hipótese é que a repetição reiterada de eventos traumáticos desde a infância, e tendo sequência na adolescência, esteja associada ao desenvolvimento de sintomas de TEPT na vida adulta.

Quanto ao número de ocorrências, os traumas sexuais e físicos foram menos frequentes do que os traumas psicológicos. No entanto, a prevalência de TEPT, extraída pela média dos dois métodos de avaliação (PCL-C e DSM-IV), foi menor nas vítimas de traumas psicológicos em ambientes domésticos do que as prevalências observadas nos indivíduos vitimados por abusos físicos e sexuais. Boxer and Terranova (2008) [9] afirmam que o abuso sexual exerce papel crítico em relação aos outros abusos no funcionamento psicológico e comportamental. Pode-se pressupor que a prevalência mais baixa relacionada a trauma psicológico, seja porque este pode ocorrer sem a presença dos outros abusos. Já o trauma físico pode ocorrer paralelamente ao trauma psicológico e ao trauma sexual e o abuso sexual, por sua vez, tanto pode ocorrer juntamente com o trauma físico ou com o trauma psicológico, como também pode ocorrer com os dois ao mesmo tempo.

Borges & DellAglío (2009) [22], em estudo realizado com meninas abusadas sexualmente, identificaram que a maioria dos abusos ocorreu no meio familiar, tendo o padrasto, o pai e o avô materno como os agressores com maior frequência. No presente estudo, padrasto, pai e avô tiveram frequências baixas comparadas com o estudo acima. No entanto, é preciso considerar que os sujeitos do estudo confrontado eram do sexo feminino e faziam parte da investigação por terem sofrido violência sexual.

Neste trabalho, o agressor não definido objetivamente pelas vítimas foi categorizado como 'outros'. Esta categoria obteve frequências baixas nos traumas físicos e psicológicos em comparação com a frequência obtida no trauma sexual. Já o 'pai' como perpetrador, obteve frequências altas nos traumas físicos e psicológicos em comparação com a frequência obtida no trauma sexual. Portanto, as frequências observadas em 'pai' foram inversamente proporcionais às frequências observadas em 'outros'. A literatura tem mostrado que abusos sexuais no seio familiar, muitas vezes acompanhados de ameaças e de abusos físicos, são silenciados e mantidos em segredo por longos anos [23,24]. Habigzang et al. (2005) [25], verificaram que a revelação de abusos sexuais praticados por familiares muito próximos resultam em rompimento das relações, chegando até mesmo a afastar a criança do convívio familiar. É possível presumir que os participantes deste estudo que foram vítimas de violência sexual, mesmo sendo adultos e respondendo em absoluto sigilo, não conseguiram revelar que os abusos sexuais tenham sido perpetrados pelo pai, ocultando-o ao indicar uma pessoa qualquer como o perpetrador.

Apesar das experiências sexuais traumáticas na infância em ambientes domésticos aparecerem com menor frequência entre os estudantes participantes deste estudo, observou-se que elas apresentaram maior prevalência de sintomas de TEPT em comparação com os traumas físicos e psicológicos. A prevalência de sintomas de TEPT nos abusos sexuais aqui encontrados, foi superior às prevalências achadas por outros estudos em vítimas de agressões sexuais infantis [9,26,27,28].

LIMITAÇÕES

Os instrumentos foram de auto-relato. Escalas desse tipo possibilitam a interpretação inadequada das perguntas podendo resultar em vieses de respostas. Por outro lado, mesmo compreendendo as questões, as pessoas podem desviar intencionalmente as respostas e estas

não corresponderem à realidade. Por se tratar de estudo transversal, há possibilidade de viés de memória. Os dados sobre violência no âmbito doméstico não foram obtidos através de uma escala específica e validada. Casos de negligência não foram investigados, no entanto, a negligência ocorre, geralmente, em crianças muito novas e isso poderia aumentar a probabilidade de viés de memória. As análises de prevalência de TEPT foram relacionadas com os traumas de maneira individual, assim, ficou a incógnita das prevalências de TEPT nos sujeitos que foram vítimas de dois ou mais tipos de abusos ocorridos em ambiente doméstico.

CONCLUSÕES

Os sujeitos deste estudo, que foram expostos a traumas em ambiente doméstico na infância e/ou na adolescência, também foram expostos a outras situações traumáticas em ambientes não domésticos. Esses indivíduos podem ter se tornado mais vulneráveis a consequências negativas de ordem mental, pois eles tiveram prevalência de TEPT cinquenta por cento a mais do que os sujeitos que não foram expostos a abusos no âmbito doméstico. Esses dados servem para alertar autoridades e profissionais de que a violência contra a criança e o adolescente é, ao mesmo tempo, um problema social e de saúde pública, principalmente de saúde mental.

No tocante aos abusos sexuais ocorridos no lar, quase metade dos sujeitos que foram violentados não relataram a identidade do agressor e os sentimentos que podem estar atrelados a este comportamento são desconhecidos. Tais abusos foram mais frequentes na infância e tiveram a maior prevalência para TEPT. Esses fatores podem fundamentar a necessidade de ações direcionadas tanto à proteção da criança quanto à prevenção desse tipo de violência, evitando assim, danos psicológicos e comportamentais na vida futura.

Os sujeitos que foram expostos a traumas domésticos e que pertenciam a famílias com a renda mais alta obtiveram maior prevalência de TEPT. Porém, não foi identificado quem foi o agressor, podendo ter sido outras pessoas além dos pais. Na maioria das sociedades, enquanto os pais trabalham fora de casa, é comum os filhos serem cuidados por pessoas leigas para o cuidar infantil. Outros fatores também podem estar envolvidos nesses resultados, por exemplo, na época em que os sujeitos sofreram os traumas é possível que a renda mensal das famílias não fossem no patamar do momento em que a coleta dos dados foi efetuada.

Foi observado que a maior frequência de traumas ocorreu na faixa etária que agrega a infância e a adolescência. Isso significa que a violência direcionada à criança tem

possibilidades de seguir acontecendo em fases posteriores. Por isso, é importante investir em ações mais intensificadas para o bem estar infantil sem detrimento dos investimentos direcionados aos adolescentes.

Apesar da prevalência de TEPT relacionada aos traumas físico e psicológico ter sido menor do que no trauma sexual, é necessária atenção especial a esses tipos de abusos, principalmente porque eles se repetem mais frequentemente do que o trauma sexual e, independente da intensidade com que eles são praticados, a repetição contínua de experiências traumáticas pode desencadear problemas para a saúde das vítimas.

AGRADECIMENTOS

Aos alunos de iniciação científica da UFBA e da UFCG, Adriana Duarte, Amanda Loureiro, Deivson Mundim, Rejane Santana, Isabela Albuquerque, Rana Barbosa, Lilian Carvalho, Susan Carvalho, Reinilza Nunes, Wesley Batista, Maria Rosa Dantas, Antonio Dantas Júnior, Albaniza Formiga, Fernanda Dias, Fransuélcio Nascimento, Jesana Damasceno, Perla Soares e Rubens Lima, pela contribuição na coleta dos dados.

FINANCIAMENTO

Este estudo teve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), viabilizado pelo Projeto CNPq [474869/2010-5] – Edital MCT/CNPq 14/2010 – Universal (BRASIL).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de interesses conflitantes.

REFERÊNCIAS

1. Pires, A. L., & MCOS, M. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(1), 42-49.
2. Araujo, M. D. F. (2002). Violência e abuso sexual na família; Violence and sexual abuse within the family. *Psicol. estud*, 7(2), 3-11.
3. Shaw, B. A., & Krause, N. (2002). Exposure to physical violence during childhood,

- aging, and health. *Journal of aging and health*, 14(4), 467-494.
4. Waiselfisz JJ (2012) Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil Rio de Janeiro. In: CEBELA F, SEPIR/PR, editor. Rio de Janeiro; Brasília - Brazil.
 5. Azevedo, M. A., & Guerra, V. N. A. (2011). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. 6ª ed., São Paulo: Cortez.
 6. Irving, S. M., & Ferraro, K. F. (2006). Reports of Abusive Experiences During Childhood and Adult Health Ratings Personal Control as a Pathway?. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 458-485.
 7. Association AP (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.
 8. LeardMann, C. A., Smith, B., & Ryan, M. A. (2010). Do adverse childhood experiences increase the risk of postdeployment posttraumatic stress disorder in US Marines?. *BMC public health*, 10(1), 437.
 9. Boxer, P., & Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child abuse & neglect*, 32(6), 637-647.
 10. Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, T., Goldstein, B. I., Gill, M. K., ... & Keller, M. (2009). Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 112(1-3), 144-150.
 11. Noll, J. G., Shenk, C. E., & Putnam, K. T. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 366-378.
 12. Fiszman, A., Cabizuca, M., Lanfredi, C., & Figueira, I. (2005). The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Revista brasileira de psiquiatria*, 27(1), 63-66.
 13. Bringhenti, M. E., Luft, C. D. B., & Oliveira, W. F. D. (2010). Transtorno do estresse pós-traumático em acidentes de trânsito: validação de escala; Post traumatic stress disorder checklist: validation for victims of traffic accidents. *Psico USF*, 15(2), 193-203.
 14. NCF Using PTSD Checklist (PCL). National Center for PTSD.
 15. Adkins, J. W., Weathers, F. W., McDevitt-Murphy, M., & Daniels, J. B. (2008). Psychometric properties of seven self-report measures of posttraumatic stress disorder in college students with mixed civilian trauma exposure. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1393-1402.
 16. Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC psychiatry*, 8(1), 33.
 17. Bal, A., & Jensen, B. (2007). Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish

- child and adolescent trauma survivors. *European child & adolescent psychiatry*, 16(7), 449-457.
18. McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological medicine*, 40(10), 1647-1658.
 19. Oliveira, L. H. D., & Santos, C. S. S. D. (2006). As diferentes manifestações do transtorno de estresse pós traumático (TEPT) em crianças vítimas de abuso sexual. *Revista da SBPH*, 9(1), 31-53.
 20. Gillespie, C. F., Bradley, B., Mercer, K., Smith, A. K., Conneely, K., Gapen, M., ... & Ressler, K. J. (2009). Trauma exposure and stress-related disorders in inner city primary care patients. *General hospital psychiatry*, 31(6), 505.
 21. Capitão, C. G., & Romaro, R. A. (2008). Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes. *Psicologia para América Latina*, (13), 0-0.
 22. Borges, J. L., & DellAglio, D. D. (2009). Funções cognitivas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Aletheia*, (29), 88-102.
 23. Araujo, M. D. F. (2002). Violência e abuso sexual na família; Violence and sexual abuse within the family. *Psicol. estud*, 7(2), 3-11.
 24. Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Current view of sexual abuse in childhood and adolescence. *Jornal de Pediatria*, 81(5), s197-s204.
 25. Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 21(3), 341-348.
 26. Rincón, G., Covas, F., Bustos, T., Aedo, S., & Valdivia, P. (2010). Estrés Postraumático en Niños y Adolescentes Abusados Sexualmente. *Revista chilena de pediatría*, 81(3), 234-240.
 27. Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, J. F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 951-964.
 28. Koenen, K. C., & Widom, C. S. (2009). A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *Journal of traumatic stress*, 22(6), 566-574.

4.2 – Artigo nº 3:

Título

Clinical and sociodemographic characteristics of college students exposed to traumatic experiences: a census of seven college institutions in Northeastern Brazil

PLOS ONE

Aceito

Clinical and sociodemographic characteristics of college students exposed to traumatic experiences: a census of seven college institutions in Northeastern Brazil.

Liana R Netto^{1*}, Patrícia Cavalcanti-Ribeiro¹, Juliana L Pereira^{1,3}, José F Nogueira¹, Lene Lima¹, Sidnei Lira¹, Gisela Guedes¹, Carlos A Teles³, Karestan C Koenen⁴, Lucas C Quarantini^{1,2}; The Trauma and Anxiety Disorders Study Group – UFBA^{**}

Affiliations:

1 Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS), Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil.

2 Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil

3 Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Brazil

4 Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health Columbia University, New York, New York, United States of America

* Corresponding author: Liana Rodrigues Netto. R Teotônio Vilela, 225, 705, Pq Bela Vista; Zip Code: 41.815-215. Salvador, Bahia, Brazil. Phone number: 55 71 99685809. E-mail: <lianetto@uol.com.br>.

ABSTRACT

Background: Epidemiological studies show that most of the adult population will be exposed to at least one potentially traumatic event in the course of his or her life; adolescence and early adulthood are the most vulnerable periods of life for exposure to traumatic experiences (70% of deaths within this age group are due to external causes). Posttraumatic Stress Disorder is characterized by the development of dysfunctional symptoms that cause distress or social, academic, or occupational impairment, as the result of exposure to a traumatic event. The aim of this multicentric study is to establish the proportion of college students within seven institutions in Northeastern Brazil who have been exposed to traumatic experience and meet PTSD criteria. **Methods/design:** A one-phase census protocol of seven college institutions in three metropolitan regions in Northeastern Brazil was performed between April and July 2011. All students aged 18 years or older, matriculated at the university and attending their first or final semester in all academic areas were eligible. The self-applied protocol consisted of a socio-demographic questionnaire along with the following scales adjusted to Brazilian Portuguese standards: Trauma History Questionnaire (THQ), PTSD Checklist-Civilian (PCL-C), and Impulsivity Scale (BIS-11). Data were entered into SPSS version 17.0. **Results:** 2213 (85.5%) students consented to participate, and completely filled in the protocols. Of these, 66.1% were woman, mean age was 23.9 (SD 6.3), 82.7% were single, and 57.3% were attending university outside their native cities. The total PTSD prevalence was 14%, and the median for frequency of trauma exposure was 5 events.

Conclusion: A high frequency of exposure to violence, as well as a high rate of PTSD, suicide attempts, and high-risk sexual behavior was found in Brazilian college students. This highlights the importance of effective public health actions in relation to the prevention and treatment of PTSD and other dysfunctional behaviors resulting from traumatic exposure in young individuals, who are usually an at risk population for violence and traumatic situations.

Keywords: posttraumatic stress disorder; trauma; university students

INTRODUCTION

Epidemiological studies show that most members of the adult population will be subject to at least one potentially traumatic event in the course of their lives [1,2]. Among all stages of life, adolescence and early adulthood are the greatest periods of vulnerability for exposure to traumatic experiences, whereas 70% of adolescent deaths are due to external causes (68.43% between the ages of 10 and 19 years), and likewise for young adults (70.41% between 20 and 29 years)[3].

Greater impulsiveness and assuming of high-risk behavior, due to an imbalance in neurofunctional regulation between late prefrontal cortex development (responsible for executive function and inhibitory control) and increased responsiveness in the *nucleus accumbens* (responsible for novelty seeking and immediate gratification), occurs in the beginning of adult life [4], and may contribute to members of this age group exposing themselves to interpersonal violence.

The vulnerability of college students to exposure to traumatic experiences may also be seen as a result of the abrupt transition to independent living. This is often associated with isolation and the loss of support from home [5], which has been demonstrated by previous research regarding involvement in violent situations [6], and can be even more

dramatic where the setting favors exposure to violence: rates of violence are particularly high in the Americas, where the average homicide rates for the years 2000-2004, estimated at 17.8 homicides per 100,000 inhabitants, were the highest in the world [7]. In many international comparisons, performed using data from the World Health Organization, Brazil has always occupied one of the top positions among Latin American countries in terms of high homicide rates [2].

In 2000, violent deaths were predominantly caused by homicides [8,9], with the risk 12 times higher for males (53/100,000) than for females (4/100,000)[10]. Ninety percent of these deaths were perpetrated with firearms in urban areas [11], and since 1998 (when the first official survey was made to map violence in Brazil) to the present day, the youth population retains a high prevalence among homicide cases representing a major unresolved problem for the country's policies.

In spite of the history of violence in Brazil, there are no previous local populational data about the prevalence of PTSD, including among college students. The aim of this study is to

describe clinical and socio-demographic characteristics of college students at seven college institutions in Northeastern Brazil who have been exposed to traumatic experiences.

METHODS/DESIGN

Ethical aspects

This study has been approved by the Ethics Review Board of Bahia (CEP/COM/UFBA-process number 227/2010) and Paraíba (CEP/ Fac. Sta. Maria, 17-02-2011). Participants were informed about research procedures and risks. They signed an informed consent form and received a copy of it. The informed consent form included a list of addresses and phone numbers of public institutions and services supporting mental health — psychiatric and psychological — that could handle any demands which the questionnaire may provoke. All questions were answered and any points of uncertainty were clarified. If the potential subject did not provide informed consent, he/she was excluded from the study.

Study design:

This study constitutes a one-phase research project that aims to explore key aspects of traumatic experiences in college students from seven institutions in Northeastern Brazil.

Setting:

Northeastern Brazil contains 27.8% of the Brazilian population, totaling 53,081,950 inhabitants and became, in 2010, the region with the second-highest concentration of undergraduate students in the country (19.3% of all Brazilian students) [12]. Of these, 31.8% are matriculated at federal universities, 31.4%, at state universities and 36.8% at private institutions [12].

The majority of the population is concentrated in urban areas (73.1%), and 80.9% are 29 years or younger [13]. Data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) showed that in 2010 the Brazilian average annual income was U\$ 3.808,28, while the average annual income in Southeastern Brazil was U\$ 4.683,72 and the average annual income in Northeastern Brazil was U\$ 2.277,12 [13].

Sampling procedure:

Seven college institutions were selected for reasons of convenience in three urban areas of Bahia and Paraiba. In order to select representative college institutions, we sought to include three public (2 federal and 1 state) and four private colleges in Northeastern Brazil; thereby capturing a broad geographic profile of Northeastern college students, considering that students, very often, attend university outside their native cities [14].

The study included all students matriculated at the university and attending their first or final semesters in all coursework from the 7 college institutions, aged 18 years or older, and who consented to participate in the study by signing the consent form.

Measurements:

The self-applied protocol included a fully structured socio-demographic questionnaire along with three scales which have been widely applied in epidemiological surveys. All of the scales had been previously translated and adapted to Brazilian Portuguese. All participants answered the full assessment anonymously, which lasted approximately 20-30 minutes.

Socio-demographics: The socio-demographic questionnaire included gender, age, marital status, employment status, parents' educational level, annual family income, migration history, and parents' marital status.

Mental health: psychiatric symptoms assessed in the study are:

a) PTSD (assessed through the PTSD Checklist- PCL-C [15]): the instrument is comprised of 17 items based on the diagnostic criteria of the DSM-IV for PTSD. Thus, the first 5 items refer to the re-experience symptoms group (criterion B), the next 7 items refer to the emotional avoidance/numbing group (criterion C), and the last 5 items address the hyperarousal group (criterion D). In the instructions on how to fill-in the PCL-C, the subject was instructed to anchor their answers to the worst trauma he/she had experienced according to the Trauma History Questionnaire, and was asked to report how much he/she has been troubled by the listed problems and complaints in the past month (not at all, a little bit, moderately, quite a bit, or extremely). The Brazilian version of the PTSD Scale (PCL-C) has received a transcultural adaptation [15-17] which has become widely accepted. The diagnosis was made by combining two methods, in order to improve accuracy and ensure that an individual has the necessary pattern of symptoms with sufficient severity as required by the

DSM-IV: the first method requires that the individual matches at least one B item (questions 1-5), at least three C items (questions 6-12) and at least two D items from the DSM-IV (questions 13-17). Symptoms rated as "moderately" severe or greater are considered clinically meaningful [18]. The second method determines whether the total severity score equals or exceeds a given cut-off point. A total symptom severity score (range = 17-85) can be obtained by taking the sum of the scores from each of the 17 items.

Based on Adkins et al. (2008) [19], which used a similar setting (civilian trauma-exposed undergraduates) to explore and compare the psychometric properties of seven self-reported measures of PTSD, the adopted cut-off point for PCL-C was ≥ 45 . According to the authors, this was the optimally efficient cut-off score previously found for this population, which yields a sensitivity of .78 and specificity of .92, positive predictive value of .54, negative predictive value of .97, efficiency of .91, quality of sensitivity of .49, quality of efficiency .59, and quality of specificity .74.

b) Impulsivity (assessed through BIS 11 [20]): this 30-item self-administered scale assesses the presence of impulsive behaviors from the theoretical model proposed by Ernst Barratt through 3 factors: motor, attentional and lack of planning [21], it being the most widely used scale for clinical and research propose. The three factors are randomly distributed throughout the scale, and the answers are given according to 4 options: 1. rarely/never, 2. sometimes, 3. often, 4. almost always / always

c) Alcohol, tobacco and illicit psychoactive substance use, assessed through five questions which aim to investigate the substance use pattern: first use, current use, frequency, quantity, interpersonal consequences (fights, accidents or other high-risk situations that occurred during substance use).

d) Sexual risk behaviors (assessed through a single Yes/No question about condom use during any sexual relationship with a non-stable partner).

e) Suicide (assessed through the question of how many times one has attempted to commit suicide).

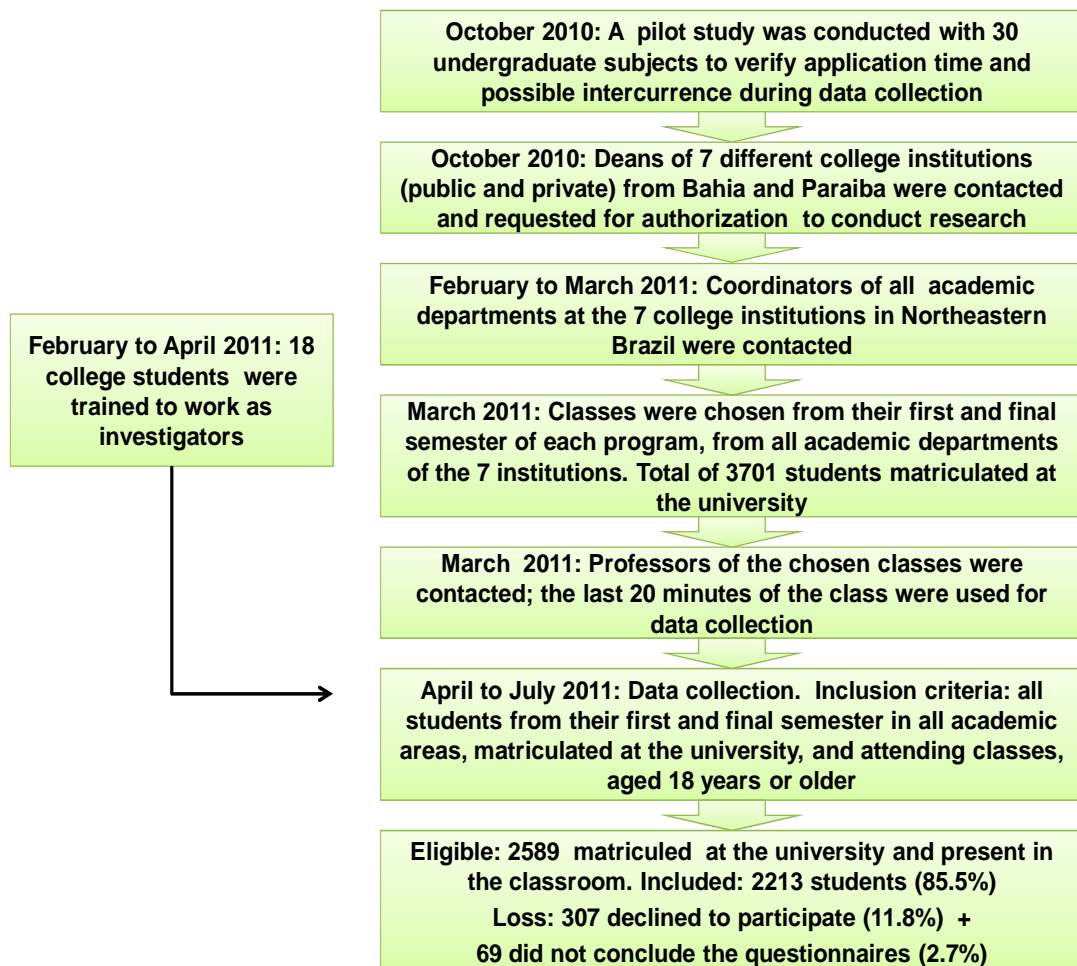
Exposure to traumatic events: assessed through the Trauma History Questionnaire (THQ) [22], which is a list of 24-items, including 23 events that could be considered potentially traumatic and 1 item that allows subjects to report on any personal experiences that were not captured in the other 23 items. Information on the frequency and age(s) at the time(s) of exposure was also obtained. At the end, participants are asked to select, from the items

identified on the THQ, the event they found the most distressing. The Brazilian version of THQ has received a transcultural adaptation [23] which is widely accepted.

Procedures

The preparative procedures for the collection began in October 2010. Data was collected from April 2011 until July 2011. For a more complete explanation of the investigation flow, see Figure 1.

Figure 1 - Flowchart of data collection.



Efforts were made to reach all students in their first or final semester, matriculated at the university and attending coursework from the 7 college institutions, such as: revisiting classrooms, awaiting students' arrival, and rescheduling visits.

Data regarding the profile of absent students (25.4% of students matriculated at the university and not encountered in classes) were acquired in order to compare with those active students enrolled in the study.

The training course for researchers consisted of a 10-hour theoretical module, followed by a field application conducted by the authors. Regular meetings with supervisors were carried out in order to give clarifications and standardize the interview procedures.

DATA ANALYSES

1. Description of participants' characteristics by means of univariate analyses: age, gender, marital status, academic performance, parental educational level, origin (being local or from another city), attending semester and family income.
2. The prevalence of estimated PTSD, alcohol misuse and other illicit psychoactive substance use, suicide attempts, high-risk sexual behavior and exposure to other traumatic life experiences were made using crosstabulation.

RESULTS

The analyses were conducted among a population of 2213 subjects (56.9% matriculated at the university in their first semester, and 43.1% in their final one), of whom 57.3% were attending university outside their native cities. The students were mostly woman (66.1%), mean age 23.9 (SD 6.3), and single (82.7%). (Table 1) The total PTSD prevalence was 14%, among which the most impulsive were the most affected (56.1% of PTSD subjects).

The education level of the students' parents is predominantly at basic school level (elementary and middle school), and is inversely proportional to the probability of their offspring having PTSD. On the other hand, family annual income was in the majority at or below US\$ 5,472 (59.4%), and was not clearly associated with PTSD levels.

The majority of students' parents are married (74.2%), and PTSD is more common among divorced parents' offspring (15.5% compared to 13.3% of the married parents' offspring).

Students in federal institutions showed a higher prevalence of PTSD (17%), followed by private institutions (with 14.4% of their students presenting PTSD) and state institutions (with 11.8% presenting).

Table 1. Sociodemographic characteristics of college students exposed to traumatic experiences in Northeastern Brazil.

Socio-Demographic Variables	Total N (%)	Without PTSD N (%)	With PTSD N (%)
Gender			
Female	1412 (66.1)	1183 (83.8)	229 (16.2)
Male	725 (33.9)	653 (90.1)	72 (9.9)
Age			
≤ 22 years	1138 (51.4)	993 (87.3)	145 (12.7)
> 22 years	1075 (48.6)	910 (84.7)	165 (15.3)
Marital status			
Single	1789 (82.7)	1548 (86.5)	241 (13.5)
Married	342 (15.8)	290 (84.8)	52 (15.2)
Divorced	27 (1.2)	18 (66.7)	9 (33.3)
Origin			
Local	844 (42.7)	732 (86.7)	112 (13.3)
Non-local	1131 (57.3)	970 (85.8)	161 (14.2)
Annual family income			
≤ US\$ 5,472	1282 (59.4)	1095 (85.4)	187 (14.6)
≥ US\$ 26,448	876 (40.6)	752 (85.8)	124 (14.2)
Semester			
First	1260 (56.9)	1092 (86.7)	168 (13.3)
Final	953 (43.1)	811 (85.1)	142 (14.9)
Type of institution			
Federal	554 (25)	463 (83.6)	91 (16.4)
State	808 (36.5)	713 (88.2)	95 (11.8)
Private	851 (38.5)	727 (85.4)	124 (14.6)
Father's education level			
None	87 (4)	71 (81.6)	16 (18.4)
Elementary	1047 (48.4)	890 (85)	157 (15)
Middle School	695 (32.1)	608 (87.5)	87 (12.5)
College	235 (10.9)	204 (86.8)	31 (13.2)
Postgraduate	100 (4.6)	89 (89)	11 (11)
Mother's education level			
None	65 (3)	55 (84.6)	10 (15.4)
Elementary	829 (38.3)	704 (84.9)	125 (15.1)
Middle School	787 (36.3)	680 (86.4)	107 (13.6)
College	301 (13.9)	262 (87)	39 (13)
Postgraduate	184 (8.5)	161 (87.5)	23 (12.5)
Parents' marital status			
Married	1559 (74.2)	1352 (86.7)	207 (13.3)
Divorced	543 (25.8)	459 (84.5)	84 (15.5)

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder

The median for frequency of trauma exposure was 5 events. The events listed by THQ were grouped into 8 categories: victims of non-sexual violence, sexual violence, accidents, natural disasters, man-made disasters, disease, to witness or receive news of the death or

injury of others and other traumas (Table 2). While to witness or receive news of death, acute disease or severe injury of close friends, including family, appeared as the most frequent type of traumatic event (81.7% of the students had experienced this), followed by non-sexual violence (63.9%), and accidents (27.4%), sexual violence was the type of event that most frequently resulted in PTSD (34.1% of the victims developed PTSD).

Table 2. Exposure to traumatic events of college students in Northeastern Brazil.

Traumatic Events	Total N (%)	Without PTSD N (%)	With PTSD N (%)
Victims of non-sexual violence	1414 (63.9)	1176 (83.2)	238 (16.8)
Someone tried to take something directly from the subject by using force or the threat of force	785 (35.5)	648 (82.5)	137 (17.5)
Attempted or actually robbed	583 (26.3)	477 (81.8)	106 (18.2)
Attempted or actually had home broken when the subject wasn't there	356 (16.1)	294 (82.6)	62 (17.4)
Attempted or actually had home broken when the subject was there	255 (11.5)	205 (80.4)	50 (19.6)
Was attacked with a gun, knife or some other weapon.	122 (5.5)	89 (73)	33 (27)
Was someone ever attacked without a weapon and was seriously injured	55 (2.5)	35 (63.6)	20 (36.4)
Someone in subject's family was ever beaten, struck or pushed hard enough to cause injury	291 (13.1)	203 (69.8)	88 (30.2)
Victims of sexual violence	208 (9.4)	137 (65.9)	71 (34.1)
Was ever forced to have intercourse, oral or anal sex against will	59 (2.7)	35 (59.3)	24 (40.7)
Someone ever touched the private parts of the body, or made the subject touch his/hers, under force or threat	120 (5.4)	79 (65.8)	41 (34.2)
Any other situation in which another person tried to force the subject to have unwanted sexual contact	84 (3.8)	53 (63.1)	31 (36.9)
To witness or receive news of death or injury of others	1808 (81.7)	1519 (84)	289 (16)
Witnessed someone seriously injured or killed	833 (37.6)	681 (81.8)	152 (18.2)
Exposed to dead bodies	638 (30.6)	556 (82)	122 (18)
Close friend or family member was murdered, or killed by a drunk driver	254 (11.5)	204 (80.3)	50 (19.7)
Death of a spouse, romantic partner, or child	35 (1.6)	21 (60)	14 (40)
Received news of a serious injury, life-threatening illness or unexpected death of someone close	1489 (67.3)	1248 (83.8)	241 (16.2)
Victims of accidents	607 (27.4)	492 (81.1)	115 (18.9)
Victims of natural disaster	137 (6.2)	97 (70.8)	40 (29.2)
Victims of man-made disaster	237 (10.7)	191 (80.6)	46 (19.4)
Exposed to dangerous chemicals or radioactivity	86 (3.9)	65 (75.6)	21 (24.4)
Combat while in military service	17 (0.8)	17 (100)	0
Other man-made disaster	147 (6.6)	121 (82.3)	26 (17.7)
Victims of disease	228 (10.3)	169 (74.1)	59 (25.9)
Victims of other traumas	232 (10.5)	190 (81.9)	42 (18.1)

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder

PTSD prevalence had a strong association with attempted suicide (21.1% of PTSD subjects had already attempted suicide one or more times, compared with 5.4% of non-PTSD subjects). An association between PTSD and high-risk sexual behavior was also found (26.3% of PTSD subjects did not regularly use a condom with non-stable partners). However, substance misuse was not clearly associated with PTSD (Table 3).

Table 3. Clinical characteristics of college students with PTSD in Northeastern Brazil.

Clinical Variables	Total N (%)	Without PTSD N (%)	With PTSD N (%)
PTSD	2213 (100)	1903 (86)	310 (14)
Attempted Suicide	167 (7.6)	102 (5.4)	65 (21.1)
Alcohol Use			
Sporadic use	999 (50)	849 (49.2)	150 (55.4)
Weekly use	282 (14.2)	241 (14.1)	41 (15.1)
Daily use	9 (0.5)	8 (0.5)	1 (0.4)
Cigarette Use			
Sporadic use	175 (8)	143 (7.6)	32 (10.6)
Weekly use	28 (1.3)	22 (1.2)	6 (2)
Daily use	47 (2.2)	35 (1.9)	12 (4)
Marijuana Use			
Sporadic use	93 (4.2)	76 (4)	17 (5.5)
Weekly use	9 (0.4)	9 (0.5)	0 (0)
Daily use	10 (0.5)	7 (0.4)	3 (1)
Ecstasy Use			
Sporadic use	29 (1.3)	25 (1.3)	4 (1.3)
Weekly use	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Daily use	1 (0)	1 (0.1)	0 (0)
Cocaine Use			
Sporadic use	41 (1.9)	32 (1.7)	9 (2.9)
Weekly use	5 (0.2)	4 (0.2)	1 (0.3)
Daily use	2 (0.1)	2 (0.1)	0 (0)
Crack Use			
Sporadic use	2 (0.1)	2 (0.1)	0 (0)
Weekly use	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Daily use	1 (0)	1 (0.1)	0 (0)
Condom non-use (non-stable partners)	363 (16.7)	283 (15.1)	80 (26.1)
BIS 11			
Less impulsive	722 (32.6)	661 (34.7)	61 (19.7)
Averagely impulsive	704 (31.8)	629 (33.1)	75 (24.2)
More impulsive	787 (35.6)	613 (32.2)	174 (56.1)

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder

From a total of 3701 students matriculated at the university, 937 (25.4%) were not included due to absence, and 175 (4.8%) were not included because they were younger than 18. Data regarding 331 (35.3%) of the 937 absent students (matriculated at the university and not encountered in classes), from five of the seven college institutions studied, showed that

56.8% of absent students were matriculated in their first semester, 52.2% were female, 59.2% were 22 years or older, and 84.2% were not local students (Table 4).

Of those 331 absent students, 122 (36.9%) were not present at the time of collection, but there were records of their presence in other classes, 197 of the absent students (59.5%) were matriculated, but there were no records of their presence, and only 12 of the absent students (3.6%) had officially interrupted the semester in progress.

Table 4: Comparison between present and absent college students.

Socio-Demographic Variables	Present Students N (%)	Absent Students N (%)
Semester		
First	1260 (56.9)	188 (56.8)
Final	953 (43.1)	143 (43.2)
Gender		
Female	1412 (66.1)	109 (52.2)
Male	725 (33.9)	100 (47.8)
Area		
Exact Sciences	278 (12.9)	34 (10.3)
Health Sciences	503 (22.7)	115 (34.7)
Human Sciences	1412 (64.4)	182 (55)
Origin		
Local	844 (42.7)	33 (15.8)
Non-local	1131 (57.3)	176 (84.2)
Age		
≤ 22 years	1138 (51.4)	135 (40.8)
> 22 years	1075 (48.6)	196 (59.2)

DISCUSSION

The existing literature has certainly shown progress in understanding the effects of traumatic experiences on mental health, although the issue remains under-researched in low and middle income countries. In Brazil there are just a few studies about PTSD prevalence in selected samples [24], and only two recent, large studies from a general population, both in Southeastern Brazil, the most developed region in Brazil [25,26]. To our knowledge, this is the first population-based study to investigate trauma exposure and PTSD in Brazilian college students and the first in the Northeastern region of the country. It is plausible that the chosen population is representative of Northeastern college students given that 57.3% were attending university outside of their native cities, which reinforces the idea that migration is an intense phenomenon in this region.

In accordance with previous literature [1,27], women were more likely to develop PTSD than men (16.2% of woman presented PTSD, compared to 9.9% of men).

The prevalence of PTSD found in this research (14%) is comparable with very high rates found in other studies conducted in low income countries, where people have experienced war, conflict or mass violence (15.8% in Ethiopia, 17.8% in Gaza Strip, 28.4% in Cambodia, and 37.4% in Algeria) [28]. Unsurprisingly, 63.9% of the students reported that they had been exposed to non-sexual violence, and 9.4% of them had been exposed to sexual violence.

It is noteworthy that variation in family annual income was not associated with different PTSD rates, but the educational level of the students' parents has an inversely proportional association with the students' PTSD frequency. There is consistent evidence about the role that parents have on the mental health of their offspring [29], and previous studies have already established that a low education level of the victim is a vulnerability factor for PTSD [30]. However, little has been studied about the relationship between parental education level and its effect on the exposure of their offspring to potentially traumatic situations and the subsequent development of PTSD. In the present study, mothers presented a higher level of education (22.4% of them have graduated from college or better), but a lower education level of the father was associated with higher prevalence of PTSD (fathers with no formal education had 18.4% of their offspring presenting PTSD, while fathers with postgraduate degrees had 11% of their offspring with PTSD). One possible hypothesis is that fathers with a low education level may inflict punishment through violence more often and/or with more physical injury than mothers.

A propos, Bordin et al. (2006) [31], executed the first population-based study in Brazil regarding the connection between severe physical punishment and mental health problems in children and adolescents in low income areas, usually associated with low levels of formal education. The research showed that severe punishment is common in this population (10.1%), and that traumatic experiences of infants lead to permanent deficits in the regulation of behavioral, cognitive and emotional processes. This could be a factor that contributes to the intergenerational transmission of violent behaviors, which may in turn be helping to perpetuate the epidemic level of violence.

While to witness or to receive news of death, acute disease or severe injury of close friends, including family, appeared as the most frequent event, its victims presented the lowest rate of PTSD (16%). One hypothesis is that this kind of etiologic event can generate

what is known as Partial PTSD [32]. In their investigative study about the concept of Partial PTSD, Breslau et al (2004) [32] demonstrated that while 68.4% of Full PTSD subjects were victims of interpersonal violence, only 46.2% of Partial PTSD subjects were victims of the same type of event, concluding that Partial PTSD is normally due to an etiologic event of lesser magnitude, with different presentation and duration of symptoms.

The present study demonstrated that 21.1% of subjects among the PTSD group have attempted suicide (AS), while the rate in the group without PTSD was almost four-fold lower (5.4%). This is critical information since previous AS is a predictor of additional attempts and of death from a completed suicide [33-35]. Therefore, AS has been pointed out as one of the expected consequences of PTSD [36].

BIS-11 demonstrated that increased impulsive behaviors were directly associated with a higher prevalence of PTSD and substance misuse, which is well established by previous studies. [37,38]; However, we did not observe an association between PTSD and substance misuse. This finding is not in accordance with previous reports in the literature [1]. More studies are necessary to better explore this finding and to better understand which other factors could be interfering, such as sub notification of cases or report bias.

High-risk sexual behavior was more frequent among PTSD subjects, as well as among the more impulsive participants: 49.5% of the most impulsive subjects of the study did not regularly use a condom with non-stable sexual partners (compared to 18.9% of the less impulsive ones, when BIS-11 is divided in tertiles). Both outcomes are in accordance with previous literature [39,40].

Data regarding the absent students (those matriculated at the university and not encountered in class) showed that both present and absent students have a similar profile based on current semester, gender and area of study. An important difference between present and absent students is shown by the variable *origin*, and there is some difference with regard to the *age* variable. Neither of these two variables in the enrolled group was associated with a clinically meaningful elevation of PTSD rates.

No records were found regarding the reasons for interrupting the semester or for absenteeism. One possible reason for the age variation between groups is increased absence due to a conflicting employment, especially for those older students who no longer have any parental support. Another possible reason is the missing of classes due to difficulties with public transportation (especially those who live in surrounding areas), as well as frequent

trips, especially by non-local students whose parents live outside the metropolitan area. Matriculation at multiple college institutions, for first semester students is another possible explanation. This is a common phenomenon in Brazilian universities, where students compete in several exams (potentially in multiple states), with results being released at different times, and matriculate in each one to keep their options open.

LIMITATIONS

The non-inclusion of absentee and non-consenting students in the analyses may have resulted in the loss of the most impulsive and/or most severely affected individuals. Also, other outcomes of trauma exposure that can act as confounders were not investigated, such as depressive or other symptoms of anxiety and thus were not controlled for. On the other hand, avoidance is a well-known phenomenon in PTSD, indeed being one of its diagnosis criteria [41], and may result in less accurate reports. It is assumed that self-applied scales can reduce the report bias. In addition, memory bias can also occur, resulting in less reliable reports, given that some events may have occurred in the early life of respondents.

CONCLUSION

To the best of our knowledge, this is the first study to investigate trauma exposure and PTSD prevalence in Brazilian college students, a non-clinical population. It shows a high frequency of exposure to violence, as well as a high rate of PTSD conversion, suicide attempts, and high-risk sexual behavior. This highlights the importance of effective public health actions in relation to primary and secondary prevention and treatment of PTSD and other dysfunctional behaviors resulting from traumatic exposure among Brazilian youth, usually an at-risk population for violence and traumatic situations.

It is also very important that the primary service professionals receive adequate training to screen and identify traumatic life events. Since traumatized patients tend to manifest avoidance behavior, they may underreport traumatic experiences if not interrogated. The delay in proper diagnosis of PTSD may contribute to increased distress and symptoms, which can be a risk factor for the development of comorbidities or death.

ACKNOWLEDGEMENTS

** Adriana Duarte, Amanda Loureiro, Deivson Mundim, Rejane Santana, Isabela Albuquerque, Rana Barbosa, Lilian Carvalho, Susan Carvalho, Reinilza Nunes, Wesley Batista, Maria Rosa Dantas, Antonio Dantas Júnior, Albaniza Formiga, Fernanda Dias, Fransuélío Nascimento, Jesana Damasceno, Perla Soares, and Rubens Lima, for their technical assistance.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Interpretation and discussion of results: LRN, PCR, CAT, LCQ, KCK. Conception and design of experiments: LCQ, KCK, LRN, PCR, CAT, JLP, JFN; Data analysis: LRN, PCR, CAT, LCQ; Contribution of materials/analysis tools: LRN, CAT. Training investigators for data collection: LRN, JLP, JFN, LCQ. Composed the paper: LRN, LCQ, PCR.

REFERENCES

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52: 1048-1060.
2. Waiselfisz JJ (2012) Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil Rio de Janeiro. In: CEBELA F, SEPP/PR, editor. Rio de Janeiro; Brasília - Brazil.
3. DATASUS (2006) Indicadores de Dados Básicos (IDB) 2006. In: (BRASIL) MdS, editor. Brasília: Ministério da Saúde.
4. Casey BJ, Getz S, Galvan A (2008) The adolescent brain. *Dev Rev* 28: 62-77.
5. Forke CM, Myers RK, Catalozzi M, Schwarz DF (2008) Relationship violence among female and male college undergraduate students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 162: 634-641.
6. Banyard VL, Cross C, Modecki KL (2006) Interpersonal violence in adolescence: ecological correlates of self-reported perpetration. *J Interpers Violence* 21: 1314-1332.
7. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ (2009) [Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review]. *Rev Bras Psiquiatr* 31 Suppl 2: S49-57.
8. Gawryszeski VP (2007) Injury mortality report for Sao Paulo State, 2003. *Sao Paulo Med J* 125: 139-143.
9. Gawryszewski VP, Rodrigues EM (2006) The burden of injury in Brazil, 2003. *Sao Paulo Med J* 124: 208-213.
10. Filho AMS, Souza MdFmd, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, et al. (2007) Analysis of homicide mortality in Brazil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 16: 7-18.

11. Netto LR, Koenen KC, Mari JdJ, Ribeiro WS, Mello MF, et al. (2010) The Impact of Violence on the Mental Health of People Living in Urban Centers in Brazil. *The Psychological Impact of Living under Violence*. New York: Nova Science Publishers. pp. 79-90.
12. INEP (2011) Censo da Educação Superior no Brasil 2010. In: Educação Md, editor. Brasília, Brazil: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. pp. 24.
13. IBGE (2011) Sinopse do Censo Demográfico 2010. In: Ministério do Planejamento OeG, editor. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
14. FONAPRACE (2011) Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras. In: FONAPRACE, editor. Brasília Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE).
15. Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I (2004) Semantic equivalence of the Portuguese version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) for the screening of post-traumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 26: 167-175.
16. Passos RB, Figueira I, Mendlowicz MV, Moraes CL, Coutinho ES Exploratory factor analysis of the Brazilian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist: civilian version (PCL-C). *Rev Bras Psiquiatr* 34: 155-161.
17. Caiuby AVS, Lacerda SS, Quintana MI, Torii TS, Andreoli SB Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Impact of Events Scale-Revised (IES-R). *Cadernos de Saúde Pública* 28: 597-603.
18. PTSD Ncf Using PTSD Checklist (PCL). National Center for PTSD.
19. Adkins JW, Weathers FW, McDevitt-Murphy M, Daniels JB (2008) Psychometric properties of seven self-report measures of posttraumatic stress disorder in college students with mixed civilian trauma exposure. *J Anxiety Disord* 22: 1393-1402.
20. von Diemen L, Szobot CM, Kessler F, Pechansky F (2007) Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr* 29: 153-156.
21. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 51: 768-774.
22. BL G (1996) Trauma history questionnaire. In: Stamm BH VE, editor. *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville: Sidran Press. pp. 366-368.
23. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I (2005) The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr* 27: 63-66.
24. Berger W, Figueira I, Maurat AM, Bucassio EP, Vieira I, et al. (2007) Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life. *J Trauma Stress* 20: 637-642.
25. Ribeiro WS, Mari Jde J, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, et al. (2013) The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in sao paulo and rio de janeiro, Brazil. *PLoS One* 8: e63545.

26. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, et al. (2012) Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One* 7: e31879.
27. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, et al. (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 55: 626-632.
28. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, et al. (2001) Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* 286: 555-562.
29. Dubow EF, Huesmann LR, Boxer P, Landau S, Dvir S, et al. (2012) Exposure to political conflict and violence and posttraumatic stress in Middle East youth: protective factors. *J Clin Child Adolesc Psychol* 41: 402-416.
30. Zhang Z, Wang W, Shi Z, Wang L, Zhang J (2012) Mental health problems among the survivors in the hard-hit areas of the Yushu earthquake. *PLoS One* 7: e46449.
31. Bordin IA, Paula CS, do Nascimento R, Duarte CS (2006) Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr* 28: 290-296.
32. Breslau N, Lucia VC, Davis GC (2004) Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychol Med* 34: 1205-1214.
33. Rich CL, Young D, Fowler RC (1986) San Diego suicide study. I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 43: 577-582.
34. Caribe AC, Nunez R, Montal D, Ribeiro L, Sarmento S, et al. (2012) Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: a case-control study. *J Nerv Ment Dis* 200: 863-867.
35. Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999) Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 56: 617-626.
36. Wilcox HC, Storr CL, Breslau N (2009) Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. *Arch Gen Psychiatry* 66: 305-311.
37. Swann AC, Bjork JM, Moeller FG, Dougherty DM (2002) Two models of impulsivity: relationship to personality traits and psychopathology. *Biol Psychiatry* 51: 988-994.
38. Shin SH, Hong HG, Jeon SM (2012) Personality and alcohol use: the role of impulsivity. *Addict Behav* 37: 102-107.
39. Rosenberg SD, Trumbetta SL, Mueser KT, Goodman LA, Osher FC, et al. (2001) Determinants of risk behavior for human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in people with severe mental illness. *Compr Psychiatry* 42: 263-271.
40. Kalichman SC, Gore-Felton C, Benotsch E, Cage M, Rompa D (2004) Trauma symptoms, sexual behaviors, and substance abuse: correlates of childhood sexual abuse and HIV risks among men who have sex with men. *J Child Sex Abus* 13: 1-15.
41. Association AP (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

5 – CONCLUSÕES

A prevalência de TEPT em estudantes universitários vítimas de traumas sexuais, físicos e psicológicos ocorridos em ambientes domésticos, vivenciados na infância e na adolescência, representa, praticamente, o dobro da prevalência encontrada nos sujeitos sem traumas domésticos.

A frequência de abusos sexuais foi menor em relação aos traumas físicos e psicológicos.

A maior frequência dos três tipos de traumas domésticos investigados ocorreu na faixa etária que agrega a infância e a adolescência. Quando comparados individualmente, os traumas físicos e psicológicos foram mais frequentes na adolescência do que na infância, já os traumas sexuais tiveram maior frequência no período da infância do que na adolescência.

Em relação aos abusos físicos e psicológicos, observou-se que o perpetrador ‘pai’ teve frequência alta comparada com o perpetrador ‘outros’, que significa alguém que os sujeitos não quiseram identificar. Já em relação aos abusos sexuais, ‘outros’ apresentou frequência alta em comparação com ‘pai’.

Os sujeitos sem traumas domésticos e de famílias com menor renda familiar apresentaram maior prevalência para sintomas de TEPT. Já os sujeitos com traumas domésticos com maior prevalência de TEPT foram aqueles pertencentes às famílias com maior renda.

Nos sujeitos com traumas domésticos, a faixa etária que envolve a ‘infância e a adolescência’ apresentou maior prevalência para sintomas de TEPT do que as faixas etárias ‘infância’ e ‘adolescência’ separadamente.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população deste estudo não foi eleita pelo fato de ser considerada uma população de risco para TEPT. No entanto, a prevalência geral e, principalmente a prevalência de TEPT nos sujeitos expostos a traumas em ambiente doméstico, foi uma surpresa, pois não se esperava encontrar números tão elevados comparáveis a populações de alto risco já identificadas na literatura.

As frequências de exposições aos abusos domésticos encontradas neste estudo e as prevalências de TEPT nos sujeitos violentados denotam a necessidade de reestruturação das políticas sociais de atenção à criança e ao adolescente existentes no Brasil, com ações mais efetivas de prevenção baseadas em projetos educativos e de apoio, também, aos perpetradores.

7 – PERSPECTIVAS DE ESTUDOS

Para ampliar os conhecimentos da violência infanto-juvenil, em ambientes domésticos e não-domésticos, relacionada aos efeitos traumáticos, futuras pesquisas poderão:

- a) Analisar, em períodos mais curtos, a influência da resiliência na proteção contra o desenvolvimento de perturbações mentais, pois a literatura aponta para a possibilidade de existir ‘períodos críticos’ durante o desenvolvimento humano em que as pessoas são mais vulneráveis às situações traumáticas, tornando-se mais propensas a desenvolverem transtornos mentais e, por outro lado, muitas transformações físicas, sociais e psicológicas ocorrem ao longo da infância e da adolescência, indicando a existência de subfases em cada uma dessas fases.
- b) Analisar a vulnerabilidade das mulheres em relação aos homens para desenvolver transtornos mentais quando expostas a todos os tipos de abusos infantis, e não somente o abuso sexual, como vem acontecendo com a maioria dos estudos.
- c) Avaliar a influência de fatores culturais, morais, religiosos, educacionais, econômicos psicológicos das famílias na prática de abusos infantis em ambientes domésticos.

8. ANEXOS

8.1 – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa 01 – Faculdade Santa Maria



FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
BR. 230, KM 504, Cristo Rei, CEP 58900-000
Cajazeiras – PB

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado *Características clínicas e sócio-demográficas de estudantes universitários da região Nordeste do Brasil expostos a experiências traumáticas*, do pesquisador Lucas de Castro Quarantini, foi aprovado, em reunião realizada no dia 16 de fevereiro de 2011, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria.

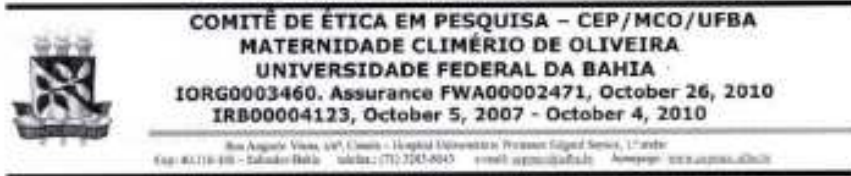
Cajazeiras – PB, 17 de fevereiro de 2011.


Joséilton Santos

Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa



8.2 – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa 02 – CEP/COM/UFBA




PARECER/RESOLUÇÃO ADITIVA N.º 227/2010

Para análise e deliberação deste Institucional o Doutor Lucas de Castro Quarantini, Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa “Características clínicas e socio-demográficas de universitários da região nordeste do Brasil expostos a experiências traumáticas”, posto sob pendência em 04 de novembro de 2010 pelo Parecer/Resolução nº 056/2010 deste Colegiado, apresentou, em 22 de novembro de 2010, os esclarecimentos satisfatórios, bem como o novo “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE). Ademais, notificou a este CEP que o referido Projeto foi contemplado com o Edital CNPq.

Inexistindo nos esclarecimentos prestados, assim como no “TCLE” conflito administrativo, processual e ético que contra-indiquem a conseqüente continuidade da pesquisa, ficam as mesmas **aprovadas** por esta Instância.

Salvador, 02 de dezembro de 2010


 Professor, Doutor, Eduardo Martins Netto
 Coordenador – CEP/MCO/UFBA

Observações importantes. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução Aditiva e nas “Recomendações Adicionais” apensa, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação** (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).

8.3 – Edital MCT/CNPq 14/2010 - Universal - Faixa B - Processo: 474869/2010-5

Data: Wed, 3 Nov 2010 21:14:35 -0200 (BRST)

De: CNPq <dpt@cnpq.br>

Reponder para: CNPq <dpt@cnpq.br>

Assunto: CNPq - Resultado do julgamento - [474869/2010-5] - Edital MCT/CNPq 14/2010 - Universal - Faixa B - De R\$ 20.000,01 a R\$ 50.000,00

Para: quarantini@pq.cnpq.br

Nome: Lucas de Castro Quarantini

Processo: 474869/2010-5

Projeto: EXPOSIÇÃO A EVENTOS TRAUMÁTICOS, IMPULSIVIDADE, PADRÃO DE RESILIÊNCIA E FREQUÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL.

Prezado (a) Senhor(a),

Comunicamos que, com base na recomendação do Comitê de Medicina e de acordo com o que estabelece o Edital MCT/CNPq 14/2010 - Universal - Faixa B - De R\$ 20.000,01 a R\$ 50.000,00, a Diretoria do CNPq aprovou a concessão de auxílio para o desenvolvimento do seu projeto, conforme discriminado abaixo:

Custeio: R\$ 30.572,00

Para a implementação do benefício é necessário preencher o Termo de Concessão e Aceitação que se encontra na página do CNPq, no endereço

<http://efomento.cnpq.br/efomento/termo?token=E5h10808W06721725145655751623536> e enviá-lo eletronicamente com a MÁXIMA BREVIDADE, clicando no botão "Enviar ao CNPq".

Atenciosamente,

Jose Oswaldo de Siqueira

Diretor de Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde

----- Finalizar mensagem encaminhada -----

8.4 – Carta de Aceite do Artigo nº 3: Clinical and sociodemographic characteristics of college students exposed to traumatic experiences: a census of seven college institutions in Northeastern Brazil

De: em.pone.0.35c563.1376b2ea@editorialmanager.com

[mailto:em.pone.0.35c563.1376b2ea@editorialmanager.com] **Em nome de** PLOS ONE

Enviada em: sexta-feira, 13 de setembro de 2013 14:49

Para: Liana R Netto

Assunto: PLOS ONE Decision: Accept [PONE-D-13-26496R1]

PONE-D-13-26496R1

Clinical and socio-demographic characteristics of college students exposed to traumatic experiences: a census of seven college institutions in Northeastern Brazil

PLOS ONE

Dear Mrs Netto,

I am pleased to inform you that your manuscript has been deemed suitable for publication in PLOS ONE.

Your manuscript will now be passed on to our Production staff, who will check your files for correct formatting and completeness. After this review, they may return your manuscript to you so that you can make necessary alterations requested by the Production staff.

Before uploading, you should check the PDF of your manuscript very closely. THERE IS NO AUTHOR PROOFING. You should therefore consider the corrected files you upload now as equivalent to a production proof. The text you supply at this point will be faithfully represented in your published manuscript exactly as you supply it. This is your last opportunity to correct any errors that are present in your manuscript files.

In addition, now that your manuscript has been accepted, please log into EM at <http://www.editorialmanager.com/pone>, click the "Update My Information" link at the top of the page, and update your user information to ensure an efficient production and billing process. If you have any questions about billing, please contact authorbilling@plos.org.

If you or your institution will be preparing press materials for this manuscript, you must inform our press team in advance. We no longer routinely supply publication dates to authors; if you need to know your paper's publication date for media purposes, you must coordinate with our press team. Your manuscript will remain under a strict press embargo until the publication date and time. For more information please contact onepress@plos.org.

Please contact one_production@plos.org if you have any other questions or concerns. Thank you for submitting your work to PLOS ONE.

With kind regards,
Jerson Laks, MD, PhD
Academic Editor
PLOS ONE

[Note: HTML markup is below. Please do not edit.]

Reviewers' comments:

None

8.5 – Carta de Aceite do Pôster “Clinical and sociodemographic profile of college students in the Brazilian Northeast exposed to traumatic experiences” no Human Factors in Crisis & Disasters Thematic Conference



**Human Factors in Crises and Disasters
Thematic Conference 2013**

Hosted by WPA

30 September–2 October 2013 | Melbourne, Australia

10 July 2013

Ref: 742

Mrs Liana Rodrigues Netto
UFBA
BRAZIL

E: lianetto@uol.com.br

Dear Mrs Rodrigues Netto

Confirmation required

I am writing with regards to your **poster presentation** submission for the **Human Factors in Crisis & Disasters Thematic Conference**, being held from 30 September to 2 October 2013 at the Melbourne Convention & Exhibition Centre, Melbourne, Australia.

At this time we have received no return correspondence from you to confirm if you will be accepting the invitation to participate in the program.

We urgently **require** your confirmation and should we not receive this by **COB 5 July 2012** your submission may be excluded from publication in the Asian Journal of Psychiatry.

We will contact you in due course to indicate which session it is scheduled in.

Paper details

Poster title:	Clinical and socio-demographic profile of college students in the Brazilian Northeast exposed to traumatic experiences
----------------------	--

Please note: If you have submitted multiple abstracts and they aren't all listed above, it means that some of them may be accepted for presentation in the program. You will receive a separate email if this is the case.

Confirmation of participation

Please confirm whether you are able to participate or otherwise via return email to the conference managers by **5 July 2013**.

At this time, please also notify the conference managers if any of your co-authors will co-present with you at the conference. If this is the case, please ensure a copy of this email is forwarded to your co-presenters.

Additional information regarding your participation as a poster presenter will be forwarded to you on confirmation of your attendance.

Conference registration

All presenters must pay to register for the Human Factors in Crisis & Disasters Thematic Conference. Only those whose registration has been received by **28 June 2013** together with their conference registration fee will be accepted into the final program.

To take advantage of the early bird registration rate, please do the following:

Secure online registration

Click on the following link to register securely online - this is a unique link for your personal registration only - do not pass it on to a third party (please note that this option is only available until 28 June 2013 – if you attempt to register after this time, you will not be able to access the early bird rate).

<https://ei.im.com.au/ei/getdemo.ei?id=639&s= 5801CR7XJ&key=3RH8NCAFM>

If you would like to discuss your participation, please contact me at the below details.

We look forward to your response.

Yours sincerley

Judy Kingston
Program Coordinator
WPA 2013

c/- MCI Australia
T: +61 7 3858 5400 (Program Coordinator)
F: +61 3 9320 8699
E: program@wpathematicconference.org

Page 2 of 2

file://D:\Users\emma.wall\AppData\Local\Temp\5\TU0VUF5P.HTM

8.6 – Carta de Aceite do Pôster "Clinical and Sociodemographic Characteristics of College Students in the Northeast of Brazil Exposed to Traumatic Experiences: A Prevalence Census Study Protocol" no 21st European Congress of Psychiatry

De: EPA 2013 [mailto:epa2013@abstractserver.com]

Enviada em: quinta-feira, 24 de janeiro de 2013 12:57

Para: lianetto@uol.com.br

Cc: lianetto@yahoo.com.br; kamirandas@yahoo.com.br

Assunto: EPA2013 - Poster Scheduling Notification A-495-0048-02017

Prioridade: Alta

**Abstract Presentation Notification
21st European Congress of Psychiatry
Nice, France, 6-9 April 2013**

Dear Liana Netto,

We thank you for your interest in the forthcoming 21st European Congress of Psychiatry, organised in Nice, France, 6-9 April 2013.

On behalf of the Scientific Programme Committee (SPC), we are pleased to inform you that your abstract A-495-0048-02017 entitled "**CLINICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF COLLEGE STUDENTS IN THE NORTHEAST OF BRAZIL EXPOSED TO TRAUMATIC EXPERIENCES: A PREVALENCE CENSUS STUDY PROTOCOL**" has been accepted for **POSTER PRESENTATION** at the EPA2013.

Instructions on how to prepare posters can be found on the congress website at this direct link: http://www2.kenes.com/epa/sci/Pages/Information_Presenters.aspx

Please be sure to keep to these specifications.

Your poster should be displayed as per the poster board number in the Final Programme that you will receive at the Congress. Your poster is scheduled for presentation as follows:

Session Date: **09.04.2013**

Session Time: **08:00-18:00**

Posters may be mounted from the start of sessions on the date of presentation and must be removed at the conclusion of sessions the same day. Authors are requested to stand next to their poster boards during the coffee breaks and lunch breaks.

CONFIRMATION OF ATTENDANCE AND REGISTRATION TO THE CONGRESS

The presenting author *Karine Pettersen* must confirm his/her attendance and register for the Congress.

1. If you have not already registered and paid your registration fees you are requested to do so online via the registration link: <http://www2.kenes.com/epa/reg/Pages/reg.htm>

Only abstracts of participants who have registered and paid their registration fees by 20 February 2013 will be published in the Congress Final Programme and in an electronic

supplement of EUROPEAN PSYCHIATRY, the official Journal of the European Psychiatric Association published by Elsevier.

1. We also encourage you to book your accommodation promptly, as availability may be limited in some hotels. Click on <http://www2.kenes.com/epa/acc/Pages/HotelAccommodation.aspx> for more information on available hotels for the Congress.

Please do visit the congress website regularly at <http://www.epa-congress.org/> for any updates or changes to the Scientific Programme.

FURTHER INFORMATION

For technical questions regarding your abstract submission please contact Epa2013@abstractserver.com.

For all other queries, please contact the secretariat at epa@kenes.com.

We do hope that you will be joining us in Nice for what promises to be a very stimulating and enjoyable Congress.

Yours sincerely,
Prof. Danuta Wasserman
EPA President
SPC Chair, EPA 2013 Nice Congress

Prof. Patrice Boyer,
EPA Past President

Prof. Philippe Courtet
Local Organising Committee (LOC) Chair, EPA 2013 Nice Congress

8.7 – Pôster "Clinical and Sociodemographic Characteristics of College Students Exposed to Traumatic Experiences in the Brazilian Northeast: A Prevalence Census Study Protocol"



Clinical and Socio-demographic Characteristics of College Students Exposed to Traumatic Experiences in the Brazilian Northeast : A Prevalence Census Study Protocol



Author(s):

L.R. Netto¹, L.D.C. Quarantini¹, J.L. Pereira¹, J.R. Feitosa², K.M. Pettersen¹, A. Duarte¹, A. Loureiro¹, D. Mundim¹, R. Santana¹, I. Albuquerque¹, R. Barbosa¹

Affiliations::

¹Bahian Federal College of Medicine, BA, Brazil

²Campina Grande Federal College, Cajazeiras, PB, Brazil

Abstract

Background: Epidemiologic studies show that most of the adult population will be exposed to at least one potentially traumatic event in his life course; adolescence and early adulthood are the most vulnerable period of life for exposure to traumatic experiences (70% of their deaths are due to external causes). The Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is characterized by the development of dysfunctional symptoms that cause distress or social, academic and occupational impairment, and results from exposure to a stressor. There is no consensus in the literature, however, about why some individuals experience PTSD after traumatic events and not others. The aim of this multicentre study is to describe the clinical and socio-demographic characteristics, and the academic performance, of college students population in the Northeast of Brazil, identifying traumatic experiences exposure patterns, and investigating the influence of impulsivity in the development of a specific psychiatric disorder (PTSD) as well as the impact of early traumatic experiences in vulnerability or resilience in this population.

Methods/design: 2282 subjects completed the one phase censitary protocol between April and July 2011 of seven college institutions in three metropolitan regions of the Brazilian Northeast (NE), providing a representative sample of public and private college institutions, aiming to cover different academic areas (exact sciences /technology, biological /health sciences, humanities /arts). All students age 18 or older, enrolled and attending the first and last theoretical semester of coursework were eligible, and accessed by previously trained researchers. The self applied protocol consisted of socio-demographic questionnaire and validated to Portuguese scales (Trauma history questionnaire- THQ, PTSD scale- PCL-C, and Impulsivity Scale BIS-11). Data were entered into SPSS version 15.0. Prevalence Ratio and Logistic Regression technique will be used to analyze the association between dependent and independent variables of the study, that was approved by local Institutional Review Board.

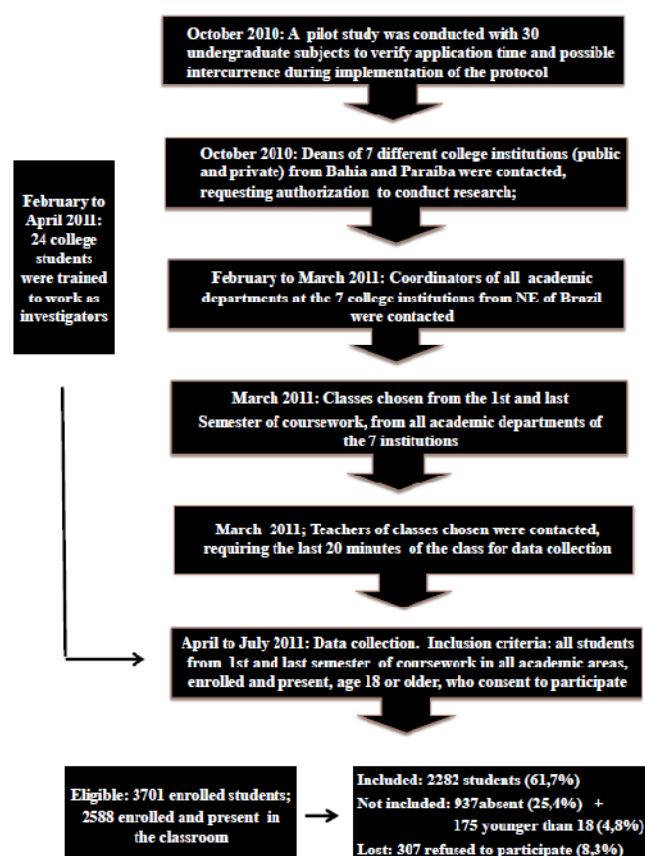
Discussion: The results may have important clinical and public health implications, studying a significant segment of Brazilian society that has been poorly investigated, and deepening the understanding about the ways impulsivity affects young individuals, usually a population at risk for violence and impulsive behavior.

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflicts of interest. The funding for the study came from the Edital Universal MCT/CNPq 14/2010, codified 474869/2010-5

Key Words: Trauma, PTSD, Impulsivity, College Students

References:

RIBEIRO W.S. ET AL., Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Suppl II):S49-57;
CASADA J. H AND ROACHE J. D. Behavioral Inhibition and Activation in Posttraumatic Stress Disorder. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(2) 102-109;
HEIM C., NEMEROFF C. B. Neurobiology of PTSD. *CNS Spectr* 14:1 (Suppl 1) pg 13-24, 2009.



8.8 – Poster: "Impacto de experiências traumáticas e do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) no desempenho acadêmico de estudantes universitários da Região Nordeste do Brasil" – IX Congresso Brasileiro de Psicopedagogia; I Simpósio de Neurociências, Saúde Mental e Educação



IX Congresso Brasileiro
de Psicopedagogia - ABPp

I Simpósio Internacional de Neurociências,
Saúde Mental e Educação - CEPP

DE 5 A 8 DE JULHO DE 2012 - SÃO PAULO

Resumo dos Trabalhos

CATEGORIAS ORAL E PÔSTER

REALIZAÇÃO



ABPp - Associação Brasileira de Psicopedagogia



FAPeG - Faculdade de Psicologia/Unifesp

Centro de Estudos
Paulista de Psiquiatria



CEPP/Psiquiatria/Unifesp

PARCERIA



UNP - Universidade Nove de Julho

ORGANIZAÇÃO



ARTE - Associação de Arte

e dos professores que também recebem orientações mensais de como atuar dentro e fora das salas de aula.

Tema: Saúde Mental e Escola

Título: Impacto de experiências traumáticas e do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) no desempenho acadêmico de estudantes universitários da Região Nordeste do Brasil

Autor: Juliana Laranjeira Pereira dos Santos
Coautores: Liana R. Netto; José Rômulo Feitosa;
 Deivson F. Mundim; Rejane C. Santana;
 Lílian Verena S. Carvalho; Susan Carvalho;
 Reinilza Nunes; Wesley Batista;
 Lucas C. Quarantini

RESUMO

Estudos voltados para a investigação de experiências traumáticas em alunos universitários ainda são escassos no Brasil, assim como a consequente repercussão que a violência pode ter no desempenho acadêmico desses indivíduos. Dessa maneira, surgiu o interesse em se realizar uma pesquisa com a referida população, avaliando a exposição a eventos traumáticos durante a graduação, mas, principalmente, objetivando mensurar o impacto que tais eventos, prévios e durante o curso universitário terão no desempenho acadêmico formal. Os trabalhos identificados na literatura investigando estudantes universitários conduzidos no Brasil são, em sua grande maioria, relacionados ao desempenho da leitura e escrita. Identificamos, entretanto, farta literatura referente ao tema em outros países, não somente com as temáticas citadas anteriormente, como também, referente a tipos de violências sofridas e perpetradas entre graduandos, diferenciando-os entre os gêneros. Os graduandos, em sua maioria, se encontraram na fase da adolescência e início da vida adulta. Estes são períodos de maior vulnerabilidade às experiências traumáticas. As causas externas são responsáveis por cerca de 70% dos óbitos de adolescentes (68,43% entre 10 e 19 anos) e adultos jovens (70,41% entre 20 e 29 anos). Diante desse contexto, esbarramos em um hiato no que concerne ao desenvolvimento do TEPT nos estudantes universitários e suas possíveis consequências e comorbidades na vida acadêmica

dos mesmos. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo principal determinar o impacto de experiências traumáticas no desempenho acadêmico entre as diferentes áreas de formação acadêmica (Exatas, Biológicas/Saúde, Humanas/ Artísticas) a partir de um estudo censitário conduzido em três áreas metropolitanas do NE brasileiro. Todos os alunos com idade igual ou superior a 18 anos do primeiro e último semestre de seis instituições de ensino superior da região NE do Brasil (Salvador-BA, Feira de Santana-BA, Cajazeiras-PB) foram escolhidas para prover uma amostra demográfica diversificada (incluindo universidades de caráter público e privado). Os estudantes matriculados, de todos os cursos de graduação, no primeiro e último semestres teóricos, e presentes em sala de aula, e que consentiram em participar do estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram solicitados a preencher o protocolo. Os instrumentos usados para a coleta foram: Questionário sociodemográfico; Questionário de história de trauma (THQ); PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) e a Escala de Impulsividade de Barratt (BIS 11). Antes de utilizarmos o protocolo com os estudantes, realizamos um estudo piloto, no qual o instrumento foi aplicado em uma amostra para fins de determinação de parâmetros de tempo de aplicação dos instrumentos de avaliação e identificação de possíveis dificuldades no fluxo de investigação. Os dados estão sendo inseridos no SPSS, versão 15.0. Após encerrada esta etapa, será realizada análise de associação entre as variáveis dependentes e independentes. A Razão de Prevalência (RP) será utilizada para medir as associações entre as variáveis estudadas. O número total de protocolos preenchidos foi de 2282. Destes, 36,6% dos estudantes são da universidade pública estadual, 25,1% das instituições federais e 38,3% de instituições particulares. Encontravam-se matriculados no primeiro semestre 56,9% dos alunos e no último semestre teórico 43,1%. Até o momento, esses são dados descritivos possíveis de serem apresentados. Apesar dos dados serem incipientes, reconhecemos a importância da pesquisa para conhecermos o desempenho acadêmico de universitários para possíveis intervenções. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local e conta com financiamento do Edital Universal 2010 do CNPq.

9. APÊNDICES

9.1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
MEDICINA E SAÚDE**

Rua Augusto Viana, s/nº, 5º andar, Canela
Cep.: 40110-160 Salvador, Bahia

COLABORADORES



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE UNIVERSITÁRIOS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL EXPOSTOS A EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário em uma pesquisa que avalia a exposição a eventos traumáticos em estudantes universitários. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma e pode desistir a qualquer momento.

1. Qual o objetivo desta pesquisa?

Investigar uma possível mediação da impulsividade e dos fatores de resiliência entre a exposição a eventos traumáticos e o desenvolvimento de estresse pós-traumático, bem como a sua influência no rendimento acadêmico de estudantes universitários da Região Nordeste do Brasil.

2. Quais os critérios para participar?

Você deve ter idade igual ou maior que 18 anos e precisa ser aluno matriculado em um curso de graduação desta Instituição.

3. O que acontecerá neste estudo?

A avaliação citada acima será realizada através da aplicação de questionários auto-aplicáveis com duração aproximada de 20 minutos. A mesma será entregue a você e, depois de respondida, deverá ser devolvida e lacrada em um envelope, sem identificação.

4. Quais as implicações em participar deste estudo?

Este Projeto não oferece qualquer tipo de risco para os participantes. A sua colaboração neste estudo poderá proporcionar, no âmbito pessoal e no âmbito coletivo, a compreensão das vivências traumáticas no ser humano, permitindo benefícios futuros para si e para as outras pessoas.

Se posteriormente você desejar receber um atendimento clínico com base nas questões tratadas nos questionários, você pode recorrer a um dos endereços descritos ao final deste termo. Todas as instituições abaixo listadas integram o Sistema Único de Saúde e, portanto, garantem a gratuidade do atendimento clínico, respeitando, contudo, regras e disponibilidade interna.

5. Quais os inconvenientes em participar deste estudo?

Este projeto não acarretará gastos para você, nem haverá qualquer tipo de benefício financeiro para que você participe dele. Os Pesquisadores envolvidos também não serão remunerados.

6. Quais as garantias ao participar deste Estudo?

Suas informações serão tratadas confidencialmente e o consentimento, contendo seu nome, será arquivado de maneira independente dos seus dados gerais. Os resultados deste estudo poderão ser enviados para publicação em jornais científicos, mas você não será identificado por nome.

7. **Esclarecimentos.**

Em caso de dúvidas você pode falar com qualquer um dos pesquisadores: Lucas Quarantini, Juliana Laranjeira e Liana Netto no Ambulatório Magalhães Neto, anexo do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos pelo tel.: (71) 3283-8381, todas as segundas-feiras à tarde, e com o pesquisador José Rômulo, no Centro de Formação de Professores/UFCEG, pelo tel.: (83) 3532-2000, Unidade Acadêmica de Educação. Se houver dúvidas quanto aos seus direitos como participante, as pessoas de Salvador e Feira de Santana devem contatar o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira pelo tel.: (71) 3283-8043 ou no endereço: Rua Augusto Viana, s/nº, no 1º andar do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos; e as pessoas de Cajazeiras, devem contatar o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria pelo tel.: (83) 3531-1365 ou no endereço: Rodovia BR, 230 – S/N, 58900-000 – Cajazeiras - PB.

CONSENTIMENTO

Eu (nome completo) _____,
 RG _____, abaixo assinado, maior de 18
 anos, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e
 esclarecido pelo Pesquisador _____
 sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos.

Assinatura do participante: _____
 Local e data: _____

Assinatura do Pesquisador: _____
 Local e data: _____

Instituições e Serviços públicos de Saúde Mental:

CIDADE	UNIDADE	FONE (S)
Salvador-BA	CAPS II Águas Claras	(71) 3395-1876 e 3309-9641
Salvador-BA	CAPS II Rio Vermelho	(71) 3611-3916
Salvador-BA	CAPS II Eng. Velho de Brotas	(71) 3611-2956 e 3611-2952
Salvador-BA	CAPS II Caminho de Areia	(71) 3611-6584 e 3611-6585
Salvador-BA	CAPS I Alto de Coutos	(71) 3521- 4706 e 3521-4707
Salvador-BA	CAPSad Pernambués	(71) 3116-4699 e 3116-4617
Salvador-BA	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos	(71) 3283-8381
Feira de Santana-BA	CAPS	(75) 3614-6595
Feira de Santana-BA	CAPSad	(75) 3625-3378
Cajazeiras – PB	CAPS de Cajazeiras	(83) 3531-7066
Cajazeiras – PB	CAPSad Cajazeiras	(83) 3531-4399

9.2 – Protocolo de Pesquisa

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL EXPOSTOS A EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS	
<i>Suas informações serão mantidas em sigilo absoluto; durante a análise dos dados nem você e nem a sua instituição poderão ser identificados.</i>	
Somos gratos por sua participação!	
SE VOCÊ NÃO TIVER CERTEZA DE ALGUMA RESPOSTA, RESPONDA O MAIS APROXIMADAMENTE POSSÍVEL.	
1 - Cidade onde morava antes de entrar na faculdade:	UF:
2 - Data de nascimento: ____/____/____	3 - Sexo: () Feminino () Masculino
4 - Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)	
5 - Curso para o qual foi aprovado:	6 - Semestre que está cursando:
7 - Qual sua classificação neste vestibular?	
8 - Repetiu algum ano durante a escola? () Não () Sim Se sim, quantas vezes?	
9 - Nível educacional dos pais: Pai: () 1º Grau () 2º Grau () Graduado () Pós-graduado Mãe: () 1º Grau () 2º Grau () Graduado () Pós-graduado	
10 - Qual o valor que mais se aproxima da sua renda familiar? () +R\$ 13.680,00 () R\$ 8.930,00 () R\$ 4.408,00 () R\$ 912,00 () R\$ 608,00 () R\$ 342,00 () não sei/ não quero informar	
11 - Seus pais são separados? () Não () Sim Em caso afirmativo, há quanto tempo?	
12 - No seu curso de graduação, qual sua média de notas recebida no semestre anterior? Obs: O mais aproximado possível. () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () Não se aplica	

AS PERGUNTAS A SEGUIR (13 A 42) REFEREM-SE ÀS FORMAS DE AGIR E PENSAR. NÃO EXISTE RESPOSTA CERTA OU ERRADA, POIS CADA PESSOA TEM SUAS PRÓPRIAS MANEIRAS. MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA PARA CADA QUESTÃO: AQUELA QUE ESTIVER MAIS FORTE EM SEU PENSAMENTO.				
FORMAS DE AGIR E PENSAR	Raramente/ nunca	Às vezes	Frequen- temente	Sempre ou quase sempre
13 - Eu planejo tarefas cuidadosamente	()	()	()	()
14 - Eu faço coisas sem pensar	()	()	()	()
15 - Eu tomo decisões rapidamente	()	()	()	()
16 - Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado")	()	()	()	()
17 - Eu não presto atenção	()	()	()	()
18 - Eu tenho pensamentos que se atropelam	()	()	()	()
19 - Eu planejo viagens com bastante antecedência	()	()	()	()
20 - Eu tenho autocontrole	()	()	()	()
21 - Eu me concentro facilmente	()	()	()	()
22 - Eu economizo (poupo) regularmente	()	()	()	()
23 - Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	()	()	()	()
24 - Eu penso nas coisas com cuidado	()	()	()	()
25 - Eu faço planos para me manter no emprego(eu cuido para não perder meu emprego)	()	()	()	()
26 - Eu falo coisas sem pensar	()	()	()	()
27 - Eu gosto de pensar em problemas complexos	()	()	()	()
28 - Eu troco de emprego	()	()	()	()
29 - Eu ajo por impulso	()	()	()	()
30 - Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente	()	()	()	()
31 - Eu ajo no "calor" do momento	()	()	()	()
32 - Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada")	()	()	()	()
33 - Eu troco de casa (residência)	()	()	()	()
34 - Eu compro coisas por impulso	()	()	()	()
35 - Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez	()	()	()	()

FORMAS DE AGIR E PENSAR	Raramente/ nunca	Às vezes	Frequen- tamente	Sempre ou quase sempre
36 - Eu troco de interesses e passatempos ("hobby")	()	()	()	()
37 - Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho	()	()	()	()
38 - Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo	()	()	()	()
39 - Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro	()	()	()	()
40 - Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas	()	()	()	()
41 - Eu gosto de jogos e desafios mentais	()	()	()	()
42 - Eu me preparo para o futuro	()	()	()	()

A SÉRIE DE PERGUNTAS A SEGUIR (43 A 66) DIZ RESPEITO A EVENTOS GRAVES OU TRAUMÁTICOS DURANTE A VIDA. PARA CADA EVENTO QUE VOCÊ RESPONDER "SIM", POR FAVOR, PREENCHA OS QUADROS À DIREITA.

LEMBRE-SE: SE NÃO TIVER CERTEZA DE ALGUMA RESPOSTA, RESPONDA O MAIS APROXIMADAMENTE POSSÍVEL.

EVENTOS RELACIONADOS A CRIME			Em caso afirmativo	
	Não	Sim	nº de vezes	Idade aproximada
43 - Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto?	()	()		
44 - Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)?	()	()		
45 - Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá?	()	()		
46 - Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você estava lá?	()	()		

DESASTRES EM GERAL E TRAUMA			Em caso afirmativo		
	Não	Sim	Especificar	nº de vezes	Idade aproximada
47 - Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar?	()	()	acidente:		
48 - você já passou por algum desastre natural, do tipo deslizamento de terra, enchente, tempestade, terremoto, etc., durante o qual você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?	()	()	desastre:		
49 - Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem, desmoronamento de um prédio, assalto a banco, incêndio, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?	()	()	desastre:		
50 - Você já foi exposto(a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?	()	()	tipo:		
51 - Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido(a)?	()	()	tipo:		
52 - Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque poderia ter sido morto(a) ou gravemente ferido(a)?	()	()	tipo:		

DESASTRES EM GERAL E TRAUMA			Em caso afirmativo		
			Especificar	nº de vezes	Idade aproximada
53 - Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto?	Não ()	Sim ()	quem:		
54 - Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo?	Não ()	Sim ()	quem:		
55 - Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado?	Não ()	Sim ()	quem:		
56 - Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro(a) (namorado(a) ou filh(a)?)	Não ()	Sim ()	quem:		
57 - Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida?	Não ()	Sim ()	qual:		
58 - Você já recebeu a notícia de que alguém próximo a você foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu de forma inesperada?	Não ()	Sim ()	quem:		
59 - Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial?	Não ()	Sim ()	tipo:		

EXPERIÊNCIAS FÍSICAS E SEXUAIS			Em caso afirmativo				
			Quem foi a pessoa? <i>(Ex. abaixo)</i>	Esta experiência repetiu-se		Quantas vezes	Idade(s) aproxim.(s)
60 - Alguém já o(a) abrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade?	Não ()	Sim ()		Não ()	Sim ()		
61 - Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o(a) obrigou a tocar nas dele(a), sob força ou ameaça?	Não ()	Sim ()		Não ()	Sim ()		
62 - Além dos incidentes mencionados nas questões 60 e 61, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo(a) a ter contato sexual contra a sua vontade?	Não ()	Sim ()		Não ()	Sim ()		
63 - Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o(a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?	Não ()	Sim ()		Não ()	Sim ()		
64 - Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o(a) atacou desarmado e o(a) feriu gravemente?	Não ()	Sim ()		Não ()	Sim ()		
65 - Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?	Não ()	Sim ()		Não ()	Sim ()		

(Quem foi a pessoa? Exemplo: estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão ou outro)

OUTROS EVENTOS			Em caso afirmativo				
			Qual tipo de evento?	Esta experiência repetiu-se		Quantas vezes	Idade(s) aproxim.(s)
66 - Você já passou por alguma outra situação ou evento extraordinariamente traumáticos que não foram abordados nas questões acima?	Não ()	Sim ()		Não ()	Sim ()		

DENTRE AS PERGUNTAS ANTERIORES (43 A 66), CIRCULE A EXPERIÊNCIA QUE VOCÊ CONSIDERA DE MAIOR GRAVIDADE. CIRCULE O NÚMERO.

ABAIXO, HÁ UMA LISTA DE PROBLEMAS E DE QUEIXAS QUE AS PESSOAS ÀS VEZES APRESENTAM COMO UMA REAÇÃO A SITUAÇÕES DE VIDA TRAUMÁTICAS. CONSIDERANDO O ITEM QUE VOCÊ CIRCULOU ANTERIORMENTE COMO SENDO O DE MAIOR GRAVIDADE, NA SÉRIE DE PERGUNTAS A SEGUIR (67 a 83), INDIQUE O QUANTO VOCÊ FOI INCOMODADO NO ÚLTIMO MÊS.

Por favor, marque: (1 para 'nada'), (2 para 'um pouco'), (3 para 'médio'), (4 para 'bastante') e (5 para 'muito').

PROBLEMAS/QUEIXAS	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
67 - Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
68 - Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante no passado?	1	2	3	4	5
69 - De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
70 - Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
71 - Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
72 - Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
73 - Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
74 - Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
75 - Perda de interesse nas atividades que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
76 - Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	1	2	3	4	5
77 - Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
78 - Sentir-se como se você não tivesse expectativas para o futuro?	1	2	3	4	5
79 - Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	1	2	3	4	5
80 - Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	1	2	3	4	5
81 - Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
82 - Estar 'superalerta', vigilante ou 'em guarda'?	1	2	3	4	5
83 - Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	1	2	3	4	5

VOCÊ LEMBRA COM FREQUÊNCIA, DE ALGUM(S) DOS EVENTOS LISTADOS A SEGUIR (PERGUNTAS 84 A 86) OCORRIDOS EM SUA CASA, DURANTE A SUA INFÂNCIA, PUBERDADE OU ADOLESCÊNCIA? PARA CADA RESPOSTA AFIRMATIVA, COMPLETE OS QUADROS À DIREITA.

DESASTRES EM GERAL E TRAUMA			Grau de parentesco	nº de vezes	Idade aproximada
84 - Alguém costumava lhe tratar com expressões que faziam você se sentir desprezado ou humilhado?	Não ()	Sim ()			
85 - Alguém costumava exigir que você executasse tarefas, as quais você achava que estavam além das suas condições de realizá-las?	Não ()	Sim ()			
86 - Alguém costumava ameaça-lo(a) dizendo que poderia abandona-lo(a) ou mata-lo(a)?	Não ()	Sim ()			

POR FAVOR, RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO, E COMPLETE AS RESPOSTAS DA QUESTÃO 87, CASO TENHA ASSINALADO ALGUM ITEM.

87 - Dentre as substâncias listadas abaixo, assinale quais as que você usou ou faz uso atualmente. Para cada item assinalado, complete as respostas que seguem:						
() Álcool	Qual a idade aproximada que usou pela primeira vez? (Não simplesmente provar no copo) _____ anos Qual a frequência de uso: () diário () semanal () mensal () às vezes					
() Cigarro	Qual a idade aproximada que usou pela primeira vez? _____ anos Qual a frequência de uso: () diário () semanal () mensal () às vezes					
() Inalantes (lança-perfume)	Qual a idade aproximada que usou pela primeira vez? _____ anos Qual a frequência de uso: () diário () semanal () mensal () às vezes					
() Maconha	Qual a idade aproximada que usou pela primeira vez? _____ anos Qual a frequência de uso: () diário () semanal () mensal () às vezes					
() Ecstasy/LSD	Qual a idade aproximada que usou pela primeira vez? _____ anos Qual a frequência de uso: () diário () semanal () mensal () às vezes					
() Cocaína	Qual a idade aproximada que usou pela primeira vez? _____ anos Qual a frequência de uso: () diário () semanal () mensal () às vezes					
() Crack	Qual a idade aproximada que usou pela primeira vez? _____ anos Qual a frequência de uso: () diário () semanal () mensal () às vezes					
88 - Pense em todas as vezes que você usou bebida alcoólica nos últimos 12 meses. Quantos copos em média você bebeu nessas ocasiões? _____						
89 - Nos últimos 12 meses quantas vezes você ficou bêbado ou "muito alto" por álcool?						
() Nenhuma	() 1 ou 2 vezes	() Entre 2 e 11 vezes				
() 1 vez por mês	() 2 a 3 vezes por mês	() 1 ou 2 vezes por semana				
() 3 a 5 vezes por semana	() Todos ou quase todos os dias	() Não sei				
() Me recuso a responder						
90 - Você já fez algo por estar bebendo que se arrependeu depois? () Não () Sim						
Se sim, quantas vezes? () 01 () 02 () 03 a 04 () 05 ou + () não sei () me recuso a responder						
91 - Você já se envolveu em luta física, acidente de carro, ou outras situações com conseqüências negativas por estar bebendo? () Não () Sim						
Se sim, quantas vezes? () 01 () 02 () 03 a 04 () 05 ou + () não sei () me recuso a responder						
92 - Você já transou sem camisinha (preservativo) em relações sexuais com parceiros não estáveis (que você tenha conhecido recentemente)? () Não () Sim						
93 - Ao longo da sua vida, você já pensou seriamente alguma vez em cometer suicídio?						
() Não	() Sim	() não sei	() me recuso a responder			
94 - Ao longo da sua vida, quantas vezes você já tentou, de fato, cometer suicídio?						
() nenhuma	() 01	() 02	() 03 a 04	() 05 ou +	() não sei	() me recuso a responder

9.3 – Formulário: Dados textos artigo de revisão

Título do Artigo	
Ano	
Autor (es)	
Periódico	
Indexação	
Local do estudo	
Objetivo	
Tipo de estudo	
População/Amostra	
Instrumento (s) de coleta	
Estatística	
Exposição (tipo)	
Padrão de efeito	
Conclusões	
Sugestões	
Outras informações	