

Versão Portuguesa do *Family ACE Questionnaire* **(Questionário da História de Adversidade na Infância)**

Susana Silva & Ângela Maia
(Universidade do Minho, Portugal)

O estudo das experiências adversas na infância tem recebido uma grande atenção pelos investigadores nos últimos anos na medida em que são um dos principais factores de risco para problemas psicossociais na idade adulta, quer sob a forma de psicopatologia, quer sob a forma de queixas e problemas de saúde.

A adversidade tem sido descrita como a exposição a um conjunto de circunstâncias pouco favoráveis para o normal desenvolvimento humano (e.g. Rizzini & Dawes, 2001; Gunnar, 2000). Estas circunstâncias podem referir-se a acontecimentos mais ou menos comuns que afectam o corpo, o *self* e a mente, cobrindo um conjunto de experiências físicas, emocionais, sexuais e mentais.

O facto deste tipo de experiências ser bastante comum na população geral, e estar associado a elevada mortalidade e morbilidade, tem acentuado a importância de integrar a história de desenvolvimento na avaliação clínica e da elaboração de instrumentos que possam ser usados na investigação nesta área.

O grupo de investigação norte-americano conhecido como *Adverse Childhood Experiences – ACE* (e.g. Felitti, Anda, Nordenber, Williamson, Spitz & Edwards, 1998) tem realizado estudos muito importantes no âmbito dos efeitos da adversidade, tentando perceber de que forma estas experiências se relacionam com a mortalidade e a morbilidade. Estes estudos centram-se em análises retrospectivas e prospectivas, com cerca de 17 mil participantes, acerca do efeito que as experiências de vida adversas durante os primeiros 18 anos de vida irão e estão a ter no bem-estar geral, funcionamento social, comportamentos de risco para a saúde, doenças e problemas de saúde, custos de saúde e na esperança média de vida (Felitti & Anda, in press). Estes estudos têm sido realizados com um número muito significativo de participantes da população geral e de amostras específicas, o que reforça a significância dos resultados.

O primeiro estudo realizado por este grupo de investigação (Felitti et al, 1998) surgiu associado a um programa de perda de peso, em que se verificou uma elevada taxa de abandono bem como uma grande incapacidade de perda e manutenção do peso. Os dados desta investigação mostraram, de forma surpreendente, que as experiências adversas durante a infância e a adolescência eram muito frequentes nesta população. Este facto levou os autores a concluir que a intervenção não estava voltada para as reais causas da obesidade e iniciou o interesse do grupo pela compreensão do impacto que as experiências de adversidade vivida na

infância têm na idade adulta. Os investigadores verificaram que a prevalência destas experiências na população geral também era inesperadamente elevada (Felitti & Anda, in press).

Para a realização destes estudos, o grupo de investigação norte-americano construiu um questionário de auto-relato para adultos, que pretende avaliar as experiências de adversidade ocorridas na infância – *Family ACE Questionnaire* (Felitti & Anda, 1998).

Os estudos aqui relatados pretendem descrever a prevalência das experiências relatadas em diferentes populações portuguesas e analisar a relação que estas experiências têm com indicadores de perturbação psicológica.

Método

Instrumentos¹

Para atingir os objectivos do nosso estudo utilizamos o **Questionário da História de Adversidade na Infância**, tradução por Silva e Maia (2006) do *Family ACE Questionnaire* (Felitti & Anda, 1998) e o *Brief Symptoms Inventory* (Derogatis, 1993, adaptado por Canavarro, 1995).

O **Questionário da História de Adversidade na Infância** é um questionário de auto-relato para adultos, que pretende avaliar a ocorrência de experiências de adversidade na infância. Ele é composto por 77 itens organizados em questões dicotómicas, de escolha múltipla e resposta breve. As experiências de adversidade vividas na infância agrupam-se em 3 categorias: experiências contra o indivíduo, ambiente familiar disfuncional e negligência.

Em seguida é apresentada uma breve caracterização de cada uma destas categorias tal como foram definidas e estudadas no âmbito do grupo de investigação que temos vindo a referir (Anda, Felitti, Bremner, Walker, Whitfield & Perry, 2006; Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004; Dong, Williamson, Thompson, Felitti & Anda, 2004).

1. **Abuso emocional** é uma categoria cotada numa escala de likert que varia entre 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes e que se caracteriza pela existência frequente ou muito frequente (cotado com “muitas” ou “muitíssimas vezes”) de situações de insulto ou medo de violência física, sendo avaliada pelas questões “*Quantas vezes os seus pais, padrastos ou outro adulto que vivia em sua casa o insultou ou lhe disse palavrões?*”, “*Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa agiram de forma que o deixou com medo que o magoassem fisicamente?*”, e “*Quantas vezes os seus pais, padrastos ou outro adulto que vivia em sua casa ameaçou bater ou atirar com alguma coisa mas não o fez?*”.

¹ Atendendo ao facto de todos os estudos utilizarem os mesmos instrumentos, a sua descrição é apresentada antes da caracterização de cada um dos estudos.

2. **Abuso físico** é uma categoria cotada numa escala de likert que varia entre 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes) e que se caracteriza pela existência frequente ou muito frequente (cotado com “algumas vezes”, “muitas” ou “muitíssimas vezes”) de situações em que a criança foi batida por algum adulto de forma violenta deixando sequelas. Esta categoria é avaliada pelas questões “*Com que frequência lhe bateram?*”, “*Com que severidade lhe bateram?*” (que varia entre 0 “não forte” e 4 “muito forte”), “*Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa efectivamente o puxou, agarrou ou atirou com alguma coisa?*”, e “*Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa lhe bateram com tanta força que deixou marcas ou feriu?*”.
3. **Abuso sexual** é definido pela existência de experiências sexuais antes dos 18 anos com um adulto ou uma pessoa pelo menos cinco anos mais velho. Estas experiências referem-se apenas a adultos que podem ser pessoas da família, outra pessoa que vivesse em casa, um amigo da família ou um estranho. Esta categoria é avaliada através das seguintes questões dicotómicas “*Algum adulto tocou ou acariciou o seu corpo de uma forma sexualizada?*”, “*Tocou o corpo delas de uma forma sexualizada?*” “*Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo?*”, “*Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo?*”.
4. **Exposição a violência doméstica** é cotada a partir de quatro itens adaptados do Conflict Tactics Scale (1978, citado em Anda et al., 2006) e avaliam a ameaça ou agressão física à mãe ou madrasta. As questões desta categoria são “*Com que frequência o seu pai, padrasto ou namorado da mãe puxou, agarrou ou atirou com alguma coisa?*”, “*Pontapeou, mordeu, bateu com a mão, ou bateu com algum objecto?*”, “*Bateu repetidamente durante alguns minutos?*”, “*Ameaçou com uma faca ou arma, ou usou uma faca ou arma para magoar?*”. Considera-se exposição a situações de violência doméstica se alguma destas questões tiver acontecido “algumas vezes”, “muitas” ou “muitíssimas vezes”.
5. **Abuso de substâncias no ambiente familiar** é avaliado pelo consumo de álcool ou drogas por alguma pessoa que habitasse com o indivíduo. Esta categoria é avaliada por duas questões categoriais, “*Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?*”, e “*Havia alguém em sua casa que usasse drogas?*”.
6. **Divórcio ou separação parental** foi avaliado a partir de uma questão dicotómica “*Os seus pais eram divorciados ou separados?* “.

7. **Prisão de um membro da família** é avaliada pela questão dicotômica “*Alguém em sua casa esteve na prisão?*”.
8. **Doença mental ou suicídio** caracteriza-se pela existência de algum elemento da família que apresentasse, durante a infância do indivíduo, algum tipo de doença mental ou tivesse realizado alguma tentativa de suicídio. Esta categoria é avaliada pelas seguintes questões dicotômicas “*Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?*”, e “*Alguma das pessoas que vivia consigo tentou suicidar-se ou suicidou-se?*”.
9. **Negligência física** é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades básicas da criança quer a um nível físico, quer biológico. Esta categoria é avaliada através de afirmações directas e invertidas em que se averigua, numa escala de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes), a frequência desta tipo de experiências. As afirmações utilizadas são “*Não tinha o suficiente para comer.*”, “*Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.*”, e pelos seguintes itens invertidos “*Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger.*”, “*Havia quem lavasse a roupa.*”, “*Havia quem me levasse ao médico caso necessitasse.*”. Considera-se que a experiência ocorreu se algum item for cotado com “muitas” ou “muitíssimas vezes”.
10. **Negligência emocional** é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades emocionais e afectivas da criança. Esta categoria, cotada numa escala de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) é composta pelas afirmações “*Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante.*”, “*Senti-me amado*”, “*As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros.*”, “*As pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras.*”, “*A minha família era fonte de força e suporte.*”. Considera-se que a experiência ocorreu se algum item for cotado, como “nunca” ou “raramente”.

Para cada um dos sujeitos, atendendo ao valor em cada uma das categorias de adversidade antes apresentada, calcula-se uma nova variável - **Adversidade Total**. A Adversidade Total surge do somatório do valor com que foi classificado cada sujeito em cada uma das categorias, em que se atribui o valor “zero” se o sujeito não relata essa forma de adversidade ou o valor “um” se essa adversidade é relatada (note-se que na maior parte das formas de adversidade isto implica adversidade “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”). Esta variável pode variar entre zero (se o sujeito não é positivo em qualquer das categorias) e dez (se o sujeito obtém pontuação positiva em todas as categorias).

No âmbito dos estudos da equipa Americana, o estudo da validade deste instrumento, através de um teste-reteste, com 644 sujeitos, verificou um coeficiente de Kappa de .56 a .72 para as categorias de abuso físico, abuso emocional e violência doméstica, e de .46 a .86 para as restantes categorias, o que levou os autores a concluírem pela sua adequação (Dube et al, 2004).

O *Brief Symptoms Inventory* (Derogatis, 1993, adaptado por Canavarro, 1995, 1999) é um inventário construído como uma versão abreviada do SCL-90-R (Derogatis, 1977). É um instrumento de auto-resposta constituído por 53 itens, onde o sujeito deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala tipo likert, cotado desde “nunca” (0) a “muitíssimas vezes” (4). Este instrumento avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões básicas e três Índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos, Índice de Sintomas Positivos). Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas. Estudos de fiabilidade e validade indicam que este instrumento avalia adequadamente a psicopatologia (Canavarro, 1999).

ESTUDO 1. Experiências adversas e psicopatologia em obesos mórbidos pré e pós cirurgia bariátrica em comparação com não obesos (Silva & Maia, 2007; Capela, 2008; Silva & Maia, em preparação)

Participantes: Este estudo é constituído por três grupos: um grupo clínico de obesos pré-cirurgia, um grupo de obesos pós-cirurgia e um grupo de controlo.

O *grupo clínico de obesos pré-cirurgia* é composto por 100 participantes, 20% ($n = 20$) do género masculino e 80% ($n = 80$) do género feminino, com idades compreendidas entre os 21 e 61 anos ($\bar{X} = 38.89$, $DP = 9.87$). A média do peso máximo dos sujeitos é de 136.43 Kg ($DP = 14$) e a média do peso actual é de 125.57 Kg ($DP = 13.79$).

O *grupo clínico de obesos pós-cirurgia* é composto por 46 participantes, sendo 15.2% ($n = 7$) do género masculino e 84.8% ($n = 39$) do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 55 anos ($\bar{X} = 38.93$, $DP = 9.80$). A média do peso máximo dos sujeitos é de 126 Kg ($DP = 19$), a média do peso actual é de 103.18 Kg ($DP = 21.15$) e a média de peso mínimo após a cirurgia é de 90.67 Kg ($DP = 18.54$).

O *grupo controlo* é composto por 80 participantes, 87.5% do género feminino ($n = 70$) e 12.5% do género masculino ($n = 6$), com idades compreendidas entre os 19 e 62 anos ($\bar{X} = 36.88$, $DP = 10.215$). A média do peso máximo é de 67.03 Kg ($DP = 10.367$) e a média de peso actual é de 61.6 Kg ($DP = 8.809$).

Procedimento: Os dados relativos à população clínica foram recolhidos numa Consulta Multidisciplinar de Obesidade de um Hospital da região Norte de Portugal. Os dados relativos ao grupo controlo foram recolhidos em vários Centros de Saúde da região Norte de Portugal, depois de se verificar que os sujeitos não tinham obesidade mórbida.

Todos os sujeitos foram avaliados individualmente depois da obtenção da autorização e da respectiva instituição e consentimento informado.

Resultados: No quadro 1 encontra-se a frequência (e percentagem) dos participantes nas diferentes categorias de adversidade, a estatística descritiva do índice geral de sintomas e a relação entre este índice e a adversidade.

Quadro 1: Estatística descritiva das experiências de adversidade na infância relatadas por obesos mórbidos pré e pós cirurgia e não obesos, Índice Geral de Psicopatologia e Correlação de Spearman

	Obesos pré cirurgia		Obesos pós-cirurgia		Grupo controlo	
	(n = 100)		(n = 46)		(n = 80)	
Experiências adversas na infância	N	%	N	%	N	%
Abuso emocional	55	55	10	21.7	8	10
Abuso físico	54	54	7	15.2	8	10
Abuso sexual	25	25	6	13	3	3.8
Exposição a violência doméstica	60	60	4	8.7	5	6.3
Abuso de substâncias	57	57	14	30.4	15	18.8
Divórcio ou separação parental	30	30	3	6.5	4	5
Doença mental ou suicídio	59	59	6	13	8	10
Prisão de um membro da família	32	32	3	6.5	2	2.5
Negligência física	48	48	24	52.2	17	21.3
Negligência emocional	50	50	24	52.2	21	26.3
Adversidade total	$\bar{X} = 4.05$ (DP = 2.67; Moda = 5)		$\bar{X} = 2.20$ (DP = 1.65; Moda = 2)		$\bar{X} = 1.65$ (DP = .89; Moda = 1)	
IGS	$\bar{X} = 1.24$ (DP = .80)		$\bar{X} = 1$ (DP = 1)		$\bar{X} = .89$ (DP = .50)	
R _{sp} Adversidade e IGS	.608***		.292		.131	

*** $p < .000$

Como se pode observar, estas experiências são bastante mais relatadas pelos sujeitos obesos do que pelos do grupo controlo, sendo que os obesos pré-cirurgia relatam mais experiências de adversidade na infância do que o grupo de obesos pós-cirurgia.

No grupo de *obesos pré-cirurgia*, podemos observar que mais de metade dos sujeitos relata ter tido experiências de abuso emocional, abuso físico, exposição a violência doméstica, abuso de substâncias e doença mental ou suicídio. Verificamos ainda que as experiências de negligência continuam a ser bastante relatadas pelos sujeitos mas com menor prevalência. O cálculo da variável Adversidade Total deu origem a uma média de 4.05 sendo que cinco é o valor de adversidade mais frequentemente relatado. Verificamos que estes sujeitos apresentam um índice geral de sintomas (avaliado pelo BSI) claramente superior ao da população geral e que a adversidade na infância se relaciona de forma positiva com esta dimensão.

No grupo de *obesos pós-cirurgia*, verificamos que as experiências de adversidade na infância também são prevalentes neste grupo. Como podemos observar as experiências mais relatadas pelos sujeitos são as experiências de negligência, sendo que mais de metade dos sujeitos relata ter tido experiências de negligência física e experiências de negligência emocional. Podemos, ainda, verificar que 1 em cada 3 sujeitos relata ter sido exposto a situações de abuso de substâncias por parte de elementos da família. O cálculo da variável de Adversidade Total deu origem a uma média de 2.20 sendo que dois é o valor de adversidade mais frequentemente relatado. Estes sujeitos apresentam um índice geral de sintomas ligeiramente superior ao da população geral. Não se verifica qualquer relação entre a adversidade e o índice de morbidade psicológica.

No grupo *controle*, podemos observar que as experiências de adversidade na infância são pouco frequentes. Ainda assim, salientam-se como experiências mais relatadas pelos sujeitos a negligência física e emocional. O cálculo da Adversidade Total originou uma média de 1.65 sendo que o valor de adversidade mais frequentemente relatado é um. Verificamos que estes sujeitos apresentam um índice geral de sintomas muito semelhante ao da população geral.

Estudo 2: Experiências adversas e psicopatologia em reclusas (Alves, s/d)

Participantes: Este estudo é composto por 42 reclusas, com idades compreendidas entre os 17 e os 51 anos de idade. A média de idade é de 31 ($DP = 9.27$).

Procedimento: Estes dados foram recolhidos num Estabelecimento Prisional do Norte do país. Depois de obtida a autorização dos Serviços Prisionais bem como a obtenção da autorização e consentimento informado, todas as participantes foram avaliadas individualmente com os instrumentos referidos anteriormente.

Resultados: No quadro 2 encontra-se a frequência (e percentagem) das participantes nas diferentes categorias de adversidade bem como o índice geral de sintomas e a relação entre adversidade na infância e o índice de morbidade psicológica.

Quadro 2: Estatística descritiva das experiências de adversidade na infância relatadas por reclusas, Índice Geral de Sintomas e Correlação de Spearman

Experiências adversas na infância	N	Reclusas (n = 42)	
			%
Abuso emocional	18		42.9
Abuso físico	16		38.1
Abuso sexual	11		26.2
Exposição a violência doméstica	14		33.3
Abuso de substâncias	26		61.9
Divórcio ou separação parental	21		50
Doença mental ou suicídio	23		54.8
Prisão de um membro da família	21		50
Negligência física	22		52.4
Negligência emocional	19		45.2
Adversidade total	$\bar{X} = 4.55 (DP = 3.07 ; Moda = 5)$		
IGS	$\bar{X} = 1.45 (DP = .69)$		
R _{sp} Adversidade e IGS	.569***		

*** $p < .000$

Como podemos observar, estas experiências são bastante frequentes neste grupo, sendo que mais de metade dos sujeitos relata experiências de abuso de substâncias, divórcio ou separação parental, doença mental ou suicídio, prisão de um membro da família e negligência física. Verificamos ainda que um número muito significativo de sujeitos relata ter tido experiências de abuso emocional, abuso físico e negligência emocional. O cálculo da Adversidade Total deu origem a uma média de 4.55 sendo que o valor de adversidade mais frequentemente relatado é 5. Verificamos que este grupo apresenta um índice geral de sintomas claramente superior ao da população geral e que este se relaciona de forma muito significativa com a adversidade.

Estudo 3: Experiências adversas e psicopatologia em estudantes universitários (Paixão, em preparação)

Participantes: Este estudo é composto por 195 estudantes universitários da área da saúde, 21,5 % (n = 42) do género masculino e 78.5% (n = 153) do feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 37 anos ($\bar{X} = 22.3, DP = 2.77$).

Procedimento: Estes dados foram recolhidos nos cursos da área da saúde de várias instituições do Ensino Superior no Norte de Portugal. Depois de obtida a autorização institucional bem como a obtenção da autorização e consentimento informado, todos os participantes foram avaliados em grupo.

Resultados: No quadro 3 encontra-se a frequência (e percentagem) das participantes nas diferentes categorias de adversidade, o índice geral de sintomas e a relação entre a adversidade e o IGS.

Quadro 3: Estatística descritiva das experiências de adversidade na infância em estudantes universitários, Índice Geral de Sintomas e Correlação de Spearman

Experiências adversas na infância	Estudantes Universitários (n = 195)	
	N	%
Abuso emocional	15	7.7
Abuso físico	5	2.6
Abuso sexual	3	1.6
Exposição a violência doméstica	7	4.1
Abuso de substâncias	7	4.1
Divórcio ou separação parental	7	4.1
Doença mental ou suicídio	26	13.3
Prisão de um membro da família	1	.5
Negligência física	33	17
Negligência emocional	48	24.6
Adversidade total	$\bar{X} = 1.7$ (DP = .90 ; Moda = 1)	
IGS	$\bar{X} = 1.05$ (DP = .55)	
R _{sp} Adversidade e IGS	.104	

Podemos observar que as experiências de adversidade na infância são pouco relatadas por estes sujeitos, salientando-se apenas o facto de 1 em cada 4 sujeitos relatar experiências de negligência emocional durante a infância. Verificamos ainda que apenas um sujeito relata ter tido um membro da família na prisão durante a infância. O cálculo da Adversidade Total deu origem a uma média de 1.7 sendo que 1 é o número de adversidade mais frequentemente relatada. No que se refere ao índice geral de sintomas, verificamos que estes sujeitos apresentam valores médios ligeiramente superiores aos da população geral.

Discussão e Conclusões

Ao analisarmos cada um dos estudos separadamente verificamos que existe uma elevada prevalência de experiências de adversidade nos participantes obesos e nas reclusas, e que a prevalência destas experiências nos estudantes universitários e no grupo controlo é pouco significativa.

No caso dos participantes obesos, as experiências de adversidade são mais prevalentes no grupo pré-cirurgia do que no grupo pós-cirurgia. Relativamente ao grupo pré-cirurgia, verificamos uma elevada representatividade das dimensões de abuso voltadas para o indivíduo (abuso emocional, físico e sexual), do ambiente familiar disfuncional (exposição a violência doméstica, abuso de substâncias e doença mental ou suicídio) e negligência.

Por sua vez, no grupo pós-cirurgia, verificamos que as experiências de adversidade relatadas são menos frequentes. No entanto, continua a verificar-se uma elevada representatividade das experiências de negligência bem como de abuso de substâncias no ambiente familiar.

No estudo realizado com reclusas, verificamos que existe uma elevada prevalência das diferentes experiências de adversidade sendo as mais representativas as dimensões de abuso voltadas para o ambiente familiar disfuncional (abuso de substâncias, doença mental ou suicídio e divórcio ou separação parental) e para a negligência.

O estudo realizado com os estudantes universitários, mostra que as experiências de adversidade são pouco frequentes nesta população sendo que as dimensões de negligência (física e emocional) são as mais relatadas.

O abuso físico é relatado por um número bastante significativo de obesos pré-cirurgia e de reclusas, o que confirma a ideia de que este é um dos tipos de adversidade mais frequente (Felitti et al, 1998; Felitti & Anda, *in press*). Por outro lado, nestes dois grupos, verifica-se uma elevada prevalência de situações de abuso emocional nestas populações, que, tal como é referido na literatura, surge frequentemente associado a situações de abuso físico (Anda et al, 2006).

O abuso sexual, apesar de ser bastante menos frequentes em todos os estudos, dada a sua gravidade merece toda a atenção uma vez que se reporta a situações de maior violência e ameaça (Felitti et al, 1998; Felitti & Anda, *in press*; Anda et al, 2006).

As situações de negligência quer física quer emocional são menos frequentes do que as experiências de adversidade anteriormente analisadas, no caso dos obesos pré-cirurgia e das reclusas, mas mais frequentes no grupo dos obesos pós-cirurgia, no grupo controlo e em estudantes universitários. Esta situação poderá dever-se ao facto de, na presença de maus-tratos mais activos, este tipo seja desvalorizado e, na ausência de maus-tratos mais activos, este tipo

seja valorizado (Barudy, 1998). No entanto, de uma forma global, um número muito considerável de sujeitos refere a presença de situações de negligência física e emocional.

Relativamente às situações de um ambiente familiar disfuncional, estas são pouco frequentes no caso dos estudantes universitários, no grupo controlo e nos obesos pós-cirurgia. O mesmo não acontece nos grupos de obesos pré-cirurgia e de reclusas. Nestes casos podemos verificar que a maioria dos sujeitos relata experiências de exposição a violência doméstica, abuso de substâncias e doença mental ou suicídio. Há semelhança do que é referido na literatura (Felitti et al, 1998; Felitti & Anda, *in press*; Anda et al, 2006), existe uma elevada co-morbilidade entre estes tipos de adversidade, uma vez que o abuso de substâncias, está muitas vezes associado a mais situações de violência familiar. Por outro lado, resultante desta violência e mal-estar familiar, é provável que existam mais situações de psicopatologia e tentativas de suicídio. Além disso, a presença de um ambiente familiar disfuncional surge, muitas vezes, como um factor incrementador de maior adversidade a nível individual.

Assim, verificamos que, no grupo dos obesos pré-cirurgia e das reclusas, existe uma elevada co-morbilidade entre os diferentes tipos de experiências de adversidade, sendo que a maioria destes sujeitos relata a existência de quatro ou mais situações de adversidade em simultâneo. Nestes estudos, e à semelhança do que é referido por Felitti e Anda (1998), em situações de adversidade, não tende a existir apenas adversidade relacionada com o sujeito mas com todo o ambiente familiar. Ou seja, em situações de maus-tratos infantis é provável que existam outros problemas ao nível da dinâmica e funcionamento familiar.

Ao nível da psicopatologia, verificamos que os obesos, as reclusas e os estudantes universitários apresentam valores médios superiores aos do grupo controlo e aos da população geral, sendo que no caso dos obesos pré-cirurgia e das reclusas se verifica uma forte associação entre a psicopatologia e a adversidade na infância. Desta forma, verificamos que, tal como é referido na literatura (cf. Felitti & Anda, *in press*) em situações de maior adversidade na infância são relatados mais comportamentos de risco na idade adulta bem como mais problemas de saúde física e mental e, conseqüentemente, uma menor adaptação e funcionalidade na idade adulta.

Podemos observar que, tal como seria de esperar, estas experiências são pouco frequentes quer na população universitária quer no grupo controlo. Uma vez que estes sujeitos apresentam um bom nível de funcionamento actual bem como uma boa adaptação à sua realidade nada faria prever que existissem grandes experiências de adversidade ao longo da sua vida. Por um lado, verificamos que estas experiências são bastante relatadas pelas reclusas, o que reforça a ideia de que a adversidade e a ausência de factores protectores se relaciona e pode resultar num mau funcionamento na idade adulta. No entanto, e ao contrário do que seria de

esperar, verificamos que estas experiências ocorrem de forma muito prevalente no grupo de obesos pré-cirurgia mas o mesmo não acontece no grupo pós-cirurgia. Estas diferenças podem dever-se a diversos factores que discutiremos mais abaixo.

O facto de se ter verificado uma acentuada diferença na distribuição de experiências adversas quando se compara os grupos clínicos ou de risco por comparação à população normal, sugere que o instrumento utilizado para caracterizar as experiências vividas parece ser sensível e ter validade, medindo aquilo que se propunha medir. Do mesmo modo as relações obtidas com psicopatologia sugerem validade divergente, tanto mais que a literatura é consistente sobre o impacto das experiências negativas sobre a perturbação mental. No entanto as diferenças igualmente observadas entre os grupos de obesos pré e pós cirurgia levantam questões que têm de ser discutidas.

Uma primeira explicação pode centrar-se nas características do próprio grupo e estes resultados reflectirem reais diferenças entre as experiências vividas. De facto os sujeitos que pertencem ao grupo pós-cirurgia apresentam um peso médio máximo claramente inferior ao grupo pré-cirurgia Este facto pode indicar que estes sujeitos têm histórias mais favoráveis e apresentam características mais funcionais, e por isso mesmo já realizaram a cirurgia, enquanto os outros, devido à sua não adaptação, não conseguem cumprir as exigências para ser submetido à cirurgia e continuam na lista de espera.

Uma segunda explicação tem de considerar as limitações dos estudos retrospectivos sobre experiências na infância e adolescência.

A vasta literatura neste âmbito aponta para o facto dos estudos retrospectivos acerca do abuso poderem ser influenciados por erros de reminiscência e viés de evocação que podem afectar a prevalência observada (Briere, 1992; Brewin, 1993; Finkelhor, 1994; Williams, 1994, Maughan & Rutter, 1997 citados por Fergusson, Horwood & Woodward, 2000; Widom, Raphael & DuMont, 2004).

Vários estudos (Lewinshon & Rosenbaum, 1987; Widom, 1989 citados por Fergusson et al, 2000; Widom et al, 2004)) referem que estado de saúde actual (física e psicológica) e o estado de humor, podem influenciar a forma como os sujeitos evocam e avaliam as experiências na infância. Quando o humor é mais negativo todas as experiências ocorridas vão ser lembradas de forma negativa e/ou o sujeito irá evocar mais as experiências negativas. No nosso caso, verificamos que o grupo pré-cirurgia apresenta valores de morbilidade psicológica mais elevados podendo, por isso, estar a ser influenciado por esta tendência. Por outro lado, os indivíduos mais saudáveis no momento do relato têm maior probabilidade de evocarem e interpretarem as experiências de forma mais positiva. No nosso estudo com obesos, verificamos

que o grupo pós-cirurgia apresenta um melhor estado de saúde e por isso, podem estar a relatar menos adversidade.

As memórias autobiográficas de acontecimentos adversos podem ser sujeitas a esquecimento e reconstrução, da mesma forma que as memórias de outros acontecimentos, sendo que o aumento de tempo entre o acontecimento e a sua recordação vai estar associado a um menor detalhe e fidelidade das memórias. Este esquecimento pode ser influenciado por factores associados ao abuso, como a idade da criança, a cronicidade do abuso, a relação entre a vítima e o perpetrador, e o grau de ameaça e violência que existiu na situação (Fergusson et al, 2000). Alguns autores (Holmes, 1990; Pope & Hudson, 1995; Memon & Young, 1997, citados por Fergusson et al, 2000) referem que o esquecimento destas experiências e a repressão destas memórias pode ser uma forma que a vítima encontra para se proteger.

Apesar do instrumento que utilizamos não envolver apreciações subjectivas (do tipo “os seus pais gostavam de si?”), baseando-se antes no relato de experiências concretas e por isso menos susceptíveis de serem influenciadas pelo estado mental, neste momento não nos é possível averiguar qual o contributo do humor para os acontecimentos relatados. As experiências de adversidade na infância são um terreno sensível e pessoal, é possível que muitos sujeitos recusem relatar essas experiências num questionário ou numa entrevista podendo reflectir alguma vergonha, o desejo de proteger o perpetrador (principalmente quando se reporta a membros da família), e/ou o desejo de esquecer e evitar falar acerca dessas experiências (Melchert & Parker, 1997 citados por Fergusson et al, 2000).

O tema da validade dos estudos retrospectivos de experiências de adversidade na infância continua controverso e envolvido de uma grande ambiguidade de resultados. A investigação nas experiências adversas na infância precisa de compreender o significado destes relatos e as suas relações com o funcionamento actual. Assim, é fundamental a utilização de outros designs de investigação que permitam ultrapassar estas limitações e compreender melhor a etiologia, prevalência e consequências destas experiências. Desta forma, e apesar dos diferentes estudos aqui relatados (Silva & Maia, 2007; Silva & Maia, in press; Capela, 2008; Alves, em preparação; Paixão, em preparação) apontarem para o facto deste instrumento ter um elevado poder preditivo do funcionamento actual e ser relevante para a avaliação de experiências de adversidade na infância, é fundamental realizar estudos longitudinais (que estão já em desenvolvimento) que nos permitam elaborar análises do tipo teste-reteste e assim averiguar de forma mais cuidada as qualidades psicométricas deste instrumento. Do mesmo modo a utilização de mais do que um instrumento poderá contribuir para análises mais rigorosas do Questionário de História de Adversidade na Infância.

Referências

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. & Perry, B. D. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Alves, J. (em preparação). Experiências Adversas Durante a Infância e Comportamentos de Risco para a saúde em reclusas. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecossistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Canavarro, C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In M. Gonçalves, L. Almeida, & M. Simões (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal (volume II)*. Braga: APPORT.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J. & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.
- Capela, S. (2008). *A adaptação pós-cirúrgica em obesos mórbidos submetidos a cirurgia bariátrica: compreensão dos resultados por referência a dados pré-cirurgia*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica. Braga: Universidade do Minho.
- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adults HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28, 729-737.
- Gunnar, M.R. (2000). Early adversity and the development of stress reactivity and regulation. In C.A Nelson (Ed), *The effects of early adversity on neurobehavioral development* (pp. 163-200). London: LEA.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M. & Edwards, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Felitti, V. J. & Anda, R. F. (in press). The relationship of adverse childhood experiences to adult health, well-being, social functioning, and healthcare.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*, 30: 529-544.

- Paixão, D. (em preparação). Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Rizzini, I. & Dawes, A. (2001). Editorial on cultural diversity and childhood diversity. *Childhood, 8*: 811-828.
- Silva, S. & Maia, A. (2007). Experiências adversas na infância de adultos com obesidade mórbida. *Acta Médica Portuguesa, 20*, 495-501.
- Silva, S. & Maia, A. (em preparação). Adversidade na infância e psicopatologia – um estudo comparativo entre obesos e não obesos.
- Widom, CS, Raphael, KG, DuMont, KA (2004). The case for prospective longitudinal studies in child maltreatment research: commentary on Dube, Williamson, Thompson, Felitti and Anda (2004). *Child Abuse & Neglect, 28*: 715-722.