



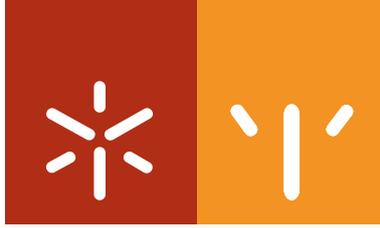
Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Débora Manuela Teixeira Monteiro

**Experiências de vida positivas em jovens
com história de maltrato: Resiliência e
Estabilidade dos Relatos**

junho de 2014



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Débora Manuela Teixeira Monteiro

**Experiências de vida positivas em jovens
com história de maltrato: Resiliência e
Estabilidade dos Relatos**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob orientação da
Doutora Ângela Rosa Pinho da Costa Maia

e co-orientação do
Doutor Ricardo José Martins Pinto

junho de 2014

Nome: Débora Manuela Teixeira Monteiro

Endereço eletrónico: deboramonteiro14@hotmail.com

Nº cartão do cidadão: 13922954 **Validade:** 15-06-2017

Título da Dissertação de Mestrado:

Experiências de vida positivas em jovens com história de maltrato: Resiliência e Estabilidade dos Relatos

Orientadora:

Doutora Ângela Rosa Pinho da Costa Maia

Co-Orientador:

Doutor Ricardo José Martins Pinto

Ano de conclusão: 2014

Designação do Mestrado:

Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, __/ __/ __

Assinatura: _____

ÍNDICE

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract	vi
Introdução.....	1
Método	5
Participantes.....	5
Medidas	6
Procedimentos	7
Análise de Dados	8
Resultados	9
Experiências positivas relatadas pelo grupo sinalizado e pelo grupo não sinalizado.....	9
Experiências positivas e o funcionamento atual em termos de saúde física, psicológica e comportamentos de risco	11
Resiliência	13
Consistência no relato das experiências positivas	15
Discussão e Conclusão	16
Referências Bibliográficas	20

Agradecimentos

Primeiramente agradeço à Doutora Ângela Maia e ao Doutor Ricardo Pinto por toda a orientação, disponibilidade, críticas e indispensável apoio que me foram dando ao longo deste percurso e a quem muito tenho de agradecer.

O meu agradecimento especial é direcionado às pessoas que diariamente me apoiam de forma incondicional: à minha família. Em especial, aos meus pais, a quem agradeço o amor que diariamente me dão e por terem feito que tudo isto fosse possível; a eles lhe devo tudo. À minha irmã, que apesar da distancia, está sempre presente e me dá as melhores palavras de apoio. Ao meu irmão agradeço pelos momentos de divertimento e todo o apoio, expresso ou em silêncio.

Agradeço do fundo do coração ao meu namorado, Ricardo, por todo o apoio permanente, paciência e carinho com que suportou todas as minhas horas de maior *stress*. Agradeço do mundo do coração por tudo o que esse companheirismo representa e que não precisa de traduzir-se em palavras.

Às minhas colegas, Rita Lopes, Ana Amaro, Vânia Ferreira e Joana Leite, agradeço pela amizade, apoio e motivação, e, essencialmente, por todos os momentos de diversão.

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração destas pessoas. A todas elas o meu muito obrigada.

Experiências Positivas em Jovens com História de Maltrato: Resiliência e Estabilidade dos Relatos

Resumo

O presente estudo teve como principais objetivos examinar as experiências de vida positivas associadas a trajetórias desenvolvimentais resilientes em jovens sinalizados por maltrato na infância, e a avaliação da fidelidade temporal dos autorrelatos de experiências positivas. Estes objetivos foram desenvolvidos atendendo à pouca exploração de experiências positivas na infância junto de vítimas de maus-tratos, bem como à reduzida literatura que se foca na avaliação da estabilidade temporal dos autorrelatos retrospectivos de experiências positivas. O estudo incluiu 136 jovens que foram sinalizados na infância como vítimas de maltrato e um grupo de comparação de 91 jovens não sinalizado por maltrato. Os resultados indicam que o grupo de comparação relata mais experiências positivas do que o grupo maltratado. Cerca de 14% do grupo sinalizado foi considerado resiliente. Cinco experiências positivas relacionadas com o ambiente familiar foram associadas com o resultado da resiliência. A consistência dos relatos das experiências positivas teve ICCs entre .39 e .76. Estes resultados têm implicações na compreensão da resiliência e sugerem que os relatos retrospectivos de experiências positivas podem ser considerados uma medida fiável.

Palavras-chave: maus-tratos na infância, experiências positivas, resiliência, autorrelatos retrospectivos, fidelidade.

Positive Experiences among Youths with Documented History of Maltreatment: Resilience and Stability of Reports

Abstract

The main aims of the present study were to examine positive life experiences associated with resilient developmental pathways in a group signaled by abuse in childhood and the evaluation of the reliability of self-reports of positive experiences. These aims were developed considering the little exploration of positive childhood experiences within victims of maltreatment and lack of literature that focuses on the evaluation of the stability of retrospective self-reports of positive experiences. The study included 136 youths who have been identified as victims of maltreatment and a comparison group of 91 youths who was not identified. The results revealed that the comparison group reported more positive experiences than the identified youths. About 14% of the identified group was considered resilient. Five positive experiences related with the family environment were associated with the outcome of resilience. The consistency of reports of positive experiences, using ICCs, ranged from .39 to .76. These results have implications in understanding the resilience and suggest that retrospective reports of positive experiences can be considered a reliable measure.

Keywords: childhood maltreatment, positive experiences, resilience, retrospective self-reports, reliability.

Experiências Positivas em Jovens com História de Maltrato: Resiliência e Estabilidade dos Relatos

Os maus-tratos nos primeiros anos de vida existem desde os primórdios dos seres humanos, no entanto, só foram reconhecidos como sendo um problema global de saúde pública e social entre os anos 50 e 60 do século XX. Existem várias conceptualizações dos maus-tratos na infância, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1999) os define como formas de negligência, maltrato físico, sexual ou emocional no contexto de uma relação de poder, tendo como consequência danos para a saúde ou desenvolvimento da criança.

Em termos de prevalência, segundo a OMS (1999) existem 40.000.000 de crianças vítimas de abuso e negligência e quanto à prevalência dos diferentes tipos de maltrato, a negligência parece ser alvo de maior ocorrência, sendo seguida pelo abuso físico, sexual e psicológico (National Data Archive on Child Abuse and Neglect, 2006). A prevalência dos maus-tratos na infância em Portugal não é fácil de conhecer, dado que vários estudos apresentam problemas de representatividade. Porém, a título de exemplo, o estudo de Figueiredo e colaboradores (2004) com adultos da comunidade verificou que 73% relatou ser vítima de maltrato durante a infância.

No que diz respeito ao impacto, a investigação tem vindo a reportar uma variedade de potenciais repercussões das experiências de maltrato no desenvolvimento das crianças/adolescentes, que dependem em larga medida do tipo de abuso, duração, frequência, presença, ou não, de múltiplos tipos de maltrato, incluindo-se o momento em que o maltrato ocorre do ponto de vista desenvolvimental. A longo-prazo, as vítimas de maltrato apresentam uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de problemas físicos (e.g., doenças cardiovasculares), mentais (e.g., baixa autoestima) e comportamentais (e.g., abuso de substâncias) quando comparadas com os seus pares não vítimas (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb, & Janson, 2009).

Apesar do elevado risco associado à vitimização na infância, alguns autores têm referido a existência de diversidade em termos de trajetórias desenvolvimentais (Rutter, 2007). Nem todos os indivíduos que foram vítimas de maus-tratos durante a infância experienciam posteriormente problemas ao nível físico, mental e/ou comportamental relacionados com a adversidade vivenciada. Estas diferentes trajetórias podem ser explicadas tendo em conta a presença de fatores protetores que contribuem para trajetórias desenvolvimentais mais ajustadas, ao diminuir ou amortecer o efeito da exposição à

adversidade. Deste modo, há crianças que exibem resultados que sugerem adaptação e podem ser consideradas resilientes (Flores, Cicchetti, & Rogosch, 2005).

Embora a literatura reconheça largamente o impacto do maltrato no desenvolvimento da criança/adolescente, esta tem dado menos atenção à exploração de fatores protetores que caracterizam as trajetórias desenvolvimentais resilientes em crianças maltratadas, em comparação aos resultados negativos. A investigação tem sido dificultada pelos problemas na definição, conceptualização, operacionalização e medida do constructo, visto não existir uma definição estandardizada do conceito de resiliência (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Rutter (2007) definiu-a como um resultado relativamente favorável que alguns indivíduos experienciam, apesar da presença de uma história de adversidade que poderia levar a sérias consequências. A resiliência não é considerada um traço fixo, dado que esta pode estar presente face a uma adversidade, mas não face a outras, ou mesmo considerando determinados resultados, em detrimento de outros (Rutter, 2007). Para além disso, a resiliência não implica a ausência de sofrimento ou sintomas, mas significa a capacidade para manter um nível de funcionamento global normativo face a uma situação de adversidade (Masten, 2001).

A literatura acerca da prevalência de resiliência junto de jovens maltratados aponta uma variedade de resultados, dado que a percentagem varia de acordo com a definição de resiliência utilizada, o momento de avaliação, as características dos participantes e tipologia de adversidade (Haskett, Nears, Ward, & McPherson, 2006). No entanto, torna-se claro que a proporção varia aproximadamente de 0 a pouco mais de 20% (e.g., Flores et al., 2005). Por exemplo, o estudo de McGloin & Widom (2001), que recorreu à metodologia prospetiva na avaliação da resiliência junto de adultos vítimas de maus-tratos na infância, resultou em 22% da amostra. Apesar de terem sido poucos os estudos que se focaram nas diferenças de género ao nível da resiliência (Afifi & MacMillan, 2011), dos estudos realizados, as mulheres, quando comparadas com os homens, satisfizeram com maior probabilidade os critérios de resiliência. Relativamente à comparação com os jovens não maltratados, a taxa de resiliência tende a ser inferior, como esperado, junto do grupo maltratado (McGloin & Widom, 2001).

Para compreender a resiliência entre pessoas com história de maltrato na infância é necessário focarmo-nos nos fatores protetores, uma vez que esta é promovida através destes e inibida pelos fatores de risco (Afifi & MacMillan, 2011). Para a conceptualização dos fatores protetores, recorrer-se-á ao modelo ecológico (Bronfenbrenner & Morris, 1998), que se foca na compreensão de como múltiplos fatores podem influenciar o desenvolvimento do indivíduo e os avalia tendo em conta três níveis: individual, familiar e comunitário. Segundo

Afifi & MacMillan (2011) e Pinto (2013), por exemplo, ao nível individual inclui-se o autocontrolo e satisfação com a vida; o nível familiar abrange desde o apoio de uma pessoa significativa até relações parentais positivas; e ao nível comunitário, os estudos apontam o apoio social e clima escolar positivo como estando associados a percursos resilientes por parte das vítimas. Para além destes fatores, o ter uma ligação com um animal de estimação parece promover a resiliência, tendo benefícios ao nível da saúde mental (Sable, 1995; Walsh, 2009).

O estudo de alguns destes e de outros fatores protetores têm dado origem a resultados contraditórios relativamente à resiliência em jovens maltratados. Por exemplo, o envolvimento em atividades extracurriculares estruturadas, no estudo de Egeland, Sroufe, & Erickson (1983) foi reportado que estava relacionado com a resiliência; enquanto no estudo de Perkins & Jones (2004) este tipo de envolvimento estava relacionado com taxas elevadas de delinquência. Perante estes resultados, é necessária a consideração do tipo de atividade extracurricular. A literatura acerca da prática do desporto coletivo, sugere que está relacionado com vários resultados positivos (Haskett et al., 2006), quer com resultados académicos positivos, mas também a um aumento no uso do álcool (Eccles & Barber, 1999).

Especificamente em relação às experiências de vida positivas, a sua exploração tem sido reduzida. Relativamente ao papel destas experiências na saúde, os resultados dos estudos não são unânimes. No estudo de Phillips e Stuifbergen (2008) níveis elevados de experiências positivas estiveram associados a uma menor sintomatologia depressiva e quanto maior o apoio social percebido, melhor a saúde mental. Já no estudo de Evans, Doyle, Hucklebridge, & Clow (1996) os resultados indicam que as experiências de vida positivas predizem a subsequente incidência da infeção nas vias respiratórias superiores.

Para além das questões do impacto das experiências de vida no funcionamento posterior, no estudo da relação entre experiências adversas na infância e funcionamento posterior, uma das questões metodológicas que tem surgido consiste na validade e fidelidade dos autorrelatos das experiências. Tem sido questionado se estes relatos fornecem uma imagem aproximada ao que realmente aconteceu no passado, isto é, se são válidos; bem como se são estáveis ao longo do tempo, ou seja, se são fiáveis. É de extrema importância conhecer o nível de fidelidade destes autorrelatos, dado que a maioria dos estudos sobre o maltrato na infância recorre a este tipo de relato (Dube, Williamson, Thompson, Felitti, & Anda, 2004).

Quanto à fidelidade dos relatos retrospectivos de experiências de vida positivas na infância, na revisão da literatura que realizamos verificamos que apenas dois estudos se focaram nesta questão. No estudo de Fernandes (2013) foi avaliada a consistência do autorrelato das experiências de vida positivas em 30 reclusos e os resultados obtidos foram

kappa global de .71 para as experiências anteriores à reclusão e kappa global de .61 para aquelas durante a reclusão. Por sua vez, no estudo de Hardt, Sidor, Bracko, & Egle (2006) a fidelidade dos relatos retrospectivos dos fatores protetores (e.g., “tive constantemente bons resultados escolares”) variou de .50 a .60.

Atendendo à pouca exploração de experiências de vida positivas na infância, promotoras de trajetórias desenvolvimentais resilientes junto de jovens com história documentada de maltrato, este estudo teve como objetivo geral explorar a relação entre as experiências positivas e resiliência em jovens maltratados na infância. De modo a atingir esse propósito estabelecemos como objetivos: (1) identificar as experiências positivas relatadas por jovens sinalizados e por um grupo de comparação e verificar as diferenças entre os dois grupos; (2) analisar o contributo das experiências positivas no funcionamento quer do grupo sinalizado, quer no grupo de comparação, uma vez que a inclusão deste segundo grupo permitirá testar quais as experiências que estão especificamente associadas a um melhor funcionamento junto das vítimas de maltrato; (3) identificar o grupo resiliente, verificar se existem diferenças ao nível do grupo (sinalizado vs de comparação), ao nível do género, e analisar que experiências positivas contribuíram para a pertença ao grupo resiliente; (4) avaliar a estabilidade temporal dos autorrelatos das experiências de vida positivas em dois momentos temporais distintos, com um intervalo de seis meses.

Neste estudo, e de acordo com Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy, & Ramirez (1999), a exposição/vitimização de maus-tratos foi considerada como uma ameaça ao desenvolvimento; o sucesso da adaptação foi definido tendo em conta os resultados ao nível da psicopatologia, comportamentos de risco e queixas de saúde; e as experiências de vida positivas foram avaliadas como potenciais contributos para a resiliência.

Relativamente às hipóteses, quanto à descrição de experiências positivas relatadas por jovens sinalizados e pelo grupo de comparação, espera-se a presença de um maior número junto deste último grupo. Quanto ao papel das experiências positivas no funcionamento, dada a inconsistência nos resultados relatados na literatura, a nossa hipótese é exploratória. Quanto ao grupo resiliente, espera-se que apenas uma pequena porção dos jovens vítimas de maltrato será classificada como resiliente, sendo esta inferior à do grupo de comparação (neste grupo não serão considerados resilientes, mas sim como tendo um funcionamento adequado, uma vez que estes não foram alvo de maltrato documentado na infância). Relativamente às diferenças de género espera-se que a maioria dos resilientes será do sexo feminino. Relativamente à estabilidade temporal dos relatos de experiências positivas, considerando que

verificamos apenas dois estudos que se debruçaram sobre a fidelidade deste autorrelato, a hipótese é exploratória.

Método

Participantes

Participaram 227 adolescentes e jovens adultos com idades compreendidas entre os 14 e os 23 anos (105 rapazes, 122 raparigas, $M = 17.05$ anos, $DP = 1.83$), sendo que 136 foram alvo de sinalização na infância por maltrato (72 rapazes, 64 raparigas, $M = 16.9$ anos, $DP = 2.09$) através das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) (ver Pinto & Maia, 2013, para mais informação). Deste conjunto de participantes sinalizados, 79 deles que viviam nas instituições, com idades compreendidas entre os 14 e os 23 anos (41 rapazes, 38 raparigas, $M = 17$ anos, $DP = 2.22$), foram alvo de uma segunda avaliação. Na tabela 1 estão descritas as características demográficas dos participantes.

Tabela 1

Características dos Participantes

	Amostra total		Grupo Sinalizado		Grupo Não Sinalizado		<i>p</i>
	<i>N</i> = 227	%	<i>n</i> = 136	%	<i>n</i> = 91	%	
Género							
Masculino	105	46.3	64	47.1	33	36.3	*
Feminino	122	53.7	72	52.9	58	63.7	
Estado Civil							
Solteiro	224	98.7	134	98.5	90	98.9	<i>ns</i>
Casado/União de facto	3	1.3	2	1.5	1	1.1	
Idade							
14-16 anos	100	44.1	69	50.7	31	34.1	*
17-19 anos	106	46.7	54	39.7	52	57.1	
20-23 anos	21	9.3	13	9.6	8	8.8	
Grau de escolaridade							
> 12	12	5.3	12	8.8	0	0	***
≤ 12	113	49.8	34	25.0	79	86.8	
≤ 9	102	44.9	90	66.2	12	13.2	
Situação ocupacional							
Estudante	195	85.9	108	79.4	87	95.6	**
Trabalhador estudante	11	4.8	7	5.1	4	4.4	
Empregado	5	2.2	5	3.7	0	0	
Desempregado	4	6.2	14	10.3	0	0	

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Os participantes foram identificados entre os cinco e os 13 anos e posteriormente confirmados pelas CPCJ como vítimas de maus-tratos ou de cuidado inadequado. A criança era considerada vítima de maus-tratos quando esta se encontrava numa situação de negligência e/ou abuso psicológico, físico e sexual, incluindo todas as situações em que a criança era sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que tinham impacto na sua estabilidade emocional. Da amostra dos participantes, 86 foram sujeitos a acolhimento residencial, mas todos viveram com a família por pelo menos cinco anos antes de serem identificados pelas CPCJ. Todos os participantes residem a norte de Portugal. Os relatos retrospectivos foram obtidos através da utilização de questionários autoadministrados durante a adolescência ou início da idade adulta (para mais detalhes acerca dos critérios de inclusão dos participantes ver Pinto & Maia, 2013).

Medidas

Questionário Sociodemográfico (Maia & Pinto, 2008). A utilização deste questionário teve como intuito a recolha de informação acerca da identificação do participante (género, idade, estado civil, grau de escolaridade e situação ocupacional) e informação familiar (número de membros, rendimento mensal do agregado e residência).

Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Questionnaire (Felitti et al., 1998). Recorreu-se à versão portuguesa (Silva & Maia, 2008) deste instrumento de autorrelato que avalia experiências positivas que foram utilizadas neste estudo: “sabia que existia alguém para me cuidar”, “havia alguém na família que me ajudava a sentir especial”, “havia quem lavasse a roupa suja”, “senti-me amado”, “as pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros”, “as pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras”, “havia alguém que me levasse ao médico caso necessitasse” e “a família foi fonte de força”. A fidelidade da versão portuguesa indica valores de kappa variando entre 0.65 e 0.86.

Health Risk Behavior Checklist (Pinto & Maia, 2013). Questionário constituído por 15 comportamentos de risco, incluindo desde o fumar precocemente, tentativas de suicídio a relações sexuais precoces e desprotegidas. Alguns comportamentos são pontuados numa escala tipo likert de 5 pontos (0=*nunca*; 4=*frequentemente*), enquanto outros são pontuadas através de questões dicotómicas (*sim* ou *não*). Um comportamento de risco foi considerado como estando presente quando a resposta era afirmativa nos itens dicotómicos e quando era cotada como *algumas vezes*, *muitas vezes* e *frequentemente* nos itens da escala de likert. Foi obtido um índice total calculando o total das respostas positivas, variando de 0 a 15. Este

instrumento inclui ainda uma experiência positiva (prática de desporto) que foi utilizada neste mesmo estudo.

Lista de Experiências Positivas (LEP) (Pinto & Maia, 2013). Esta lista foi elaborada considerando a literatura acerca de possíveis fatores preditores de resiliência. Foram selecionadas para esta *checklist* seis experiências positivas: “tinha um adulto em quem confiava”, “tinha alguém na família que me lembrava para escovar os dentes”, “tinha alguém na família que me dizia as horas para ir para a cama”, “tinha alguém na família que me ajudava a fazer os trabalhos de casa”, “para além da escola tinha outras atividades” e “tinha um animal de estimação”. Os itens têm cotação dicotómica (*sim* ou *não*).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Derogatis, 1982). Recorreu-se à versão portuguesa (Canavarro, 1999) deste questionário de autorrelato que tem como propósito avaliar sintomas psicopatológicos. Através de 53 itens era pedido aos participantes para indicarem até que ponto foram afetados por aqueles sintomas nos últimos sete dias, utilizando uma escala tipo likert de 5 pontos (1=*nunca*; 5=*muitíssimas vezes*). Este inventário permite o cálculo de um Índice Geral de Sintomas, onde combina a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. A consistência interna deste instrumento foi de $\alpha=.96$.

Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) (Haes, Van Knippenberg, & Neijt, 1990). Foi utilizada a versão portuguesa (Gameiro, 1999). *Checklist* que tem como propósito avaliar o estado atual de saúde do indivíduo, através de um score total de sintomas. Neste instrumento de autorrelato é feita a avaliação da ocorrência e intensidade de 29 sintomas físicos (e.g., diarreia) e psicológicos (e.g., irritabilidade). As respostas aos itens eram pontuadas através de uma escala tipo likert de 4 pontos (0=*Nenhum*; 3=*Bastante*). Scores mais elevados indicam maior gravidade sintomática. A consistência interna deste instrumento foi de $\alpha=.88$.

Procedimentos

Após garantida a autorização para conduzir o projeto de investigação por parte da Comissão Nacional de Proteção de Dados, relativamente aos participantes que viviam com os pais, o recrutamento realizou-se, com a colaboração de quatro CPCJs localizadas no Norte de Portugal, através de ofícios enviados pelo correio, dirigidos aos pais e jovens, a convidar para participarem no estudo. A avaliação foi feita nas Comissões de Proteção. Quanto aos jovens institucionalizados, os investigadores visitaram as instituições para requerer a permissão para a recolha dos dados, sendo os questionários preenchidos na instituição, num espaço calmo e

privado. Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos do projeto de investigação e informação relativa à confidencialidade dos dados recolhidos e anonimato de todos os dados identificativos, tendo sido assinado um consentimento informado para a participação no estudo. A segunda avaliação, que envolveu 79 participantes institucionalizados, foi realizada seis meses após a primeira avaliação (método teste-reteste) (ver Pinto & Maia, 2013, para mais informação).

Análise de Dados

Utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; 22ª Versão) para a análise dos dados. As características do grupo sinalizado e grupo não sinalizado foram comparados recorrendo aos testes *Qui-Quadrado* e *Mann-Whitney*. De modo a identificar as experiências positivas relatadas por jovens sinalizados e por um grupo de comparação e verificar as diferenças entre os dois grupos, foram realizadas as seguintes análises: Foram usados *Testes de Qui-Quadrado* para comparar cada experiência entre os dois grupos. Para a comparação do total de experiências positivas nos dois grupos, apesar da análise exploratória de dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, uma vez que ambos os testes, paramétrico e não paramétrico, foram concordantes em termos de resultados, optou-se por reportar o *Teste t para Amostras Independentes* dada a sua robustez (Fife-Schaw, 2006 cit in Martins, 2011).

Para a análise do contributo das experiências positivas no funcionamento, foram realizadas as seguintes análises: A relação entre as experiências de vida e o funcionamento posterior foi estudada através de *Coefficientes de Correlação de Spearman*, na medida em que não foram cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. De modo a testar as experiências positivas preditoras de um menor risco psicopatológico, menos comportamentos de risco e menos queixas de saúde específicas do grupo sinalizado por maltrato na infância, foram realizadas *análises de regressão linear múltiplas*. Apenas as variáveis que foram associadas significativamente com melhor funcionamento posterior no grupo sinalizado foram incluídas nas análises de regressão linear. Os pressupostos inerentes a esta análise foram cumpridos (Pestana & Gageiro, 2008).

Com o objetivo de identificar o grupo resiliente, verificar se existem diferenças ao nível do grupo (sinalizado vs de comparação), ao nível do género, e analisar que experiências positivas contribuíram para a pertença ao grupo resiliente foram realizados as seguintes análises: Para estudar a associação entre o grupo e a resiliência e entre o sexo e a resiliência foram realizados testes *Qui-Quadrado*. As associações entre cada experiência positiva e a

resiliência foram estudadas a partir de testes *Qui-Quadrado* e testes *Fisher*, nos casos em que mais de 20% das células da tabela de contingência teve frequência esperada inferior a 5. Os indivíduos resilientes foram definidos segundo os seguintes critérios: abaixo de valor de corte no BSI, ter respondido “nenhum” ou “pouco” em cada um dos sintomas físicos e descrever os comportamentos de risco como nunca terem ocorrido ou terem sido pouco frequentes. Foi criada uma nova variável que decorre da soma das variáveis dicotomizadas. Sujeitos codificados com 0 foram considerados resilientes, ao passo que codificações superiores indicaram presença de psicopatologia, e/ou comportamentos de risco, e/ou sintomas físicos. Por fim, foi construído um *modelo de regressão logística* para prever as experiências positivas preditoras do grupo resiliente, utilizando as variáveis que se revelaram significativas na análise anterior.

De modo a avaliar a estabilidade temporal dos autorrelatos acerca de catorze experiências de vida positivas (não é incluída a experiência da prática de desporto, na medida em que o questionário Health Risk Behavior Checklist foi preenchido apenas uma vez) em dois momentos temporais, foram calculados *Coefficientes de Correlação Intraclasse*. Este cálculo permite testar o nível de concordância observado entre os dois momentos de avaliação. Os coeficientes de correlação intraclasse se <0.40 são considerados como fraco a ligeiro, 0.41-0.60 concordância moderada, 0.61-0.80 boa concordância e 0.81-1.00 excelente concordância.

Para cada sujeito, o número total de experiências positivas relatadas no *Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Questionnaire*, a experiência avaliada no *Health Risk Behavior Checklist* e a soma das experiências relatadas na *Lista de Experiências Positivas (LEP)* foi somado de forma a criar uma nova variável Total Experiências Positivas. Esta variável podia variar entre 0 (se o sujeito não recebeu nenhuma pontuação positiva em qualquer categoria) e 15 (se o sujeito recebeu pontuação positiva em todas as categorias).

Resultados

Experiências Positivas Relatadas pelo Grupo Sinalizado e pelo Grupo Não Sinalizado

A tabela 2 apresenta a prevalência das experiências positivas, relatadas pelos dois grupos. A experiência positiva “ter alguém que lavasse a roupa suja” foi a mais reportada junto do grupo sinalizado (90.4 %; $n = 123$), enquanto a experiência “haver alguém que o levasse ao médico” foi a mais reportada junto do grupo de comparação (96.7 %; $n = 88$). Por outro lado, a experiência “praticar desporto fora do contexto escolar” foi a menos reportada tanto pelo grupo sinalizado (44.1 %; $n = 60$) como pelo grupo de comparação (44 %; $n = 40$).

Quando são comparados os grupos (sinalizado vs não sinalizado), os resultados dos testes de Qui-quadrado indicam que existem associações significativas entre o grupo e vivenciar ou não dez experiências positivas. Para estas mesmas dez experiências (à exceção da prática de desporto), tanto no grupo sinalizado, como no grupo de comparação, a maioria dos indivíduos refere ter vivenciado a experiência positiva.

Tabela 2
Prevalência das Experiências Positivas

Experiências de vida positivas	Grupo Sinalizado		Grupo Não Sinalizado		χ^2
	<i>n</i> = 136	%	<i>n</i> = 91	%	
Saber que existia alguém para o cuidar e proteger.	108	79.4	84	92.3	6.95**
Ter um familiar que ajudava a sentir especial.	94	69.1	80	87.9	10.76***
Ter quem lavasse a roupa suja.	123	90.4	87	95.6	2.10
Sentir-se amado.	103	75.7	84	92.3	10.32***
Familiares tomavam conta uns dos outros.	94	69.1	74	81.3	4.22*
Familiares sentiam-se próximos uns dos outros.	96	70.6	75	82.4	4.11*
Ter alguém que o levasse ao médico.	119	87.5	88	96.7	5.75*
Família foi fonte de força.	104	76.5	83	91.2	8.16**
Praticar desporto fora do contexto escolar.	60	44.1	40	44	.02
Ter um adulto em quem confiava.	95	69.9	85	93.4	13.38***
Ter um familiar que lembrava a escovar os dentes.	86	63.2	79	86.8	11.56***
Ter um familiar que dizia as horas para ir para a cama.	91	66.9	78	85.7	6.90**
Ter um familiar que ajudava a fazer os trabalhos de casa.	95	69.9	74	81.3	1.77
Ter outras atividades para além da escola.	84	61.8	66	72.5	1.35
Ter um animal de estimação.	100	73.5	68	74.7	.23

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

O resultado do Teste *t* para Amostras Independentes aponta diferenças significativas entre o grupo sinalizado e o grupo de comparação ao nível do total das experiências positivas relatadas, $t(215) = 4.01$, $p < .001$. O grupo não sinalizado relata mais experiências de vida positivas comparativamente ao grupo sinalizado (ver tabela 3).

Tabela 3

Total de Experiências Positivas no Grupo Sinalizado vs Grupo Não Sinalizado

	Grupo Sinalizado (<i>n</i> = 126) Média (<i>DP</i>)	Grupo Não Sinalizado (<i>n</i> = 91) Média (<i>DP</i>)	<i>t</i> (215)
Total de Experiências Positivas	10.90 (3.51)	12.58 (2.29)	4.01***

Nota. *** $p < .001$.

Experiências Positivas e o Funcionamento Atual em termos de Saúde Física, Psicológica e Comportamentos de Risco

De forma a analisar a relação entre psicopatologia/comportamentos de risco/queixas de saúde e cada experiência positiva reportada, foram calculados coeficientes de Spearman para o grupo sinalizado e grupo não sinalizado (ver tabela 4).

Relativamente à psicopatologia, as experiências positivas “sentir-se amado”, “familiares sentiam-se próximos uns dos outros”, “família foi fonte de força” e “ter um adulto em quem confiava” mostraram estar correlacionados com menor psicopatologia e foram assim usadas como variáveis preditoras. O modelo de regressão múltipla aplicado no grupo sinalizado tem um r^2 de .078, sendo não significativo, $F(4,121) = 1.84$, $p = .125$. No grupo não sinalizado, o modelo de regressão múltipla tem um r^2 de .058, sendo não significativo, $F(4,86) = 1.33$, $p = .266$.

Relativamente às queixas de saúde, uma vez que nenhuma das experiências mostraram estar correlacionadas com menos queixas de saúde no grupo sinalizado, não foram realizadas análises de regressão linear.

Quanto aos comportamentos de risco, cinco experiências positivas mostraram estar correlacionadas com menos comportamentos de risco e foram usadas como variáveis preditoras. Junto do grupo sinalizado, o modelo de regressão múltipla aplicado explica 8.3% da variância dos comportamentos de risco, sendo marginalmente significativo, $F(5, 116) = 2.09$, $p = .071$. No grupo não sinalizado, o modelo de regressão explica 15.1% da variância dos comportamentos de risco, sendo o modelo significativo, $F(5, 82) = 2.91$, $p = .018$ (ver tabela 5).

Tabela 4

Coefficientes de Correlação de Spearman entre Psicopatologia/Queixas de Saúde/Comportamentos de Risco e as Experiências de Vida Positivas Reportadas

	Grupo Sinalizado (<i>n</i> = 136)			Grupo Não Sinalizado (<i>n</i> = 91)		
	Psicopatologia	Queixas de Saúde	Comportamentos de Risco	Psicopatologia	Queixas de Saúde	Comportamentos de Risco
Experiências de vida positivas	<i>r_s</i>	<i>r_s</i>	<i>r_s</i>	<i>r_s</i>	<i>r_s</i>	<i>r_s</i>
Saber que existia alguém para o cuidar e proteger.	-.02	-.03	-.02	-.01	.05	-.16
Ter um familiar que ajudava a sentir especial.	-.02	.08	-.11	-.01	-.13	.01
Ter quem lavasse a roupa suja.	-.02	.06	.04	-.10	-.11	-.06
Sentir-se amado.	-.17 ⁺	-.02	-.14	.04	.01	-.22*
Familiares tomavam conta uns dos outros.	-.09	-.00	-.18*	-.02	-.01	-.15
Familiares sentiam-se próximos uns dos outros.	-.18*	-.08	-.14	-.05	-.10	.02
Ter alguém que o levasse ao médico.	.01	.02	-.16 ⁺	-.04	-.09	.19 ⁺
Família foi fonte de força.	-.17*	-.06	-.10	-.14	-.14	-.07
Praticar desporto fora do contexto escolar.	-.02	-.06	-.17 ⁺	-.14	-.26*	-.18 ⁺
Ter um adulto em quem confiava.	-.17 ⁺	.03	-.12	-.19 ⁺	-.16	-.06
Ter um familiar que lembrava a escovar os dentes.	.00	.14	-.13	.01	-.00	-.16
Ter um familiar que dizia as horas para ir para a cama.	.03	.08	-.20*	.17	.11	-.15
Ter um familiar que ajudava a fazer os trabalhos de casa.	-.09	.04	-.21*	-.00	-.06	-.28**
Ter outras atividades para além da escola.	-.11	.02	.13	-.01	-.09	.01
Ter um animal de estimação.	.03	.13	-.08	.10	.22*	.11

Nota. ⁺*p* < .10. **p* < .05. ***p* < .01.

Tabela 5

Análises de Regressões Lineares Múltiplas para Avaliar os Preditores de Menos Comportamentos de Risco

Preditores	Comportamentos de Risco							
	Grupo Sinalizado				Grupo Não Sinalizado			
	R ² (R ² aj)	F (5, 116)	β	t	R ² (R ² aj)	F (5, 82)	β	t
Familiares tomavam conta uns dos outros			-.11	-1.14			-.19	-1.77 ⁺
Ter alguém que o levasse ao médico			-.03	-.32			.23	2.04*
Praticar desporto fora do contexto escolar			-.14	-1.49			-.16	-1.48
Ter um familiar que dizia as horas para ir para a cama	.08(.04)	2.09 ⁺			.15(.10)	2.91*		
Ter um familiar que ajudava a fazer os trabalhos de casa			-.10	-1.04			-.19	-1.73 ⁺

Nota. ⁺ $p < .10$. * $p < .05$.

Resiliência

A tabela 6 ilustra a percentagem de indivíduos em cada grupo e sexo que satisfizeram os critérios definidos para resiliência. No grupo sinalizado 13.7% pode ser classificado resiliente, enquanto no grupo de comparação a percentagem é de 18.2%. No entanto, não se verificou uma associação significativa entre os dois grupos ao nível de satisfazer, ou não, os critérios de resiliência, $\chi^2(1) = .79$, $p = .37$. No grupo sinalizado, a percentagem de resiliência junto do sexo masculino é superior à do feminino, porém, não se verificou uma associação significativa entre o sexo e satisfazer ou não os critérios de resiliência, $\chi^2(1) = .11$, $p = .74$.

Tabela 6

Percentagem de Indivíduos que Satisfizeram os Critérios de Resiliência por Grupo e Sexo

Grupo	Resilientes n (%)	Não resilientes n (%)	χ^2
Grupo Sinalizado	18 (13.7)	113 (86.3)	.79
Grupo Não Sinalizado	16 (18.2)	72 (81.8)	

Grupo Sinalizado			
Feminino	8 (12.7)	55 (87.3)	.11
Masculino	10 (14.7)	58 (85.3)	

De modo a analisar quais as experiências positivas que contribuem para a pertença ao grupo resiliente, inicialmente foi estudada a relação entre cada experiência e a variável “grupo resiliente” junto do grupo sinalizado através do cálculo do teste Qui-quadrado (ver tabela 7).

Tabela 7

Relação entre as Experiências Positivas e a Variável “Grupo Resiliente”

Experiências positivas	Resiliência
	χ^2
Saber que existia alguém para o cuidar e proteger.	2.89
Ter um familiar que ajudava a sentir especial.	2.08
Ter quem lavasse a roupa suja.	2.30
Sentir-se amado.	6.75**
Familiares tomavam conta uns dos outros.	.18
Familiares sentiam-se próximos uns dos outros.	3.48 ⁺
Ter alguém que o levasse ao médico.	1.02
Família foi fonte de força.	6.75**
Praticar desporto fora do contexto escolar.	2.43
Ter um adulto em quem confiava.	2.43
Ter um familiar que lembrava a escovar os dentes.	.44
Ter um familiar que dizia as horas para ir para a cama.	3.78 ⁺
Ter um familiar que ajudava a fazer os trabalhos de casa.	5.06*
Ter outras atividades para além da escola.	.04
Ter um animal de estimação.	.23

Nota. ⁺ $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Cinco experiências positivas mostraram estar associadas com a resiliência e foram usadas como variáveis preditoras. De salientar que a idade e o sexo não foram preditoras do estatuto de resiliência. A tabela 8 apresenta um sumário do modelo de regressão logística, do qual resultou um modelo estatisticamente significativo, $\chi^2(5) = 17.87$, $p = .003$, explicando 13.4 a 23.8% da variância da resiliência. Do modelo não resultou nenhum preditor significativo.

Tabela 8

Análise de Regressão Logística para Avaliar os Preditores de Resiliência

Preditores	Resiliência				
	β	Wald	Odds Ratio	95% IC	<i>p</i>
Sentir-se amado.	-18.629	.000	.000	[.000, .000]	.998
Familiares sentiam-se próximos uns dos outros.	.199	.052	1.220	[.220, 6.768]	.820
Família foi fonte de força.	-18.439	.000	.000	[.000, .000]	.998
Ter um familiar que dizia as horas para ir para a cama.	-.478	.312	.620	[.116, 3.314]	.576
Ter um familiar que ajudava a fazer os trabalhos de casa.	-1.164	1.085	.312	[.035, 2.790]	.298

Nota. IC = Intervalo de confiança

Consistência no Relato das Experiências Positivas

De modo a ser possível estudar a estabilidade temporal dos relatos retrospectivos das experiências positivas, foram usadas variáveis dicotômicas e calculados os Coeficientes de Correlação Intraclasse (ver tabela 9).

Tabela 9

Concordância no Relato das Experiências Positivas em Dois Momentos Temporais (N = 79)

	Frequências				N válido	Estatística	
	Sim/ Sim	Sim/ Não	Não/ Sim	Não/ Não		ICC	IC 95%
Saber que existia alguém para o cuidar e proteger.	47	8	9	11	75	.58***	[.34, .74]
Ter um familiar que ajudava a sentir especial.	38	7	15	14	74	.52***	[.24, .70]
Ter quem lavasse a roupa suja.	59	6	6	3	74	.39*	[.03, .62]
Sentir-se amado.	46	6	10	12	74	.63***	[.41, .77]
Familiares tomavam conta uns dos outros.	46	4	9	15	74	.74***	[.58, .83]
Familiares sentiam-se próximos uns dos outros.	42	7	8	17	74	.70***	[.53, .81]
Ter alguém que o levasse ao médico.	56	8	5	5	74	.50**	[.21, .69]
Família foi fonte de força.	44	7	8	15	74	.69***	[.50, .80]
Ter um adulto em quem confiava.	43	3	9	7	62	.61***	[.35, .76]
Ter um familiar que lembrava a escovar os dentes.	32	3	9	18	62	.76***	[.60, .85]
Ter um familiar que dizia as horas para ir para a cama.	37	3	8	15	63	.76***	[.61, .86]

Ter um familiar que ajudava a fazer os trabalhos de casa.	37	6	5	15	63	.75****	[.59, .85]
Ter outras atividades para além da escola.	28	11	9	14	62	.49**	[.15, .69]
Ter um animal de estimação.	45	4	6	8	63	.68****	[.48, .81]

Nota.: ICC: Coeficiente de Correlação Intraclasse. IC = Intervalo de confiança.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Verifica-se uma oscilação entre um ICC de .39 e .76, sendo possível concluir que a estabilidade temporal das experiências positivas variou entre uma consistência ligeira a boa. Das 14 experiências positivas avaliadas, ao item “ter um familiar que dizia as horas para ir para a cama” correspondeu o ICC mais elevado (.76; IC95%: .60 - .85) e ao item “ter quem lavasse a roupa suja” (.39; IC95%, .03 - .62) o mais baixo.

Discussão e Conclusão

Tendo em conta que as experiências de vida positivas na infância, características das trajetórias desenvolvimentais resilientes em jovens com história documentada de maltrato, têm sido alvo de pouca atenção, este estudo representa uma oportunidade de descrever as experiências positivas relatadas por estes jovens e avaliar a relação entre estas experiências e o funcionamento posterior. Para além disso, dada a escassez de literatura sobre a fidelidade dos autorrelatos de experiências positivas na infância, este estudo propôs-se a avaliar a estabilidade temporal dos autorrelatos de experiências de vida positivas em dois momentos.

Constatamos diferenças significativas entre o grupo sinalizado e não sinalizado, tendo sido verificado um maior número de experiências positivas no grupo não sinalizado. Este resultado está de acordo com a nossa hipótese, uma vez que era expectável que o grupo sinalizado não relatasse tantas experiências positivas, dado o seu contexto familiar.

Quanto à relação entre as várias experiências positivas e o funcionamento posterior, ao nível da psicopatologia, apesar de não terem sido identificados preditores específicos de um melhor funcionamento, observamos que o facto do indivíduo se sentir amado, os familiares sentirem-se próximos uns dos outros, a família ser fonte de força e ter um adulto em quem confiava mostraram estar correlacionadas com menor psicopatologia. No grupo não sinalizado, apenas o ter um adulto em quem confiava foi associado a menor psicopatologia. Estes resultados estão de acordo com Afifi e MacMillan (2011), que a partir do trabalho de Collishaw et al. (2007), indicam que o bom cuidado parental percebido junto de jovens vítimas de maltrato está associado a menor psicopatologia. Já em relação às queixas de saúde, nenhuma experiência positiva avaliada foi associada de forma significativa. Na revisão de

literatura realizada, não foram encontrados estudos que se debruçaram na relação entre experiências positivas e queixas de saúde junto desta população-alvo. Relativamente aos comportamentos de risco, o facto de os familiares tomarem conta uns dos outros, o ter alguém que o levasse ao médico, o praticar desporto fora do contexto escolar, o ter alguém que dizia as horas para ir para a cama e que ajudava a fazer os trabalhos de casa mostraram estar associadas a menos comportamentos de risco, não tendo sido encontrados preditores específicos de um melhor funcionamento junto do grupo sinalizado. O papel positivo dos fatores protetores familiares ao nível dos comportamentos de risco está de acordo com o reportado por Haskett e colaboradores (2006). Já o fator protetor ao nível comunitário (prática de desporto) vai no mesmo sentido do estudo dos autores Haskett e colaboradores (2006) que relatam vários resultados positivos associados à prática de desporto; no entanto, contrário ao estudo de Eccles & Barber (1999) que verificaram que a prática do desporto estava relacionado com o aumento no uso do álcool.

Nem todas as mesmas experiências positivas foram associadas com melhor funcionamento junto dos dois grupos: o número de correlações significativas entre as características das relações interpessoais e melhor funcionamento foram superiores junto dos jovens sinalizados em comparação ao grupo não sinalizado. Estes resultados divergem dos apontados pela literatura, onde refere que o funcionamento do grupo não maltratado tende a ser mais beneficiado pelas características dos relacionamentos interpessoais (Flores et al., 2005).

Este estudo foi desenhado de modo a avaliar as experiências positivas que contribuem para o funcionamento resiliente junto das vítimas de maus-tratos na infância. Consistente com outros estudos sobre a resiliência e o maltrato (e.g. McGloin, & Widom, 2001), tal como esperado, o grupo sinalizado demonstrou um nível inferior de funcionamento resiliente quando comparado com o grupo não sinalizado. A percentagem de resiliência junto do grupo sinalizado (cerca de 14%) está de acordo com o esperado e com o estudo de Flores e colaboradores (2005), onde foi encontrada uma percentagem de 9.2%. Em termos de diferenças de género no grupo sinalizado, apesar de não significativa, verificou-se uma percentagem de resiliência superior no grupo masculino. Estes resultados são diferentes daquilo que era esperado, tendo em conta que a literatura aponta que as mulheres satisfazem com maior probabilidade os critérios de resiliência, dado que os homens apresentam maior risco de virem a sofrer de doenças do foro mental, doenças crónicas e problemas comportamentais (e.g., Flores et al., 2005).

Relativamente à identificação de experiências positivas que possam explicar as diferenças entre os resilientes e não resilientes, as análises revelaram que o sentir-se amado, os familiares sentirem-se próximos uns dos outros, a família ser vista como fonte de força, o ter alguém na família que dizia as horas para ir para a cama e que ajudava a fazer os trabalhos de casa foram associadas com o funcionamento resiliente. O facto destas variáveis interpessoais terem sido associadas de forma significativa com um melhor funcionamento realça a noção de que os fatores protetores ao nível familiar têm um papel relevante na superação dos maus-tratos experienciados (Flores et al., 2005).

O segundo grande objetivo deste estudo consistiu na avaliação da consistência do relato de 14 experiências positivas. Os resultados apresentaram valores de ICC que oscilam entre .39 e .76, representando uma consistência ligeira a boa. Estes resultados estão de acordo com os estudos de Fernandes (2013) e Hardt e colaboradores (2006), estudos esses em que a fidelidade variou entre .61 a .71 e .50 a .60, respetivamente. Os resultados obtidos neste estudo podem ser comparados com os resultados da consistência do relato das experiências negativas relatados no estudo de Pinto (2013), e que verificaram ICC's iguais ou superiores a .65, representando uma consistência boa a moderada. Podemos assim concluir que a consistência do relato das experiências negativas foi superior à das experiências positivas.

Relativamente às contribuições para a prática, o conhecimento das experiências positivas associadas à resiliência após a exposição ao maltrato na infância pode auxiliar os clínicos no desenvolvimento de planos de tratamento que promovam o bem-estar positivo. Para além disso, os bons níveis de consistência nos relatos retrospectivos de experiências positivas sugerem que este é confiável.

O presente estudo não está isento de limitações. A primeira limitação refere-se aos critérios de resiliência. O projeto mais amplo onde este estudo está inserido (Pinto, 2013) foi desenhado para avaliar as consequências dos maus-tratos na infância e não para medir as competências dos indivíduos. Consequentemente, a medida de resiliência não reflete manifestações de competências sociais, académicas e dimensões positivas (e.g., satisfação com a vida). É ainda importante referir que os fatores que distinguem os resilientes dos não resilientes, podem variar tendo em conta o tipo de abuso e a sua frequência, variáveis essas que não foram consideradas neste mesmo estudo. Relativamente ao estudo da consistência das experiências positivas, o tamanho da amostra poderá ter impacto na generalização dos resultados. Falta ainda referir que este estudo não avaliou a validade dos relatos retrospectivos. Uma vez que a maioria destes jovens com história de maltrato não relatou uma grande parte das experiências negativas que viveram (Pinto, 2013) e relataram uma grande quantidade de

experiências positivas, questiona-se até que ponto os relatos fornecem uma imagem aproximada ao que realmente aconteceu no passado, ou seja, questiona-se até que ponto não estão presentes ilusões positivas acerca da infância, de modo a poderem lidar com os acontecimentos negativos. A literatura indica-nos que as pessoas quando são confrontadas com questões acerca de acontecimentos adversos tendem a responder com experiências positivas distorcidas da realidade (Taylor & Armor, 1996).

Em investigações futuras seria importante estudar a resiliência junto dos grupos maltratados recorrendo a *designs* longitudinais, de modo a ser possível diferenciar os fatores que contribuem para a resiliência daqueles que são produtos da resiliência. Para além disso, explorar possíveis diferenças de género que possam existir no desenvolvimento do funcionamento resiliente. O papel da cultura na predição da resiliência seria ainda outro tema essencial de se estudar. Como estudos futuros, seria ainda relevante a comparação da consistência das experiências, de acordo com o sexo e explorar quais as razões subjacentes às (in)consistências.

Em termos de conclusão, os resultados indicam que existe um subconjunto de indivíduos dentro do grupo maltratado na infância que pode ser considerado resiliente e realçam a importância de experiências positivas junto do grupo familiar para um melhor funcionamento. Podemos ainda sugerir que os relatos de experiências positivas tendem a apresentar bons níveis de consistência, podendo ser considerada uma medida confiável.

Referências Bibliográficas

- Afifi, T., & MacMillan, H. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21586192>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology – Volume 1: Theoretical Models of Human Development*. (5th ed.) (pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Canavarro, C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - B. S. I. In M. Simões & M. Gonçalves (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Derogatis, L. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Dube, S., Williamson, D., Thompson, T., Felitti, V., & Anda, R. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect, 28*(7), 729-737. doi:10.1016/j.chiabu.2003.08.009
- Eccles, J., & Barber, B. (1999). Student council, volunteering, basketball, or marching band: What kind of extracurricular involvement matters? *Journal of Adolescent Research, 19*, 10–43. doi:10.1177/0743558499141003
- Egeland, B., Sroufe, L., & Erickson, M. (1983). The developmental consequences of different patterns of maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 7*(4), 459–469. doi:10.1016/0145-2134(83)90053-4
- Evans, P., Doyle, A., Hucklebridge, F., & Clow, A. (1996). Positive but not negative life events predict vulnerability to upper respiratory illness. *British Journal of Health Psychology, 1*(4), 339–348. doi:10.1111/j.2044-8287.1996.tb00514.x
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., ... Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Fernandes, A. (2013). *(In)Consistências nos Autorrelatos de Experiências de Reclusos: Bad is Stronger than Good?* (Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal). Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>

- Figueiredo, B., Bifulco, A., Paiva, C., Maia, A., Fernandes, E., & Matos, R. (2004). History of childhood abuse in Portuguese parents. *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 669-682. doi:10.1016/j.chiabu.2003.11.021
- Flores, E., Cicchetti, D., & Rogosch, F. (2005). Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. *Developmental Psychology*, 41(2), 338-351. doi:10.1037/0012-1649.41.2.338
- Gameiro M. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gilbert, R., Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Haes, J., Van Knippenberg, F., & Neijt, J. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Check List. *British Journal of Cancer*, 62(6), 1034-1038. doi:10.1038/bjc.1990.434
- Hardt, J., Sidor, A., Bracko, M., & Egle, U. (2006). Reliability of retrospective assessments of childhood experiences in Germany. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 676-683. doi:10.1097/01.nmd.0000235789.79491.1b
- Haskett, M., Nears, K., Ward, C., & McPherson, A. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 796-812. doi:10.1016/j.cpr.2006.03.005
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Masten, A., Hubbard, J., Gest, S., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11(1), 143-169. doi:10.1017/S0954579499001996
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. doi:10.1037/0003-066X.56.3.227
- McGloin, J., & Widom, C. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13(4), 1021-1038. doi:10.1017/S095457940100414X

- Perkins, D., & Jones, K. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 28(5), 547–563. doi:10.1016/j.chiabu.2003.12.001
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, R. (2013). *Psychopathology, physical complaints and risk behaviors among youths who were victims of documented childhood maltreatment, and youths without identification: from methodological issues to research data* (Dissertação de Doutoramento, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal). Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>
- Pinto, R., & Maia, A. (2013). Psychopathology among youths who were victims of documented childhood maltreatment. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 122–30. doi:10.1111/camh.12020
- Phillips, L. & Stuijbergen, A. (2008). The influence of positive experiences on depression and quality of life in persons with multiple sclerosis. *Journal of Holistic Nursing*, 26(1), 41–48. doi:10.1177/0898010107301870
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205–209. doi:10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Sable, P. (1995). Pets, attachment, and well-being across the life cycle. *Social Work*, 40(3), 334–341. doi:10.1093/sw/40.3.334
- Taylor, S, & Armor, D. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873–898. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x
- Walsh, F. (2009). Human-animal bonds I: the relational significance of companion animals. *Family Process*, 48(4), 462–480. doi:10.1111/j.1545-5300.2009.01296.x