

## DOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO NA IDADE ADULTA: UM MODELO CONCEPTUAL.

Ricardo Pinto<sup>1</sup>([ricard.jmpinto@gmail.com](mailto:ricard.jmpinto@gmail.com)) e Ângela Maia<sup>2</sup>([angelam@psi.uminho.pt](mailto:angelam@psi.uminho.pt))

<sup>1</sup>Doutorando em Psicologia da Saúde na Universidade do Minho, Portugal. Bolseiro de Investigação da Fundação para a Ciência e para a Tecnologia [FCT] <sup>2</sup> Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal

O reconhecimento de que os maus-tratos na infância são frequentes levou um conjunto de investigadores a interessarem-se pelo seu impacto, quer na infância, quer ao longo da vida, tendo-se verificado serem um predictor significativo de comportamentos de risco para a saúde. Entre os comportamentos de risco que têm sido associadas às experiências de maltrato na infância, contam-se o uso/abuso de substâncias ilícitas, a dependência da nicotina e do álcool e a exposição a comportamentos sexuais de risco, que envolvem infecções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Estes comportamentos, por seu lado, tornam mais prováveis doenças cardiovasculares, cancro, doenças crónicas do pulmão, infecção hepática, diminuição da resposta do sistema imunológico, obesidade e perturbações do comportamento alimentar, bem como maior recorrência a urgências hospitalares. Este trabalho apresenta dados de exposição a maus-tratos na infância, bem como alguns factores de risco que lhe estão associados, e discute os resultados da investigação sobre a relação entre exposição a maus-tratos e comportamentos de risco para a saúde.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] define os maus-tratos como todas as formas de maltrato físico, emocional, sexual, e negligência, resultando em potencial ou real dano para a saúde da criança, a sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (Butchart, Harvey, Mian, Fűrnis, & Kahane, 2006). Em 1999, a OMS considerou o fenómeno como um problema de saúde pública a nível mundial, em resultado da estimativa de 40.000.000 de crianças vítimas de maus-tratos. Só no ano de 2002, estimou em cerca de 31 mil os óbitos ocorridos por homicídio em crianças com menos de 15 anos (Butchart, Harvey, Mian, Fűrnis, & Kahane, 2006). Para além destas estimativas serem preocupantes, a OMS aponta que uma parte significativa dos maus-tratos nunca chega a ser detectada.

Apesar de os maus-tratos terem sido considerados, em 1999, como um problema de saúde pública, não significa que o problema seja actual. Os maus-tratos sempre existiram ao longo da história da humanidade. No entanto, foi no decorrer do século XX que houve uma mudança na atitude para com os maus-tratos e para com os direitos da criança. A infância começou a ser percebida como um período de extrema importância para o desenvolvimento de uma pessoa, sobretudo, ao nível dos cuidados de carácter relacional e psicológico.

Os maus-tratos infantis começaram a ser entendidos como um problema social durante a década de 60 (cf. Azevedo & Maia, 2006) devido ao crescente número de crianças que chegavam aos serviços de saúde com lesões não acidentais. A partir desta década, surgiu o interesse da comunidade científica em estudar os maus-tratos, desde estudos epidemiológicos, a estudos realizados com o objectivo de compreender, explicar e intervir no fenómeno.

Na década de 70, a partir do primeiro “National Incidence Study of Child Abuse and Neglect” (NIS-1, 1979), os hospitais dos Estados Unidos identificaram 77.000 casos de abuso de crianças entre 3 de Maio de 1979 e 30 de Abril de 1980 (cit. por Hampton & Newberger, 1985). Outro estudo, realizado apenas com uma amostra de hospitais da Pennsylvania, registou um total de 348 crianças identificadas como vítimas de maus-tratos, no ano de 1995 (Forjuoh, 2000). No Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-3, Sedlak & Broadhurst, 1996), o número estimado de crianças nos Estados Unidos, abusados ou negligenciados, foi de 1.553.800. O NIS-3 total reflecte um aumento 67% desde a estimativa do NIS-2, que indicou o total de 93 1000 crianças em 1986, e corresponde a um aumento 149% desde a estimativa do NIS-1 em 1980 de 625.100 crianças. Dados mais recentes, de 2005 e 2006, de acordo com o National Child Abuse and Neglect Data System, apontam para um valor estimado em 3,3 milhões de crianças referenciadas por abuso ou negligência, apoiados pelos serviços sociais, e 6,0 milhões de crianças sinalizadas pelas Comissões de Protecção, tendo sido confirmadas como vítimas de abuso e negligência, um total de 899.000 crianças em 2005 (National Data Archive on Child Abuse and Neglect, 2005), e 905,000 no ano de 2006 (National Data Archive on Child Abuse and Neglect, 2006). No decorrer do ano de 2006, cerca de 1530 crianças (comparado com 1,460 em 2005) morreram em consequência de maus-tratos, em que

78% eram crianças menores de 3 anos, 75,9% perpetrados pelos pais (National Data Archive on Child Abuse and Neglect, 2006). No Canadá, no ano de 1998, foram realizadas 135,573 investigações de casos suspeitos de maus-tratos (Trocmé, & Wolfe, 2001).

Quanto à prevalência e incidência dos diferentes tipos de maltrato, a negligência tem sido o tipo de maltrato com maior ocorrência, seguido do abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico (National Data Archive on Child Abuse and Neglect, 2006) apesar de, em certos países, o abuso sexual e o abuso físico estarem ao mesmo nível da negligência (Butchart, Harvey, Mian, Fürniss, & Kahane, 2006; World Health Organization, 1999).

De considerar que estes dados indicam apenas os maus-tratos oficialmente identificados. Provavelmente uma percentagem muito significativa de maus-tratos nunca chega a ser detectada ou comunicada. Para além disso, apesar de não ser uma análise exaustiva, sugerem uma tendência muito significativa do aumento dos maus-tratos em crianças e adolescentes, embora se possa considerar a hipótese de os serviços estarem cada vez mais atentos aos sinais de maltrato (cf. Canha, 2000).

#### Factores de risco associados aos maus-tratos na infância

Diversos estudos foram realizados com o objectivo de se identificar os factores que aumentam a probabilidade de uma criança ser vítima de maus-tratos na família. Dos factores de risco identificados, inclui-se a idade, tendo-se verificado que as crianças nos primeiros anos de vida têm maior probabilidade de sofrer maus-tratos (Marshall & English, 1999; Sedlak & Broadhurst, 2006), problemas relacionados com as próprias crianças que as predispõe para os maus-tratos (DePanfilis & Zuravin, 1999; Hamilton & Browne, 1999; Marshall & English, 1999) como problemas ao nível do desenvolvimento (DePanfilis & Zuravin, 1999; Marshall & English, 1999) temperamento difícil (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Kotch, Browne, & Ringwalt, Stewart, Ruina, Holt, Lowman, & Jung, 1995) problemas do comportamento, dificuldades de aprendizagem e problemas de saúde (Hamilton & Browne, 1999).

Progenitores adolescentes e jovens adultos têm maior probabilidade de maltratar os seus filhos (Dixon, Browne, Hamilton-Giachritsis, 2005; Brown, et al., 1998), com estatuto sócio-económico baixo e baixa formação académica (Brown, et al., 1998), baixo suporte social e isolamento (Crouch, Milner, & Thomsen, 2001; DePanfilis & Zuravin,

1999; Kotch et al., 1999; English & Marshall, 1999) abuso de substâncias (abuso de álcool, uso/abuso de drogas ilícitas) (DePanfilis & Zuravin, 1999; English & Marshall, 1999; Hamilton & Browne, 1999; Kotch et al., 1999). Outros factores associados incluem a violência entre o casal (DePanfilis & Zuravin, 1999; English & Marshall, 1999; Hamilton & Browne, 1999) Perturbações Psiquiátricas (Dixon, Browne, Hamilton-Giachritsis, 2005; Pears & Capaldi, 2001; Yehuda, Halligan, & Grossman, 2001), poucas competências interpessoais e ao nível da resolução de problemas, antecedentes criminais, estratégias de coping inadequadas, baixa auto-estima (DePanfilis & Zuravin, 1999; English & Marshall, 1999; Hamilton & Browne, 1999; Kotch et al., 1999), características de personalidade (Schumacher, Smith, & Heyman, 2001; Todd & Gesten 1999), atitudes e crenças face ao castigo e disciplina (Ashton, 2001), famílias reconstituídas e famílias monoparentais (Brown, et al., 1998), baixo envolvimento e baixa afectividade nas relações (Brown, et al., 1998).

A investigação tem também sugerido factores de risco específicos para cada tipo de maltrato. Um estudo concluiu que o baixo envolvimento materno, separação da mãe nos primeiros anos de vida e problemas durante o período perinatal, são factores de risco para o abuso físico, ao passo que a pobreza e famílias de grande dimensão foram fortemente associadas à negligência. Ser do género feminino, ter deficiência, mãe falecida, e crianças a viver com padrasto, foram factores associados ao abuso sexual (Brown, et al., 1998).

No âmbito do estudo dos factores de risco existe um fenómeno de particular relevância e interesse por parte dos investigadores, que tem sido o estudo do ciclo de transmissão intergeracional dos maus-tratos (English & Marshall, 1999; Zuravin, Mcmillen, Panfilis, & Risley-Curtiss, 1996), definido como o processo através do qual as atitudes e comportamentos parentais influenciam, propositadamente ou inadvertidamente, as gerações seguintes, implicando, pelo menos, três gerações, nomeadamente, os avós, pais e filhos (Uzendoorn, 1992). Actualmente é consensual entre os investigadores que os indivíduos com história de abuso e negligência têm uma maior probabilidade de maltratar os seus filhos e perpetuar a transmissão dos maus-tratos ao longo das gerações (Pears & Capaldi, 2001).

Efectivamente, os maus-tratos na infância são extremamente prejudiciais ao desenvolvimento de uma criança. O impacto que produz no desenvolvimento físico e psicológico leva a que, investigadores e clínicos, bem como toda a comunidade em geral, se preocupem em mobilizar esforços para prevenir e intervir neste fenómeno. Porém, os indicadores epidemiológicos são preocupantes. Apesar de os serviços estarem cada vez mais atentos aos sinais de maltrato, os números apontados não podem ser negligenciados. De facto, a questão pertinente que se coloca, poderá não passar só pela quantidade de serviços existentes na comunidade, que estão alertas a este tipo de maltrato, mas também saber qual a sua eficácia em termos de prevenção, em que a identificação dos factores de risco é fundamental na elaboração dos planos de intervenção.

#### Os maus-tratos na infância e o desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta

Diversos estudos têm vindo a demonstrar que os maus-tratos na infância aumentam a probabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia e queixas físicas na adolescência e idade adulta, potencializando também os comportamentos de risco para a saúde.

Entre as perturbações que têm sido associadas às experiências de maltrato na infância, encontram-se as Perturbações da Ansiedade e Depressão (Widom, DuMont, & Czaja, 2007; Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Heim & Nemeroff, 2001), Perturbações da Personalidade (Battle, Shea, Johnson, Yen, Zlotnick, Zanarini, Sanislow, Skodol, Gunderson, Grilo, McGlashan, & Morey, 2004; Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999), Perturbação Pós-Stress Traumático (Lang, Aarons, Gearity, Laffaye, Satz, Dresselhaus, & Stein, 2008), Perturbação de Pânico (Goodwin, Fergusson, & Horwood, 2005), comportamentos anti-sociais (MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong, & Beardslee, 2001), menor capacidade para lidar com acontecimentos de vida negativos (Harkness, Bruce, & Lumley, 2006), alucinações, independente de história de uso de substâncias (Whitfield, Dube, & Felitti, 2005), ideação suicida e tentativas de suicídio, conduta auto-lesiva, com aumento do risco quando comumente associados com a Depressão, alcoolismo e uso de drogas ilícitas (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson, & Giles, 2001; Brown, et al., 1999) e mudanças neurobiológicas ao nível da funcionalidade e estrutura cerebral (Watts-English, Fortson,

Gibler, Hooper, & De Bellis, 2006; De Bellis, 2005; Teicher, Andersen, Polcari, Andersen, Navalta, & Kim, 2003; Heim & Nemeroff, 2001).

O impacto negativo na idade adulta em resultado das experiências de abuso e negligência, motivou diversos investigadores a interessarem-se pelas trajetórias de vulnerabilidade, em função da idade em que foram vítimas de abuso e/ou negligência. Um estudo recente verificou que os maus-tratos perpetrados nos primeiros anos de vida têm um maior risco para desenvolver sintomas de ansiedade e depressão na vida adulta, ao passo que a exposição aos maus-tratos numa fase posterior é mais preditiva de problemas comportamentais na idade adulta (Kaplow & Widom, 2007).

Para além do impacto a nível da psicopatologia e problemas de comportamento, a investigação tem demonstrado que os maus-tratos são preditores de comportamento de risco para a saúde e condições físicas.

#### Comportamentos de risco para a saúde e Condições físicas

As experiências de abuso e negligência na infância têm sido associadas com o aumento de comportamentos de risco para a saúde e problemas de saúde física, durante o período da adolescência e início da idade adulta (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, & Marks, 1998), nomeadamente, uso/abuso de substâncias ilícitas (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles, & Anda, 2003), dependência da nicotina (Hussey, Chang, & Kotch, 2006; Anda, Croft, Felitti, Nordenberg, Williamson, & Giovino, 1999), dependência do álcool (Hussey, et al., 2006; Anda, Whitfield, Felitti, Chapman, Edwards, Dube, & Williamson, 2002), maior envolvimento em comportamentos sexuais de risco (Rodgers, Lang, Laffaye, Satz, Dresselhaus, & Stein, 2004; Hillis, Anda, Felitti, & Marchbanks, 2001), infecções sexualmente transmissíveis (Hillis, Anda, Felitti, Nordenberg, & Marchbanks, 2000), gravidez na adolescência (Hillis, Anda, Dube, Felitti, Marchbanks, & Marks, 2004; Anda, Chapman, Felitti, Edwards, Williamson, Croft, & Giles, 2002), e comportamentos auto-lesivos recorrentes (e.g., cortes, queimaduras, e golpes auto-infligidos) (Yates, Carlson, & Egeland, 2008).

Para além dos comportamentos de risco, os problemas de saúde associados a história de maltrato incluem, maior recorrência a urgências hospitalares e queixas físicas que interferem nas actividades diárias (Chartier, Walker, & Naimark, 2007), somatização e dissociação (Yates, et al., 2008), doenças cardiovasculares (Batten, Aslan, Maciejewski, &

Mazure, 2004), cancro, doenças crónicas do pulmão, infecção hepática e fracturas ósseas (Felitti, et al., 1998), maior propensão a inflamações (Danese, Pariante, Caspi, Taylor, & Poulton, 2007), fragilização do sistema imunológico (Lemieux, Coe, & Carnes, 2008), obesidade (Silva & Maia, 2007; Gustafson & Sarwer, 2004; Grilo, Masheb, Brody, Toth, Burke-Martindale, & Rothschild, 2005), perturbações do comportamento alimentar (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002) e mais sintomas e doenças físicas (Walker, Gelfand, Katon, Koss, Korff, Bernstein, & Russo, 1999). Uma outra área estudada inclui a revitimização da mulher em violência doméstica na idade adulta (Bensley, Van Eenwyk, & Wynkoop, 2003).

### Conclusões

Os maus-tratos na infância têm suscitado grandes preocupações a nível mundial, quer pela sua dimensão e frequência, quer pelos danos que provoca no funcionamento das crianças, em muitos casos resultando em morte. Por outro lado, as preocupações centram-se na prevenção e intervenção, pela criação de planos de intervenção mais eficazes e sensíveis à sua detecção, bem como a tentativa por parte da investigação em contornar as diversas limitações existentes neste domínio. Porém, apesar de existirem algumas limitações, a investigação tem dado um forte contributo para a compreensão deste fenómeno, com a demonstração do seu impacto negativo, a curto e a longo prazo, no desenvolvimento da criança e adolescente. Mais recentemente, preocupou-se em estudar o seu impacto ao nível da saúde, tendo-se concluído que os maus-tratos aumentam a probabilidade de comportamentos de risco na adolescência e início da idade adulta, associados ao desenvolvimento de doenças e queixas físicas. Tendo em conta que a adolescência é caracterizada como um período crítico de desenvolvimento, no qual imensos comportamentos e atitudes são experimentados pelo indivíduo, com propensão a comportamentos de risco que colocam em causa o seu estado de saúde, e, por vezes, a saúde pública em geral. Muitos destes comportamentos, acima referidos, têm efeitos nefastos imediatos, outros, consequências que se prolongam para a idade adulta, envolvendo até uma probabilidade de resultarem em morte (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, & Marks, 1998; Call, Riedel, Hein, McLoyd, Petersen, & Kipke, 2002).

Um dos factores apontado como fundamental à saúde do adolescente, é o contexto relacional em que este último está inserido, fortemente influenciador dos comportamentos de saúde a desenvolver. Contextos inadequados falham na protecção do adolescente, contribuindo para a sua alienação, dificultando mesmo a promoção da sua integração na sociedade e o desenvolvimento de comportamentos de saúde. Contudo, a importância deste contexto relacional não se limita à fase da adolescência. Os maus-tratos ou experiências adversas ocorridas na infância (numa fase em que a natureza das relações entre pais e filhos deveria envolver constante cuidado e protecção) são particularmente prejudiciais ao desenvolvimento. Na realidade, o trauma vivido na infância é sobretudo relacional, perpetrado por quem deveria proteger a criança, colocando em causa o desenvolvimento de factores de resiliência genéticos, neurobiológicos, sociais e psicológicos (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer, & Maughan, 2007).

### Referências

Anda, R., Whitfield, C., Felitti, V., Chapman, D., Edwards, V., Dube, S., Williamson, D., (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *American Psychiatric Association*, 53, 1001-1009.

Anda, R.F., Chapman, D.P., Felitti, V.J., Edwards, V., Williamson, D.F., Croft, J.P., & Giles, W.H., (2002). Adverse Childhood Experiences and Risk of Paternity in Teen Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 100, 37-45.

Anda, R.F. Croft, J.B., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Giles, W.H., Williamson, D.F., Giovino, G.A. (1999). Adverse Childhood Experiences and Smoking During Adolescence and Adulthood. *Journal of The American Medical Association*, 282, 1652-1658.

Ashton, V. (2001). The relationship between attitudes toward corporal punishment and the perception and reporting of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25, 389-399.

Azevedo, M.C., & Maia, A.C. (2006). Maus-tratos à criança. Lisboa: Climepsi Editores.

Batten, S., Aslan, M., Maciejewski, P., & Mazure, C., (2004) Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *Journal Clinical Psychiatry*, 65, 249-54.

Battle, C., L., Shea, T., M., Johnson, D., M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M., C., Sanislow, C., A., Skodol, A., E., Gunderson, J., G., Grilo, C., M., McGlashan, T., H., Morey, L., C., (2004). Childhood Maltreatment Associated With Adult Personality



Disorders: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 193-211.

Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Wynkoop S.K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 38-44.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G. & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1065-1078.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. & Smailes, E. (1999). Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effect on Adolescent and Young Depression and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1490-1496.

Hamilton, C. E., & Browne, K.D. (1999). Police Recognition of the Links between Spouse Abuse and Child Abuse. *Child Maltreatment*, 4, 136-147.

Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., Fűrnis, T., & Kahane, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.

Canha, J., (2000). *Criança Maltratada*. Coimbra: Quarteto Editora.

Chartier, M., Walker, J., & Naimark, B., (2007). Childhood Abuse, Adult Health, and Health Care Utilization: Results from a Representative Community Sample. *American Journal of Epidemiology*, 165, 1031-1038.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B., (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229.

Crouch, J.L., Milner, J.S., & Thomsen, C. (2001). Childhood physical abuse, early social support, and risk for maltreatment: current social support as a mediator of risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 93-107.

Danese, A., Pariante, C., Caspi, A., Taylor, A., & Poulton, R., (2007). Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104, 1319-1324.

De Bellis, M.D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10, 150-172.

DePanfilis, D. & Zuravin, S.J. (1999). Predicting child maltreatment recurrences during treatment. *Child Abuse & Neglect*, 23, 729-743.

Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 47-57.

Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R., (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111, 564-572.

Dube, S., R., Anda, R., F., Felitti, V., J., Chapman, D., P., Williamson, D., F., & Giles, W., H., (2001). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span. *The Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3096.

Edwards, V. J. , Holden, G.W., Felitti, V. J., & Anda, R.F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in

Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M., & 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, 245-258.

Forjuoh, S.N. (2000). Child maltreatment related injuries: incidence, hospital charges, and correlates of hospitalization. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1019-1025.

Goodwin, R., Fergusson, D., & Horwood, J., (2005). Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychological Medicine*. 35, 881-890.

Grilo, C., Masheb, R., Brody, M., Toth, C., Burke-Martindale, C., Rothschild, B., (2005). Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates. *Obesity Research Journal*, 13, 123-30.

Gustafson, T. B. & Sarwer, D. B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews*, 5, 129-135.

Hampton, R.L., & Newberger, E.H. (1985). Child abuse incidence and reporting by hospitals: significance of severity, class, and race. *American Journal of Public Health*, 75, 56-60

Harkness K., L., Bruce, A., E., & Lumley, M., N., (2006). The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 115, 730-41.

Heim, C., & Nemeroff, C., B., (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.

Hillis, S., Anda, R., Dube, S., Felitti, V., Marchbanks, P., & Marks, J., (2004). The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death. *Pediatrics*, 113, 320-327.

Hillis, S., Anda, R., Felitti, V., Nordenberg, D., & Marchbanks, P., (2000). Adverse Childhood Experiences and Sexually Transmitted Diseases in Men and Women: A Retrospective Study. *Pediatrics*, 106, 1-6.

Hillis, S.D., Anda, R.F., Felitti, V.J. & Marchbanks, P.A. (2001). Adverse Childhood Experiences and Sexual Risk Behaviors in Women: A Retrospective Cohort Study. *Family Planning Perspectives*, 33, 206-211.

Hussey, J., M., Chang, J., J., & Kotch, J., B., (2006). Child Maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences. *Pediatrics*, 118, 933-942.

Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J., (2002). Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159, 394-400.

Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M., Bernstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56, 600-606.

Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 176-187.

Kotch, J.B., Browne, D.C., Ringwalt, C.L., Stewart, P.W., Ruina, E., Holt, K., Lowman, B., & Jung, J. (1995). Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children. *Child Abuse & Neglect*, *19*, 1115-1130.

Lang, A., J., Aarons, G., A., Gearity J., Laffaye, C., Satz, L., Dresselhaus, T., R., & Stein, M., B., (2008). Direct and indirect links between childhood maltreatment, posttraumatic stress disorder, and women's health. *Behavioral Medicine*, *33*, 125-136.

Lemieux, A., Coe, L.C., & Carnes, M. (2008). Symptom severity predicts degree of T cell activation in adult women following childhood maltreatment. *Brain, Behavior, and Immunity*, *22*, 994-1003.

MacMillan, H., L., Fleming, J., E., Streiner, D., L., Lin, E., Boyle, M., H., Jamieson, E., Duku, E., K., Walsh, C., A., Wong, M., & Beardslee, W., R., (2001) Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1878-1883.

Marshall, D.B. & English, D.J. (1999). Survival Analysis of Risk Factors for Recidivism in Child Abuse and Neglect. *Child Maltreatment*, *4*, 287-296.

Pears, K.C., & Capaldi, D.M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, *25*, 1439-1461.

Rodgers, C., Lang, A., Laffaye, C., Satz, L., Dresselhaus, T., & Stein, M., (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse & Neglect*, *28*, 575-586.

Schumacher, J.A., Smith, A.M., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*, *6*, 231-254.

Sedlak, A., J., & Broadhurst, D., D. (1996). *Executive Summary of the Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.

Silva, S., & Maia, A., (2007). Experiências adversas na infância e na idade adulta em sujeitos com obesidade mórbida: o que é que tem mais “peso” para a adaptação actual? I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Org.) - *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 1-13)*. Porto: Universidade do Porto.

Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C., Navalta, C., & Kim, D., (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *27*, 33-44.

Todd, M. K. & Gesten E.L. (1999). Predictors of Child Abuse Potential in At-Risk Adolescents. *Journal of Family Violence*, *14*, 417-436.

Trocme, N., & Wolfe, D. (2001). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ontario: Minister of Public Works and Government Services, Canada.

U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, (2005). *Child Maltreatment 2005*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2006). *Child Maltreatment 2006*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Uzendoorn, M.H.V. (1992). Intergenerational Transmission of Parenting: A Review of Studies in Nonclinical Populations. *Developmental Review*, *12*, 76-99.

Walker, E.A., Gelfand, A., Katon, W. J. Koss, M.P., Von Korff, M., Bernstein, D., Russo J. (1999). Adult health status of Women with histories of childhood abuse and neglect. *The American journal of medicine*, 107, 332-339.

Watts-English, T., Fortson, B., Gibler, N., Hooper, S., & De Bellis, M., (2006). The Psychobiology of Maltreatment in Childhood. *Journal of Social Issues*, 62, 717-736.

Whitfield, C., L., Dube, S., R., Felitti, V., J., & Anda, R., F. (2005) Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse & Neglect*, 29, 797-810.

Widom, C., S., DuMont, K., & Czaja, S. (2007). A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up. *Archives of General Psychiatry*, 64, 49-56.

World Health Organization (1999). Who recognizes child abuse as a major public health problem. *Press Release* [On-Line].

Disponível: <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-20.html>

Yates, T.M., Carlson, E.A., & Egeland B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20, 651-671

Yehuda, R., Halligan, S.L. & Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, 13, 733-753.

Zuravin, S., Mcmillen, C., Panfilis, D., & Risley-Curtiss, C. (1996). The Intergenerational Cycle of Child Maltreatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 315-334.