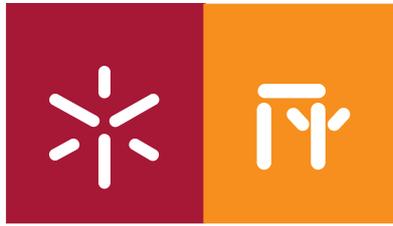




Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Joana Ferreira Cardoso Alves

**Experiências Adversas na Infância e
Comportamentos de Risco para a
Saúde em Mulheres Reclusas**



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Joana Ferreira Cardoso Alves

**Experiências Adversas na Infância e
Comportamentos de Risco para a
Saúde em Mulheres Reclusas**

Mestrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do
Professora Doutora Ângela da Costa Maia

Abril de 2009

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

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos.

À Professora Ângela Maia.

À Dra. Adelina e a toda a equipa do estabelecimento prisional.

A todas as reclusas que, de um modo voluntário, participaram neste estudo.

A toda a minha família, especialmente aos meus pais e irmãos.

Ao Nuno e à Luisinha, a quem dedico este trabalho.

Resumo.

Esta tese de dissertação intitula-se “Experiências Adversas na Infância e Comportamentos de Risco para a Saúde em Mulheres Reclusas”.

A adversidade durante a infância tem sido um dos temas alvo de numerosos estudos no âmbito da Psicologia, devido à sua prevalência e ao forte impacto no desenvolvimento do indivíduo.

Os resultados mais prevalentes vão de encontro ao facto das experiências adversas durante a infância aumentarem o risco de perturbações físicas e psicológicas na idade adulta.

Neste sentido, a presente dissertação, tem como objectivo caracterizar as experiências adversas durante a infância e relacionar a adversidade com comportamentos de risco para a saúde e com sintomas de psicopatologia, em 42 mulheres reclusas num estabelecimento prisional do norte do país.

Os instrumentos de medida utilizados foram: o Questionário Sócio-demográfico e História de Vida e *Brief Symptom Inventory*.

Na amostra em estudo, a maioria das mulheres relata um quadro complexo de diversas experiências adversas durante a sua infância. Num total possível de dez categorias de adversidade, verificamos uma média de adversidade total de 5.05 (DP=2.63), assim como uma elevada prevalência de comportamentos de risco para a saúde e de sintomatologia psicopatológica. Os resultados indicam uma forte relação entre adversidade e sintomas psicopatológicos, porém, a relação entre adversidade e o índice de comportamentos de risco para a saúde não é tão saliente.

Estes resultados permitem-nos concluir que as mulheres detidas viveram um elevado número de experiências adversas durante a infância e que na idade adulta apresentam muitos sintomas de psicopatologia e, paralelamente, um elevado número de comportamentos de risco que podem comprometer o seu estado de saúde e perpetuar o ciclo de violência.

Assim, salientamos a importância de considerar as experiências adversas nos planos de intervenção junto desta população, no sentido de minimizar os seus efeitos. E, numa perspectiva mais generalista, torna-se fundamental incrementar planos de prevenção ao nível das experiências adversas na infância.

Abstract.

This dissertation addresses the topic "Adverse Childhood Experiences and Health Risk Behaviours in Women Prisoners."

Adversity during childhood has been the object of innumerable Psychology studies, justified by its prevalence and decisive impact in the development of human being. The most relevant results confirm that adverse childhood experiences increase the incidence of physical and psychological disturbances in adult age.

The present dissertation intends to characterize adverse childhood experiences and relate them to health risk behaviour and with psychopathological symptoms, as found within a sample group of 42 female inmates of a correctional facility located in the north of Portugal.

In this study it was applied as measure instruments the following questionnaires: the Social-demographic and Life History Questionnaire, and Brief Symptom Inventory. Within the sample under analyses, the majority of the women describe a complex frame of several adverse experiences during their young age. From a total of ten possible types of adversity we have confirmed an average of total adversity of 5.05 (SD=2.63), as well as a high frequency of health risk behaviour and psychopathological symptoms.

The results show a high correlation between adversity and psychopathological symptoms. That correlation, however, is not as strong between adversity and the indicator of health hazardous behaviour.

These same results allow us to conclude that the detainees faced a high frequency of adverse experiences during childhood and that in their adult age show several symptoms of psychopathology. Concurrently, they engage in a high number of cases of risk behaviour that might result not only in severe degradation of their health conditions, but also contribute to the perpetuation of the violence cycles they are involved in.

Being so, we point out the importance of taking in consideration the adverse childhood experiences in the layout of the plans of intervention towards this population in order to minimize its consequences.

In a more general approach, it is of decisive relevance to build preventive plans to avoid adverse childhood experiences.

Índice.

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	viii
Introdução	1
1. Experiências Adversas Durante a Infância	5
1.1. Perspectiva desenvolvimental	6
1.2. Definição de experiências adversas	8
1.3. Tipologia de experiências adversas	9
1.4. Prevalência de experiências adversas	11
2. Comportamentos de Risco para a Saúde	15
2.1. Relação comportamento- saúde	16
2.2. Definição de comportamentos de risco para a saúde	17
2.3. Tipos de comportamentos de risco para a saúde	18
2.3.1. Inatividade física	19
2.3.2. Consumo de tabaco	20
2.3.3. Consumo de álcool	21
2.3.4. Consumo de substâncias ilícitas	22
2.3.5. Comportamento sexual de risco	22
2.3.6. Tentativa de suicídio	23
2.4. Determinantes psicossociais da saúde	24
3. Impacto das Experiências Adversas durante a Infância na Idade Adulta	25
3.1. Consequências da adversidade	26
3.2. Adversidade e comportamentos de risco para a saúde	28
3.3. Adversidade e psicopatologia	31
4. Modelos Explicativos da Experiências Adversas	33
4.1. Modelos Biológicos	34
4.2. Teoria da Vinculação	37
4.3. Teoria Cognitiva Social	39
4.4. Pirâmide ACE	40
5. Metodologia	43

5.1. Introdução	44
5.2. Definição de objectivos	46
5.3. Variáveis	47
5.4. Hipóteses	47
5.5. Desenho e método	48
5.6. Participantes	48
5.4. Instrumentos	49
5.5. Procedimento	53
6. Apresentação dos Resultados	55
6.1. Apresentação descritiva dos dados	56
6.1.1. Experiências adversas na infância	56
6.1.2. Comportamentos de risco para a saúde na idade adulta	62
6.1.3. Sintomas psicopatológicos	64
6.2. Análises inferenciais das variáveis em estudo	65
7. Discussão dos Resultados e Conclusões	69
7.1. Discussão dos Resultados	70
7.2. Conclusões	76
Bibliografia	80

Lista de Tabelas.

6.1 – Estatística Descritiva da Categoria Abuso Físico	56
6.2 – Estatística Descritiva da Categoria Abuso Emocional	57
6.3 – Estatística Descritiva da Categoria Abuso Sexual	57
6.4 – Estatística Descritiva da categoria Negligência Física	58
6.5 – Estatística Descritiva da categoria Negligência Emocional	59
6.6 – Estatística Descritiva da categoria Familiares Consumidores de Substâncias	59
6.7 – Estatística Descritiva da categoria Prisão de um Membro da Família	59
6.8 – Estatística Descritiva da categoria Doença Mental ou Suicídio na Família	60
6.9 – Estatística Descritiva da categoria Divórcio ou Separação Parental	60
6.10 – Estatística Descritiva da categoria Mãe Vítima de Violência Doméstica	61
6.11 – Estatística Descritiva da Variável Adversidade Total	61
6.12 – Estatística Descritiva dos Comportamentos de Risco para a Saúde	62
6.13 – Estatística Descritiva da Variável Índice Comportamentos de Risco para a Saúde	64
6.14 – Sintomas Psicopatológicos (BSI) dos participantes do estudo por referência à população geral	65
6.15 – Resultados da Correlação de Spearman entre as diferentes variáveis	65
6.16 – Resultados da análise de regressão linear utilizando como preditor o índice de adversidade e como variável predita o comportamento de risco total	66
6.17 – Resultados da análise de regressão linear utilizando como preditor o índice de adversidade e como variável predita o índice geral de sintomas (BSI)	66
6.18 – Resultados da análise de regressão linear utilizando como preditor a adversidade total e como variável predita o índice geral de sintomas (BSI)	66
6.19 – Resultados da Correlação de Spearman entre Adversidade Total e os Índices de Psicopatologia	67
6.20 – Resultados da análise de regressão logística utilizando como preditor a adversidade total e como variável predita as tentativas de suicídio	68

Lista de Figuras.

1.1 - Esquema adaptado por Alberto, 2006 a partir de Vesterdal, 1991	12
4.1 – Esquema adaptado por Silva, 2006, a partir de Felitti et al., 1998	40

Introdução.

Nesta secção iremos efectuar uma introdução das duas problemáticas patentes nesta dissertação, a adversidade durante a infância e os comportamentos de risco para a saúde. De seguida apresentamos o modo como o trabalho está organizado, salientando os temas abordados nos diferentes capítulos.

As doenças estão cada vez mais controladas e, com os rápidos avanços que se têm feito sentir nas ciências médicas, os tratamentos e a longevidade vão deixando de ser um mistério para se tornarem em realidades acessíveis a grande parte dos indivíduos. Porém, a prevalência da doença crónica tem aumentado e o tipo de doenças que mais têm vindo a colocar em causa a qualidade de vida dos indivíduos e, em última instância a sua própria vida, têm uma etiologia maioritariamente comportamental. Assim, mesmo havendo mais resposta para a doença, esta não deixa de ser uma condição ameaçadora, causadora de sofrimentos imensuráveis e destruidora de projectos, famílias e vidas. Será então pertinente e urgente aumentar os esforços para permitir desenvolver o conhecimento acerca dos factores predictores do comportamento do indivíduo e, deste modo, possibilitar os avanços da promoção e protecção da saúde.

Pensando o indivíduo numa perspectiva holista, e tendo em consideração o seu desenvolvimento contínuo e cumulativo, temos sempre que considerar o comportamento humano como resultado de uma imensa interacção de diversos factores externos e internos, passados e presentes. Neste sentido, as experiências adversas durante a infância, nomeadamente o abuso pessoal, a negligência e a disfunção familiar, têm vindo a ser consideradas como parte integrante desses factores que podem ter consequências a longo prazo no comportamento e no estado de saúde do indivíduo.

Durante muito tempo a adversidade não foi considerada, talvez pela dificuldade de a definir, talvez pela dificuldade de a encontrar, uma vez que muitas destas experiências são vividas em silêncio, talvez pelo desconhecimento dos seus efeitos, ou mesmo pela incapacidade de a controlar.

Hoje sabe-se que a percentagem de indivíduos a sofrer experiências adversas durante a infância é elevada e, têm-se desenvolvido algumas questões que vão no sentido de evoluirmos na compreensão do que é a adversidade, quais são os factores de risco, quais são os factores protectores, qual a sua influência no desenvolvimento dos diferentes seres humanos, qual a sua relação com o modo como as pessoas se comportam e com o modo como as pessoas vivem.

No início das investigações sobre experiências adversas, o estudo dos maus-tratos dirigidos ao indivíduo teve um significativo destaque, investindo-se assim no conhecimento relacionado com os abusos físicos, emocionais e sexuais. No entanto, o domínio da adversidade tem vindo a ser alargado e, nos dias de hoje, consideram-se como experiências adversas as agressões directas ao indivíduo, mas também as omissões de cuidados e as condições gerais que afectam o ambiente e o equilíbrio

familiar onde o indivíduo está inserido (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks, 1998).

Para além de se alargar o leque de experiências consideradas como adversas, tem-se também verificado o poder cumulativo dessas mesmas experiências. É sabido que estas experiências tendem a ocorrer em simultâneo e que quanto maior for o número de experiências adversas, maior é o seu efeito na vulnerabilidade do desenvolvimento (Dong, Anda, Dube, Giles & Felitti, 2003; Dong et al., 2004).

Considerando a infância como uma fase de desenvolvimento fulcral para a construção e crescimento do ser humano, e sabendo que todas as nossas vivências são integradas e têm uma influência significativa naquilo que somos, tanto a nível físico, cognitivo, emocional, comportamental, como social, vários investigadores têm-se focado no estudo das experiências adversas durante a infância, no seu significado ao longo da vida e na sua influência ao nível da saúde física e mental do ser humano.

Neste sentido, diversos estudos têm comprovado os efeitos da adversidade durante a infância nos comportamentos relacionados com a saúde, no desenvolvimento de inúmeras patologias, como por exemplo doenças coronárias, doenças oncológicas e doenças infecciosas, e no estado de saúde mental dos indivíduos em idade adulta (Felitti, et al., 1998; Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles, Robert & Anda, 2003; Rodgers, Lang, Laffaye, Satz, Dresselhaus & Stein, 2004; Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004). Contribuindo assim, a exposição à adversidade para precipitar ou exacerbar patologias do foro físico ou psíquico.

Neste trabalho centramos a nossa atenção numa população onde a adversidade tem sido descrita como muito prevalente, as mulheres criminosas. Há, ao longo da literatura, evidências que apontam que tais experiências adversas aumentam a probabilidade de envolvimento em actos criminosos.

A hipótese sobre o ciclo de violência, fundamentada pela Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, vem de encontro a esta ideia, sugerindo que as crianças que são expostas a padrões de comportamento violento têm maior probabilidade de usar esses comportamentos no futuro. Sendo a vivência de situações de abuso um risco acrescido para a perpetuação de actos violentos (Sani, 2004).

Um estudo efectuado por Mullings, Marquart e Brewer (2000), refere que as mulheres que foram abusadas durante a infância são presas em idades precoces, têm mais probabilidade de viver em condições de marginalidade, apresentam mais consumos de substâncias ilícitas, têm mais histórias de prostituição e envolvem-se num

maior número de comportamentos de risco para a saúde. Num outro estudo, Green, Miranda, Daroowalla e Siddique (2005) mencionam que atendendo a que o número de mulheres que cometem crimes e que se encontram detidas é ainda diminuto, embora tenha vindo a aumentar, também o número de investigações que lhes são dedicadas é baixo, tendo vindo a ser dada pouca atenção a esta população.

Colocamo-nos então perante o desafio de estudar um grupo de mulheres reclusas, no sentido de averiguar a prevalência de experiências adversas durante a infância, de comportamentos de risco para a saúde e de psicopatologia, e verificar se existe algum tipo de relação entre a adversidade e os comportamentos de risco para a saúde.

No primeiro capítulo desta dissertação abordamos a temática das experiências adversas durante a infância segundo uma perspectiva desenvolvimental e debatemos, do ponto de vista conceptual, as experiências que são consideradas como adversas.

O segundo capítulo trata da relação entre comportamento e saúde, e são nele apresentados os principais comportamentos de risco para a saúde e os seus determinantes psicossociais.

O terceiro capítulo incide sobre o impacto das experiências adversas durante a infância na idade adulta, tanto ao nível físico como psíquico.

No quarto capítulo apresentamos uma breve revisão bibliográfica acerca dos modelos explicativos do efeito das experiências adversas no desenvolvimento do indivíduo e no seu comportamento.

Após o enquadramento teórico, o quinto, sexto e sétimo capítulos reportam à investigação propriamente dita. De início é apresentada a metodologia de investigação utilizada, os objectivos do estudo, a caracterização dos participantes, assim como a descrição dos instrumentos utilizados na recolha dos dados e o procedimento adoptado. Posteriormente têm lugar a descrição exhaustiva dos dados em estudo e os principais resultados obtidos após análise estatística. Terminando esta dissertação com uma discussão dos resultados à luz dos principais estudos da área e com as conclusões centrais que a investigação permitiu apurar.

Capítulo 1.

Experiências Adversas Durante a Infância

Neste primeiro capítulo será abordada a temática das experiências adversas durante a infância segundo uma perspectiva desenvolvimental. Iremos definir, enquadrar e clarificar os diferentes tipos de experiências consideradas como adversas no presente estudo, nomeadamente o abuso, a negligência e a disfunção familiar, assim como destacar a sua prevalência a nível mundial e nacional.

“Adversity is conceptualized broadly as conditions that threaten physical or emotional well-being.”

(Gunnar, 2000, pp.163)

Adversidade é um conceito amplo, abrangendo todas as circunstâncias desfavoráveis para o desenvolvimento humano normativo (Rizzini & Dawes, 2001).

Neste sentido, diversas linhas de investigação têm-se dedicado ao estudo da relação entre os diferentes tipos de experiências adversas, do seu impacto a nível físico, psicológico e social e das suas consequências no desenvolvimento do sujeito. Porém, a questão fulcral desta temática levanta-se ao pensarmos no porquê de certas pessoas com vivências adversas apresentarem maior probabilidade de desenvolver patologias (biológicas, psicológicas e sociais) num futuro mais ou menos próximo, e outras pessoas, que experimentam igualmente adversidade, apresentarem um desenvolvimento normativo/adaptativo ao longo de todo o ciclo de vida.

Esta questão coloca-nos perante a necessidade de considerar os factores tidos como mediadores e ter por base uma noção bem clara do desenvolvimento humano e, essencialmente, do seu carácter cumulativo. Caso contrário, para quê estudar nos adultos vivências da infância?

1.1.PERSPECTIVA DESENVOLVIMENTAL

O conceito de desenvolvimento humano envolve mudanças qualitativamente diferentes e reorganizações comportamentais relacionadas com a idade (Sroufe, Cooper & Dehart, 1996). As mudanças qualitativas são alterações desenvolvimentais que implicam transformações, e não o simples aumento da capacidade física ou cognitiva, e que vão obrigar o sujeito em desenvolvimento a usar capacidades novas e a reorganizar o seu comportamento. Estas mudanças são contínuas (constroem-se ao longo dos dias), ordenadas (obedecem a uma sequência lógica englobando experiências anteriores e preparando experiências futuras), cumulativas (construídas a partir do que já se adquiriu anteriormente) e direccionais (movem-se em direcção de uma maior complexidade) (Sroufe et al., 1996).

O desenvolvimento não é resultado de um factor único, mas é causado por uma multiplicidade de factores que estão em constante interacção (Figueiredo, 1998b), devendo, por isso, ser considerado numa perspectiva holista, resultado de reorganizações qualitativas dentro e entre os diferentes sistemas que compõem o ser

humano – psicológico, biológico e social. Gaspar, Ribeiro, Matos e Leal (2008) apontam o desenvolvimento positivo e saudável como consequência de uma influência conjunta das relações entre o indivíduo em desenvolvimento, de factores biológicos, psicológicos, família, comunidade, cultura, ambiente físico e nicho histórico.

É na constante interacção do indivíduo com meio que surgem as tarefas desenvolvimentais que permitem o curso do seu desenvolvimento durante todo o ciclo de vida, ou seja, as regulações para um desenvolvimento adaptativo surgem de uma interacção bidireccional entre o indivíduo e o seu contexto (Gaspar, Matos, Ribeiro e Leal, 2005).

O desenvolvimento normativo é caracterizado por mudanças e reorganizações comportamentais vividas pelo indivíduo durante o seu crescimento. Surgem assim, em diferentes momentos, diferentes tarefas de desenvolvimento e diferentes condições do indivíduo e do meio necessárias à sua resolução adequada. Ou seja, na determinação duma trajectória desenvolvimental estão presentes factores de risco e factores protectores que condicionam a resolução de tarefas e, conseqüentemente, a conduta do indivíduo (Figueiredo, Fernandes, Matos & Maia, 2002). Quando há sucesso na resolução de tarefas desenvolvimentais o indivíduo torna-se mais adaptado, competente e capaz, porém, uma resolução desadaptada pode implicar a emergência de perturbações psicopatológicas ou de uma conduta menos adaptada (Figueiredo et al., 2002).

Neste processo de novas aquisições, as estruturas desenvolvimentais anteriores são reorganizadas e integradas hierarquicamente nas posteriores. Assim, as experiências anteriores e os seus efeitos no desenvolvimento do indivíduo são sempre transportados para o seu futuro (Cicchetti & Cohen, 1995), havendo a possibilidade da sua emergência através da reactivação de experiências particulares em situações de maior adversidade.

Uma adaptação bem sucedida implica uma integração adaptativas dentro e entre os diferentes sistemas que constituem o indivíduo e estão presentes ao longo do seu desenvolvimento. Quando o indivíduo não é capaz de resolver determinadas tarefas desenvolvimentais, que remontam ao passado ou emergem no presente, a qualidade da integração dos diferentes sistemas pode ser afectada, comprometendo o presente e o futuro, na medida em que poderão surgir lacunas desenvolvimentais (Sroufe et al., 1996).

A continuidade do funcionamento humano pode ser mantida ao longo do tempo através da diferenciação e integração hierárquica. No entanto, os desafios do presente, podem redireccionar a trajectória do desenvolvimento no sentido de uma melhor ou pior

adaptação. Por outro lado, a adaptação prévia constrange a subsequente (Figueiredo et al., 2002), ou seja, quanto mais tempo o indivíduo permanecer numa trajetória inadaptada, mais dificuldade terá em retomar uma trajetória adaptativa. Neste sentido, Sroufe e colaboradores (1996), defendem que o indivíduo não é indiferente às experiências precoces, nem fica eternamente marcado por elas, pois o desenvolvimento implica continuidade mas também integra a mudança.

1.2.DEFINIÇÃO DE EXPERIÊNCIAS ADVERSAS

Utilizar o termo *experiências adversas durante a infância* pode-nos levar a pensar numa diversidade imensa de situações de vida susceptíveis de ameaçar o equilíbrio do ser humano, podendo estas ir desde viver num ambiente socialmente desfavorecido até à mais dramática experiência de guerra.

Devido à enorme abrangência que esta terminologia pode ter, no presente trabalho, iremos delimitar o conceito e considerar como *experiências adversas durante a infância* diferentes formas de abuso infantil e de disfunção familiar (Hillis, Anda, Felitti, Nordenberg & Marchbanks, 2000; Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks, 1998). Isto porque, se por um lado não podemos abranger num estudo todos os tipos de adversidade a que o ser humano está sujeito ao longo do seu desenvolvimento correndo o risco de efectuar uma investigação interminável e sem especificidade, por outro, não devemos considerar apenas uma variável isolada e alienarmo-nos do facto de que a adversidade é resultado de um contexto de múltiplas experiências, nunca devendo ser estudada de um modo isolado, tanto mais que elas tendem a co-ocorrer.

Dong, Giles, Felitti, Dube, Williams, Chapman e Anda (2004) reforçam esta ideia defendendo que a presença de uma experiência adversa durante a infância aumenta a prevalência de ter experiências adversas adicionais. O estudo efectuado por estes autores revela fortes evidências de que as experiências adversas durante a infância estão interrelacionadas em vez de ocorrerem independentemente. Assim, diversos investigadores defendem que só estudando as múltiplas experiências adversas durante a infância num determinado sujeito é que podemos chegar a uma possível avaliação de uma relação gradual entre a exposição a experiências adversas durante a infância e resultados sociais e de saúde.

Seguindo esta linha de pensamento, os autores do *Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study)* definem *experiências adversas durante a infância* como sofrer, até aos 18 anos, de algum tipo de abuso pessoal, como por exemplo abuso físico recorrente, abuso emocional recorrente e/ou abuso sexual; e/ou crescer num ambiente familiar disfuncional caracterizado por presença de membros consumidores de substâncias, membros que já estiveram ou estão presos, membros que estão deprimidos, já tentaram o suicídio ou estão institucionalizados devido a doença mental, mãe maltratada, famílias mono parentais, pais divorciados ou ser órfão; e/ou ser negligenciado em termos físicos ou emocionais (Felitti et al., 1998).

1.3.TIPOLOGIA DE EXPERIÊNCIAS ADVERSAS

Revedo a literatura que abrange as temáticas do abuso, dos maus-tratos ou, mais amplamente, da adversidade, verificamos que as diferentes tipologias existentes acabam por ter um cariz meramente teórico, uma vez que, na prática, é muito difícil detectar formas delimitadas de adversidade. Ou seja, diferentes tipos de maus-tratos estão presentes na mesma vítima, assim como a mesma vítima é frequentemente sujeita a repetidas experiências de maus-tratos (Azevedo & Maia, 2006). O facto de diferentes tipos de maus-tratos ocorrerem em simultâneo num mesmo sujeito, torna difícil estabelecer fronteiras entre os mesmos. Para além disso, como refere Figueiredo (1998a), os maus-tratos físicos têm consequências psicológicas, assim como os maus-tratos psicológicos têm consequências físicas, e a maioria de crianças que é sujeita aos diferentes tipos de maus-tratos é também alvo de experiências repetidas.

Porém, é necessário efectuar esta divisão tipológica uma vez que ela se torna importante para efectuar estudos e para traçar planos de prevenção e/ou intervenção (Azevedo & Maia, 2006).

Barudy (1998) distingue entre maus-tratos activos e maus-tratos passivos. Os primeiros referem-se aos comportamentos e discursos que implicam o uso da força física, sexual ou psicológica que, pela sua intensidade e frequência, provocam danos às crianças. Por maus-tratos passivos, o autor entende toda e qualquer omissão ou insuficiência de cuidados que prejudiquem o bem-estar da criança. Na categoria de maus-tratos activos encontramos o abuso físico, o abuso sexual e o abuso psicológico, e na categoria de maus-tratos passivos encontramos a negligência e o abandono.

Alberto (2006) apresenta-nos as seguintes formas de maus-tratos infantis: *Negligência e Abandono*: forma mais frequente de maltrato, caracterizada pela falha consecutiva em responder às necessidades desenvolvimentais da criança, ou seja, os cuidadores não assumem a sua função de cuidar das crianças nos vários níveis alimentar, médico, social, escolar e afectivo, nem se relacionam com elas, ignorando-as. *Maltrato Psicológico*: podendo ser estudado como entidade própria, assumindo formas específicas, ou a par de outros tipos de maus-tratos, uma vez que está presente em todas elas.

Olhando o maltrato psicológico como uma forma específica de maus-tratos, Clark e Clark (1989 *cit in* Alberto, 2006) consideram cinco categorias distintas: rejeitar; aterrorizar (ameaçar de abandono, de castigos corporais, de morte), isolar (impedir de interagir com os outros), ignorar (reduzir a estimulação táctil, intelectual e emocional) e corromper (incentivo a actividades anti-sociais e auto-destrutivas); *Abuso Físico*: traduz toda a violência exercida contra a criança, muitas vezes considerada na sua dimensão disciplinar e educacional baseada em pressupostos sócio-culturais, abrangendo por isso, também uma dimensão psicológica; *Abuso Sexual*: que tem também uma dimensão psicológica e uma dimensão física e é definido como qualquer experiência sexual, forçada ou não, tendo a vítima menos de 18 anos, que abrange desde as experiências mais passivas (por exemplo, exibição de pornografia) até à relação sexual propriamente dita (genital, anal e/ou oral), passando pelo recurso à criança para exibição de pornografia. O abuso sexual pode ter diferentes formas de interacção, nomeadamente o incesto (abuso interfamiliar), o abuso sexual por estranhos e a pedofilia (em que o abusador tem interesse por crianças ou pré-adolescentes).

Felitti e colaboradores (1998) inserem no seu estudo sobre experiências adversas durante a infância quer as experiências de que o sujeito é vítima directamente, quer um conjunto de situações inadequadas que fazem parte do ambiente familiar: *Abuso Emocional*: algum parente ou outro adulto pertencente ao ambiente familiar dirigir-se, ao sujeito com menos de 18 anos, com palavrões, insultos ou actos que o deixassem com medo de ser magoado fisicamente; *Abuso Físico*: algum parente ou adulto pertencente ao ambiente familiar puxar, agarrar, esbofetear ou atirar com algo que deixem o sujeito com menos de 18 anos com marcas ou magoado fisicamente; *Abuso Sexual*: algum adulto ou individuo pelo menos 5 anos mais velho, alguma vez ter tocado ou acariciado de uma forma sexualizada e/ou ter-se tocado a ele próprio de uma forma sexualizada na presença do menor, e/ou tentar algum tipo de relação sexual (oral, anal,

vaginal); *Negligência Emocional*: familiares não fazerem o menor sentir-se amado, especial, protegido e apoiado; *Negligência Física*: não ser alimentado adequadamente, os familiares beberem bebidas alcoólicas de tal modo que não possam cuidar do menor, lavar a sua roupa ou ter cuidados de higiene ou mesmo leva-lo ao médico e/ou proporcionar-lhe cuidados de saúde; *Disfunção Familiar*: mãe maltratada (a mãe ou madrasta ser puxada, agarrada, pontapeada, esbofeteada ou menos espancada durante algum tempo e/ou ser ameaçada com uma faca ou arma, ou mesmo agredida com estes objectos), familiares consumidores de substâncias (viver com alguém que tenha problemas com álcool ou substâncias ilícitas) familiares com doenças mentais (viver com alguém deprimido ou doente mental e/ou com alguém que tenha tentado o suicídio), pais divorciados, e membros da família presos.

É de uma enorme dificuldade, como já foi demonstrado por diversos autores, obter uma clarificação e um consenso na denominação, definição e na divisão tipológica desta temática, isto devido, essencialmente, a questões de ordem cultural e ao facto de ser necessário, na definição deste fenómeno, ter sempre em consideração a frequência, a intencionalidade com que este ocorre e as consequências que dele advêm.

Não sendo possível encontrar uma definição única, consensual e que satisfaça a comunidade científica, mais importante do que nos debruçarmos sobre esta questão, é trabalhá-la no sentido de a conhecer melhor a ela do que à sua própria definição, para a podermos combater e evitar as numerosas e desastrosas consequências que dela advêm. Nunca esquecendo que este fenómeno é uma realidade humana complexa que exige uma abordagem cuidada e multidisciplinar.

1.4.PREVALÊNCIA DE EXPERIÊNCIAS ADVERSAS

“Abusos físicos, violências psicológicas e negligências constituem um problema ao mesmo tempo frequente e grave.” (P. G. Coslin *in* Doron & Parot, 2001, pp.481)

Sabe-se que a percentagem de indivíduos que vivem experiências adversas durante a infância é extremamente elevada em todo o mundo e também no nosso país, e que os maus-tratos infantis não são, de forma alguma, um problema recente, sendo antes um fenómeno que tem vindo a tornar-se progressivamente mais visível e mais actual.

Estimar a prevalência dos maus-tratos infantis tem sido objectivo de numerosos estudos empíricos. Contudo, os resultados nem sempre são consensuais, principalmente no que diz respeito à sua frequência e às suas possíveis causas. Isto deve-se, em parte, segundo Azevedo e Maia (2006), à falta de uniformidade de critérios quanto à própria definição do conceito de maus-tratos e das metodologias usadas na definição do problema. Alguns estudos investigam a presença de história de maus-tratos na infância em indivíduos adultos, outros estudos procuram, através da observação directa de crianças ou através da consulta a registos oficiais, estimar o número de crianças sobre as quais estaria a ser perpetrado abuso.

Alberto (2006), apresenta-nos o esquema de Vesterdal (1991) onde podemos observar que os casos efectivamente conhecidos são apenas a ponta do “iceberg”, uma vez que a dificuldade de definição de maltrato em função das diferenças culturais e históricas, a dificuldade de estabelecer a linha de demarcação entre educação e maltrato, o grau de sensibilização e vigilância de médicos e educadores, a qualidade a sua formação e a reticência da comunidade em denunciar casos (Bruynooghe, 1988, Vesterdal, 1991 *in* Alberto, 2006), levam ao desconhecimento dos casos a nível dos profissionais e da população em geral.



FIGURA 1.1 - Esquema adaptado por Alberto, 2006 a partir de Vesterdal, 1991

O desconhecimento e o contra-senso dos estudos são uma realidade tanto a nível internacional como nacional. Podemos, mesmo assim, analisar dados de alguns dos estudos efectuados, tendo sempre em mente a possibilidade de não estarmos perante dados reais.

Um estudo sobre maus-tratos em crianças publicado pelo Centro de Investigação *Innocenti* da UNICEF de Setembro de 2003 revela que cerca de 3500 crianças com menos de 15 anos morrem todos os anos em consequências dos maus-tratos em países desenvolvidos, e que as crianças mais novas são as que correm maior risco. Este estudo revela ainda que Portugal, os Estados Unidos e o México são dos países desenvolvidos, os que têm números mais elevados de maus-tratos. Contudo, o estudo chama também à atenção para a convicção crescente de que a mortalidade infantil em consequência dos maus-tratos se encontra sub-representada nas estatísticas disponíveis, prevendo assim que toda a análise às estatísticas existentes deve ser cautelosa, sendo urgente que todos os países desenvolvidos adotem métodos de investigação consistentes e melhorem os métodos de recolha de dados, para que estes possam informar e orientar as políticas de protecção de infância.

Amaro (1988 *cit in* Azevedo & Maia, 2006), refere que o número de crianças negligenciadas em Portugal é cerca de 20 000 e, no que diz respeito a maus-tratos físicos, apresenta um número de 3800 famílias.

Segundo um estudo efectuado por Figueiredo, Paiva, Maia, Fernandes e Matos (2004) a prevalência de história de abuso na infância e adolescência, com base nos relatos da idade adulta, foi considerada elevada nos pais portugueses.

Os dados apresentados nas estatísticas totais anuais de 2006 da APAV mostram que a violência infantil continua a ser bastante significativa em Portugal. A associação registou 7935 processos de apoio só durante esse ano. Destes, 6772 referiram-se a vítimas que foram alvo de 15.758 crimes. Destes crimes, mais de 85% ocorreram no âmbito de situações de violência doméstica.

Hillis e colaboradores (2000), referem que a adversidade está presente na vida de quase todos os indivíduos, até mesmo nos que aparentam melhor ambiente familiar, e que estas experiências não se dão de um modo isolado, muito pelo contrário, costumam ocorrer num contexto, ele próprio, de adversidade.

A adversidade não acontece apenas nas famílias mais desfavorecidas social ou economicamente. Estes factores podem funcionar como potenciadores mas, atribuir-lhe toda a causalidade, leva-nos a uma visão muito reducionista do problema (Figueiredo,

1998a; Azevedo & Maia, 2006). Este fenómeno abarca todas as classes sociais, mesmo as mais favorecidas, e é importante ter a noção que as famílias disfuncionais surgem em todos os estratos sociais.

Assim, apesar dos avanços no estudo desta temática, a verdadeira dimensão do problema é ainda desconhecida. Porém, em qualquer dos casos acima referidos, a criança que vive experiências adversas, ou seja, diversos tipos de abuso e/ou de disfunção familiar, é a principal vítima e acarreta, com isto, segundo diversos estudos, consequências a longo prazo no seu comportamento e no seu estado de saúde (Hillis et al., 2000).

Neste capítulo foram apresentadas as principais características e a prevalência das experiências adversas na infância, deixando a análise do seu impacto para ser revista no capítulo 3.

Capítulo 2.

Comportamentos de Risco para a Saúde

Neste capítulo serão apresentados os principais comportamentos de risco para a saúde. Inicialmente debatemos a relação entre comportamento e saúde. De seguida definimos os comportamentos de risco para a saúde, apresentamos as suas tipologias e os seus determinantes psicossociais.

2.1.RELAÇÃO COMPORTAMENTO- SAÚDE

A partir de meados do século XX surge, no âmbito da saúde, aquela a que se chamou a nova epidemia: a epidemia comportamental. Ou seja, começou a ser evidente que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuía para os aumentos das taxas de morbidade e mortalidade eram doenças com etiologia comportamental (Matarazzo, 1984).

No seguimento desta epidemia e com a Segunda Revolução na Saúde, começou-se a assistir a uma mudança radical no modo de pensar a saúde. Esta mudança esteve assente em dois aspectos principais: a necessidade de nos centrarmos na saúde e não só na doença, e o reconhecimento do comportamento humano como a principal causa de morbidade e de mortalidade, preconizando o retorno a uma perspectiva ecológica (Ogden, 1999; Ribeiro, 1998), e levou à emergência de um novo modelo médico que passou a reconhecer a influência dos factores psicológicos e sociais na saúde física (Engel, 1977 *cit in* McIntyre, Soares & Silva, 1997).

A constatação de que era baixa a taxa de morbidade e de mortalidade devida a agentes patológicos microbiológicos, passando a causa a radicar em doenças e acontecimentos associados a padrões comportamentais (Matarazzo, 1984), aumentou, como era de se prever, o interesse nos estudos sobre a influência dos comportamentos na saúde e na doença. Uma das investigações que mais influenciou este campo foi o Estudo Alameda (Belloc & Breslow, 1972 *cit in* Gonzalez & Ribeiro, 2004) que teve como inovação pretender explicar não só os factores que estavam associados à doença, mas também os que estavam associados à saúde, sendo esta concebida como entidade autónoma da doença. Os resultados deste estudo começaram a surgir na década de 70, evidenciando relações significativas entre estilo de vida e saúde e entre estilo de vida, doença e mortalidade (Ribeiro, 1994). Ou seja, este estudo demonstrou que o número de comportamentos de saúde (não fumar, peso adequado para a altura, beber moderadamente, horas de sono, regularidade nas refeições e exercício físico) estava altamente relacionado com a mortalidade (Ribeiro, 1998).

Haan, Kaplan e Camacho (1987, *cit in* Ribeiro, 1998) vão de encontro aos resultados encontrados no estudo Alameda e referem que os comportamentos associados à saúde, tais como consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, variações de peso e actividade física, estavam significativamente relacionados com os índices de mortalidade. Também Shaten, Kuller e Neaton (1991, *cit in* Ribeiro, 1998)

apontam que indivíduos que mantinham comportamentos associados à doença, essencialmente o consumo de tabaco, apresentavam maior probabilidade de morrer precocemente.

Os autores do *Youth Risk Behavior Surveillance* (YRBSS) (Eaton, Kann, Kinchen, Shanklin, Ross, Hawkins, Harris, Lowry, McManus, Chyen, Lim, Brener & Wecheler, 2007) um estudo efectuado nos Estados Unidos, continuam a chamar à atenção para esta forte ligação entre comportamento e elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, e para a necessidade de se trabalhar esta problemática.

2.2.DEFINIÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE

A emergência do Modelo Biopsicossocial e de áreas de investigação como a Psicossomática, a Saúde Comportamental e a Psicologia da Saúde, trouxe a necessidade de analisar e rever sistematicamente conceitos como comportamento de saúde e comportamento de risco (Green & Anderson, 1982, *cit in* McIntyre et al., 1997).

Matarazzo (1984) falou em *hábitos prejudiciais para a saúde* – referindo-se aos comportamentos patogénicos como por exemplo fumar, e em *comportamentos de protecção de saúde* - referindo-se a comportamentos imunogénicos como por exemplo praticar exercício físico.

Na perspectiva de Kasl e Cobb (1996 *cit in* McIntyre, Soares & Silva, 1997, pp. 220), o *comportamento de saúde* apresenta-se como “any activity undertaken by a person believing himself to be healthy for the purpose of preventing disease or detecting it at an asymptomatic stage”.

Os *comportamentos de risco* têm sido definidos como “those behaviors, undertaken volitionally, whose outcomes remain uncertain with the possibility of an identifiable negative health outcome” (Igra & Irwin, 1996, *cit in* McIntyre, Soares & Silva, 1997, pp. 220).

Ribeiro (1998) salienta que têm sido apresentadas muitas definições de comportamentos associados à saúde, como por exemplo comportamento preventivo de saúde, comportamento de risco, comportamento de cuidados pessoais, comportamento de planeamento familiar, comportamento de saúde parental, comportamento social relacionado com a saúde, hábitos de saúde e práticas de saúde. Este autor refere também que, quando se quer fazer referência aos comportamentos que são susceptíveis de conduzir à doença, o termo comportamento aparece associado a conceitos do modelo

biomédico, como epidemiologia comportamental, imunologia comportamental, comportamentos patogénicos ou factores de risco comportamentais.

Carmody (1997, *cit in* Gonzalez & Ribeiro, 2004) acrescenta que qualquer comportamento que afecte a saúde, em maior ou menos amplitude, pode ser considerado um comportamento relacionado com a saúde, sendo difícil imaginar qualquer actividade que não afecte a nossa saúde de alguma forma, directa ou indirectamente.

2.3. TIPOS DE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE

O Estudo Alameda (Belloc & Breslow, 1972 *cit in* Gonzalez & Ribeiro, 2004, em Ogden, 1999) aponta sete comportamentos altamente correlacionados com a saúde física e o bem-estar do sujeito: 7/8 horas de sono por dia; tomar o pequeno-almoço quase todos os dias; nunca ou raramente comer entre refeições; manter um peso dentro ou próximo daquele que está associado à altura; nunca ter fumado; consumo moderado ou ausência de consumo de álcool; exercício físico regular.

O European Health and Behaviour Survey (Wardle & Steptoe, 1991) apresenta cinco grandes classes de comportamentos de saúde: 1) uso de substâncias; 2) práticas de saúde positivas; 3) hábitos de dieta e alimentação; 4) condução; 5) cuidados de saúde preventivos.

Felliti e colaboradores (1998) baseados num estudo efectuado nos anos noventa Estados Unidos (Mortality patterns: United States, 1993) consideram dez factores de risco para a saúde dos indivíduos: fumar, obesidade mórbida, inactividade física/sedentarismo, humor deprimido, tentativa de suicídio, alcoolismo, abuso de substâncias ilícitas, pais toxicodependentes, elevado número de parceiros sexuais e história de doenças sexualmente transmissíveis.

Um documento do Ministério da Saúde do ano de 1997 – “Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século” mostra que o consumo excessivo de tabaco e álcool, os acidentes, os maus-tratos e a toxicodependência, são alguns dos factores mais associados à morbidade e à mortalidade no nosso país (*cit in* McIntyre, 1997).

Por seu lado Precioso (2004), baseado no estudo de Sanmarti (1988), aponta que entre as condutas insanas para a saúde estão o consumo de drogas (tabaco, álcool e drogas psicotrópicas), o sedentarismo, a alimentação desregrada (excesso de gorduras inadequadas e hidratos de carbono, defeito de fibras e vitaminas), situações de stress,

promiscuidade sexual, violência, condução perigosa e má utilização dos serviços de saúde.

O *Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2007* (Eaton, Kann, Kinchen, Shanklin, Ross, Hawkins, Harris, Lowry, McManus, Chyen, Lim, Brener & Wecheler) considera que existem seis categorias principais de comportamentos de risco para a saúde: comportamentos que contribuem para ferimentos não intencionais e violência, consumo de tabaco, consumo de álcool e drogas, comportamentos sexual que leva a gravidez indesejada e/ou doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH, dieta desajustada e não saudável, e inatividade física.

Assim, apesar de serem muito diversos os tipos de comportamentos de saúde e os tipos de comportamentos de risco, é fundamental ter a noção clara de que os comportamentos tendem a aglomerar-se, ou seja, estão interligados Ribeiro (1996). Esta mesma ideia foi defendida por Vickers, Conway e Herving (1994, *cit in* Gonzalez & Ribeiro, 2004) que afirmaram que os comportamentos de saúde tendem a associar-se em padrões comportamentais tornando o comportamento de saúde multidimensional.

2.3.1. INATIVIDADE FÍSICA

Praticar exercício físico é uma forma dos indivíduos perpetuarem o seu estado de saúde e de bem-estar por mais tempo, tome este uma forma de lazer, sendo efectuado por longos períodos de um modo moderado, ou uma forma de desporto, adquirindo um carácter mais intenso. Um estudo longitudinal sugeria que os indivíduos com gastos de energia diários superiores a 2000Kcal viviam, em média, mais 2 anos e meio do que os que apenas tinham gastos semanais de menos de 500Kcal (Paffenbarger e colaboradores, 1986 *cit in* Ogden, 1999).

O exercício físico está associado à longevidade no sentido em que reduz a tensão arterial, reduz o peso e a obesidade, reduz a diabetes, protege contra a osteoporose e o enfraquecimento dos ossos e reduz o risco de doenças coronárias (Ogden, 1999). Blair, Kolh, Paffenbarger, Clark, Cooper, e Gibbson (1989, *cit in* Ribeiro, 1998) estudaram um grupo de 10224 homens e 3120 mulheres e chegaram à conclusão de que altos níveis de actividade física adiavam a mortalidade por todas as causas, mas principalmente por reduzir o número de mortes por doenças cardiovasculares e cancro.

Para além dos benefícios a nível psicológico. O exercício está relacionado com a redução de níveis de depressão e de ansiedade, tem influência positiva sobre o stress,

aumenta a auto-estima e a autoconfiança (Ogden, 1999). Plante e Rodin (1990, *cit in* Ribeiro, 1998) efectuaram uma revisão literária acerca do exercício físico e saúde psicológica em populações saudáveis e constataram que o exercício físico melhorava o humor e o bem-estar, o auto-conceito e a auto-estima.

Estima-se que nos últimos anos o exercício físico se tenha tornado numa prática mais comum na vida dos indivíduos, variando as taxas de participação com a idade, género e factores socioeconómicos. Actualmente o exercício pode ser praticados por todos, não requerendo talentos e tendo como fim resultados positivos na saúde física e psicológica.

Segundo o General Household Survey (1992, *cit in* Ogden, 1999) a práticas de exercício mais frequentes são andar a pé, nadar, jogar snooker e ginástica de manutenção/ioga.

Os obstáculos à prática de exercício físico incluem a falta de tempo, falta de apoio de familiares ou amigos e a incapacidade percebida (Sallis & Hovel, 1990, *cit in* Bennet & Murphy, 1999).

2.3.2. CONSUMO DE TABACO

O consumo de tabaco é o comportamento de risco que mais tem sido alvo de investigações acerca dos seus efeitos na saúde e em que os resultados das inúmeras investigações mais consensualidade reúnem. Assim, as consequências nefastas do tabaco para o organismo são muito conhecidas, e este comportamento é considerado uma das maiores ameaças à saúde.

Um estudo realizado em 1991 com uma amostra de 361662 sujeitos, conclui que há uma relação clara entre fumar e mortalidade e entre fumar e acidentes vasculares cerebrais (Kuller, Ockene, Meilahn, Wentworth, Svendsen e Neaton, 1991 *cit in* Ribeiro, 1998).

Nesse mesmo ano, foram feitos mais dois estudos com um elevado número de participantes em que se constatou que os fumadores morriam numa proporção duas vezes superior aos não fumadores, e que os fumadores tinham um risco acrescido para sofrer de doenças cardiovasculares e cancro do pulmão (LaCroix, Lang, Scherr, Wallace, Cornoni-Huntley, Berkman, Curb, Evans & Hennekens, 1991; Shaten, Kuller & Neaton, 1991, *cit in* Ribeiro, 1998).

Porém tem se verificado que a taxa de fumadores tem vindo a diminuir ao longo dos tempos. Ogden (1999) refere que o comportamento de fumar está em declínio, sendo este aspecto mais marcante nos homens do que nas mulheres, e que dois terços dos fumadores afirmam querer deixar de fumar. Também Bennet e Murphy (1999) mencionam que no final dos anos noventa, no Ocidente, os fumadores eram já uma minoria em todas as idades e grupos sociais.

O actual estudo de prevalência de comportamentos de risco em jovens americanos (YRBSS, 2007) apresenta um decréscimo significativo no consumo de tabaco, desde o ano de 1991 até ao ano 2007, entre os jovens. Um estudo efectuado em Portugal com 4877 jovens, denominado “Aventura Social e Saúde: Consumo de Substâncias nos adolescentes Portugueses” (Matos, Simões, Gaspar, Tomé, Ferreira, Linhares & Diniz, 2006), indica que apenas 7,8% dos jovens são fumadores habituais.

Contudo, o número de fumadores é ainda relevante, segundo o Anuário Estatístico de Portugal (2007), 19,7% da população residente em Portugal com 10 ou mais anos era fumadora e 17,6% fumava diariamente, e as consequências para a saúde destes indivíduos, assim como para os chamados fumadores passivos, continuam a ser as mesmas.

2.3.3. CONSUMO DE ÁLCOOL

O consumo excessivo de álcool tem efeitos negativos na saúde dos indivíduos. No Reino Unido estima-se que cerca de 40 000 pessoas morreram prematuramente devido a efeitos do consumo excessivo de álcool (Royal Collegue of General Practitioners, 1986, *cit in* Bennet & Murphy, 1999).

A longo prazo, o alcoolismo aumenta a probabilidade de doenças como a cirrose hepática, cancro de pâncreas e do fígado, hipertensão e défices de memória. Embora a cirrose hepática seja a doença que mais frequentemente se associa aos danos causados pela excessiva ingestão de álcool, o maior número de mortes é devido a cancro.

Para além das consequências médicas, o alcoolismo envolve também consequências psicológicas e sociais, sendo que 20% dos internamentos em psiquiatria, 60% dos parassuicídios, 30% dos divórcios e 40% dos incidentes de violência doméstica se devem ao consumo de álcool (Royal Collegue os Psychiatrists, 1986, *cit in* Bennet & Murphy, 1999).

É sabido que o consumo de álcool leva, a curto prazo, a um maior número de acidentes.

Contudo, a relação entre consumo de álcool e lesão não é linear, alguns estudos revelam que o consumo moderado de álcool pode trazer alguns benefícios para a saúde. Assim torna-se extremamente importante encontrar uma definição clara acerca daquele que é considerado consumo excessivo de álcool e que traz consequências nefastas para o indivíduo.

Matos e colaboradores (2006) encontraram taxas muito baixas de consumo junto dos jovens portugueses, uma vez que 88% dos jovens portugueses não apresentam consumos de bebidas alcoólicas. Ainda neste estudo, no que diz respeito ao estado de embriaguez, 74% dos jovens nunca experimentaram este estado e 15 % referem já ter estado embriagado duas ou mais vezes. Paralelamente, num estudo americano (YRBSS, 2007), a taxa de consumo de álcool aparece mais prevalente, sendo que 44,7% dos jovens referem consumir álcool com relativa frequência e 26% referem já se terem embriagado.

2.3.4. CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS

O consumo de substâncias ilícitas aparece, enquanto comportamento de risco para a saúde, como potenciador de comportamentos sexuais de risco e, consequentemente, de aumento de risco de doenças sexualmente transmissíveis, de lesões intencionais ou não intencionais, de problemas cardíacos, de violência interpessoal, de incapacidade e de crime (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda, 2003). Assim como o consumo de substâncias injectáveis, que aparece como factor de elevado risco para a transmissão de Hepatite B e C e do Vírus de Imunodeficiência Humano (VIH) (Dube et al., 2003).

O estudo Aventura Social (Matos et al., 2006) indica que 95,5% dos jovens inquiridos não consumiu drogas no último mês.

2.3.5. COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO

O sexo tem vindo a ser abordada na literatura cada vez mais como uma actividade perigosa e de risco, tanto no que diz respeito à gravidez não desejada, como às doenças sexualmente transmissíveis. Desde o começo da epidemia de VIH/Sida que o

sexo como comportamento de risco entrou numa dimensão de morte e de doença crónica, e tem sido alvo de numerosos estudos.

É evidente que o comportamento sexual coloca muitos indivíduos em elevado risco de doença.

O uso de preservativo é recomendado como o principal meio para impedir a propagação do VIH. Em 1993, dados do General Household Survey (*cit in* Ogden, 1999), mostravam que alguns sujeitos, essencialmente os mais jovens, afirmam usar preservativo, embora nem sempre o façam de um modo regular. Para além disto, ainda eram muitos os sujeitos que afirmavam não usar preservativo. Em 1995, numa amostra de estudantes heterossexuais com bons níveis de educação verificou-se que o comportamento de “sexo seguro” mais comum era o uso da pílula anticoncepcional e a prática menos frequente, referida apenas por 24% da amostra, o uso de preservativo ou diafragma (Hawkins et al., 1995, *cit in* Bennet & Murphy, 1999).

O não uso de preservativo, enquanto comportamento sexual de risco, pode ser devido à falta de informação, porém, nem sempre níveis de conhecimento mais elevados são sinónimo de maior protecção (Allard, 1989, *cit in* Bennet & Murphy, 1999). O factor mais relevante para a não protecção sexual talvez seja a ausência de sentimentos de vulnerabilidade em relação à doença (Greig & Raphael, 1989, *cit in* Bennet & Murphy, 1999).

2.3.6. TENTATIVA DE SUICÍDIO

O suicídio foi a oitava causa de morte nos Estados Unidos no ano de 1998 (Department of Health and Human Services, 1991, *cit in* Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson & Giles, 2001), sendo mais prevalente em jovens e em idosos. Porém este comportamento de risco constitui um problema delicado de contornar devido à dificuldade inerente do reconhecimento das pessoas que estão em risco. Assim, a investigação nesta área, assim como a sua prevenção, devem ser uma prioridade das ciências humanas e sociais (Dube et al., 2001).

Brent e colaboradores (1993, *cit in* Benseley, Spieker, Eenwyk & Schoder, 1999) identificaram, a partir de estudos de caso com adolescentes que tiveram tentativas de suicídio prévias, que perturbações do humor, abuso de substâncias e perturbações do comportamento, maus-tratos, assim como o facto de já ter tido uma tentativa de suicídio planeada, como factores de risco para o suicídio.

Os dados recentes obtidos no Anuário Estatístico de Portugal (2007) foram 873 os suicídios cometidos no nosso país.

2.4.DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS DA SAÚDE

Se o estado de saúde está directamente relacionado com o estilo de vida e com os comportamentos dos sujeitos, devemos então procurar as vias mais adequadas para promover os comportamentos saudáveis e alterar os comportamentos prejudiciais à saúde.

Contudo, para trabalhar nesta área da relação comportamento-saúde é preciso ter por base uma perspectiva desenvolvimental, pois os comportamentos são adquiridos ao longo de todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à morte.

Esta perspectiva exige intervenções a múltiplos níveis, centrados nos indivíduos, nas relações sociais, nos processos ambientais e culturais (Bennet & Murphy, 1999). E uma plena consciência que os resultados de saúde não estão unicamente relacionados com o comportamento, são antes consequência de uma complexa interacção entre factores biológicos, sociais, ambientais e psicológicos (Bennet & Murphy, 1999; Precioso, 2004). Ou seja, indicadores como o género, a condição sócio-económica, a etnia e o stress influenciam constantemente o estado de saúde.

As experiências adversas durante a infância também têm sido consideradas em inúmeras investigações como um preditor significativo da adopção de comportamentos de risco para a saúde, facto que será analisado no próximo capítulo.

Capítulo 3.

Impacto das Experiências Adversas durante a Infância na Idade Adulta

Neste capítulo será debatido o impacto das experiências adversas durante a infância nos comportamentos de risco para a saúde, nomeadamente a inactividade física, consumo de tabaco, consumo de álcool, consumo de substâncias ilícitas, comportamento sexual de risco e tentativa de suicídio, e também na saúde mental dos indivíduos em idade adulta.

Seja qual for o tipo de experiências adversas vividas ao longo da infância sabe-se, através dos diversos estudos realizados, que estas implicam sérios riscos para a criança em desenvolvimento, não apenas no momento em que ocorrem, mas também ao longo de todo o seu percurso de desenvolvimento.

3.1. CONSEQUÊNCIAS DA ADVERSIDADE

Viver em adversidade pode produzir nas suas vítimas efeitos nefastos de maior ou menor gravidade consoante o grau/intensidade, frequência, duração, idades das vítimas, entre outras. Azevedo e Maia (2006) reforçam esta ideia referindo que os maus-tratos provocam consequências mais ou menos graves, reversíveis ou irreversíveis, a curto e/ou a longo prazo no processo de desenvolvimento, com repercussões a nível físico, cognitivo, emocional, comportamental, social, emocional e moral.

A exposição a situações muito ameaçadoras aumenta consideravelmente a probabilidade de se receber vários diagnósticos psiquiátricos, como perturbação de stress pós-traumático, ansiedade, depressão, abuso de substâncias, problemas cognitivos, problemas nas relações interpessoais e problemas de saúde (Maia, 2004).

As consequências da adversidade podem então reflectir-se a diferentes níveis que vão desde as queixas psicológicas até a alterações no estado de saúde dos indivíduos.

O estudo dos determinantes do estado de saúde e do bem-estar dos indivíduos adultos levou um grupo de investigadores americanos a desenvolver o *Adverse Childhood Experiences Study* (ACE Study) (Felitti et al., 1998). Esta é uma das maiores investigações americanas que se propõe a estudar a relação entre as experiências adversas durante a infância afectam o estado de saúde dos adultos décadas depois.

Os resultados desta investigação revelam uma forte relação entre as experiências adversas durante a infância e o estado de saúde mental e físico na idade adulta. Ou seja, o abuso infantil, a disfunção familiar e a negligência levam ao desenvolvimento, décadas mais tarde, de doenças crónicas que são as causas mais comuns de mortalidade.

Assim, este estudo documenta a conversão das experiências emocionais traumáticas na infância em doenças físicas na idade adulta e mostra que o tempo não cura os indivíduos destas experiências.

Este estudo mostra também que há uma forte relação entre o número de experiências adversas e auto-relatos de comportamentos como fumar, obesidade,

inactividade, alcoolismo, abuso de drogas, depressão, tentativas de suicídio, promiscuidade sexual e doenças sexualmente transmissíveis. Ou seja, as diferentes experiências adversas, como os casos de abuso pessoal, negligência e disfunção familiar tendem a co-ocorrer e têm um efeito cumulativo no estado de saúde dos sujeitos e no seu comportamento. Assim, os sujeitos que relatam mais experiências adversas durante a infância têm maior probabilidade de ter múltiplos comportamentos de risco e maior risco de patologia propriamente dita, ou seja, quantas mais experiências adversas durante a infância, maior a probabilidade dos indivíduos virem a ter doenças coronárias, cancro, diabetes, entre outras, em adultos (Felitti et al., 1998).

O poder cumulativo das experiências adversas durante a infância foi estudado e confirmado em diversas investigações no âmbito das experiências adversas durante a infância. Dong, Anda, Dube, Giles e Felitti (2003) efectuaram um estudo onde avaliaram a relação entre abuso sexual na infância e outros tipos de adversidade, incluindo abuso físico, abuso emocional, negligência física e emocional e disfunção familiar, e concluíram que o abuso sexual na infância está fortemente relacionado com ser vítima outras formas de adversidade.

Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles e Anda (2003), referem que crescer num ambiente de adversidade aumenta o risco de numerosos problemas de saúde, e que resultados de diversos estudos ao longo do século XX sugerem que os efeitos da adversidade durante a infância no risco de vários problemas de saúde não são afectados pelas mudanças sociais que ocorrem ao longo dos tempos.

A investigação tem se debruçado sobre o impacto dos maus-tratos durante a infância na saúde e nos comportamentos relacionados com resultados de saúde, como por exemplo, exercício, uso de substâncias, alimentação e comportamento sexual de risco (Rodgers, Lang, Laffaye, Satz, Dresselhaus & Stein, 2004).

Quando consideramos os efeitos das experiências adversas em conjunto verificamos fortes relações com diversos comportamentos de risco para a saúde como fumar, consumo excessivo de álcool, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis e tentativas de suicídio (Anda, Croft, Felitti, Nordenberg, Giles, Williamson & Giovino, 1999; Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson & Giles, 2001; Felitti et al., 1998).

Para além das doenças e queixas de saúde, Maia (2004) refere que a investigação tem vindo a provar que as pessoas com história de trauma têm mais comportamentos que põem em risco a saúde.

Considerando estes aspectos, propomo-nos a efectuar uma revisão dos inúmeros estudos que debatem esta temática da adversidade associada aos comportamentos relacionados com a saúde.

3.2. ADVERSIDADE E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE

O abuso sexual em raparigas tem surgido associado a idades mais precoces do consumo de tabaco, consumo de tabaco mais exacerbado, uso excessivo de álcool, início da actividade sexual mais precoce, maior número de parceiros sexuais, e gravidez na adolescência (Springs & Friedrich, 1992, *cit in* Rodgers et al, 2004).

Rodgers e colaboradores (2004), devido à escassez de estudos que avaliassem o efeito de diferentes experiências em conjunto, e perante as evidências de que o número de experiências adversas aumentaria o número de comportamentos de risco para a saúde em mulheres (Walker, Gelfand, Katon, Koss, Korff, Bernstein, & Russo, 1999, Thompson, et al., 2002, Belaise et al, 2002, *cit in* Rodgers et al., 2004), propuseram-se estudar o efeito das experiências adversas durante a infância, nomeadamente abuso físico, abuso emocional, abuso sexual e negligência física e emocional, no comportamento de risco para a saúde em 221 mulheres adultas. Colocando a hipótese de que a incidência de cada tipo de experiência em separado, assim como a incidência da adversidade em conjunto, aumenta a prevalência de comportamentos de risco para a saúde. Estes autores verificaram que, ao considerar as diferentes experiências adversas em separado, não se encontram relações com um padrão consistente de comportamentos que permitissem concluir que estas variáveis em separado eram importantes preditores do comportamento de risco para a saúde. No entanto, verificou-se o poder cumulativo das diferentes experiências adversas em conjunto para predizer os comportamentos de risco para a saúde, concluindo-se que o aumento do número de categorias de adversidade a que uma mulher está sujeita durante a sua infância está significativamente associado ao aumento do uso de substância e dos comportamentos sexuais de risco.

Dube e colegas (2003), num estudo com 8613 sujeitos adultos sobre os efeitos da adversidade durante a infância no consumo de substâncias ilícitas, verificaram que o número de experiências adversas durante a infância está fortemente relacionado com o risco de iniciação de consumo de substâncias desde a pré-adolescência até à idade adulta e com comportamentos de risco relacionados com o uso de substâncias. Referem também que os efeitos da adversidade estão de tal modo relacionados com o início de

consumo de substâncias que transcendem mudanças seculares tais como o aumento da disponibilidade de substâncias, atitude social face às substâncias ilícitas e as recentes campanhas preventivas para o uso de drogas. Outra ideia importante apontada por estes autores é o facto de que as crianças e adolescentes que foram vítimas de adversidade durante a infância devem ter desenvolvido sentimentos de impotência, caos, insegurança e auto-controlo das emoções que os levaram ao consumo de substâncias ilícitas como forma de lidar com a elevada dor emocional, ansiedade e raiva, despoletadas por tais experiências abusivas. Ainda neste estudo, foram também encontradas relações entre a adversidade e problemas relacionados com o uso de drogas, dependência de drogas e uso de drogas injectáveis.

Um estudo efectuado junto de sem-abrigo adultos aponta um efeito directo de acontecimentos adversos durante a infância na dependência de substâncias, incluindo álcool e drogas (Zlotnick, Tam & Robertson, 2004).

Moran, Vuchinich e Hall (2004) efectuaram um estudo com 2187 estudantes universitários e obtiveram resultados consistentes com os anteriormente apresentados, ou seja, todos os tipos de maus-tratos aparecem significativamente associados a consumo de substâncias durante a adolescência, incluindo tabaco, álcool e substâncias ilícitas, tendo em consideração o efeito cumulativo assim como cada um dos tipos de maus-tratos em separado.

Anda e colaboradores (1999) também encontraram relação entre experiências adversas durante a infância e o consumo de tabaco em adolescentes e adultos. Posteriormente, a mesma equipa (Anda, Whitfield, Felitti, Chapman, Edwards, Dube & Williamson, 2002), examinaram como a adversidade durante a infância e o facto de crescer com pais alcoólicos estão relacionadas com o risco de alcoolismo e depressão aquando adultos, concluindo que crianças que crescem em ambientes familiares com indivíduos alcoólicos sofrem mais provavelmente de adversidade durante a infância e que o risco de alcoolismo e depressão aumenta com o número de experiências adversas reportadas.

As experiências adversas durante a infância também podem ter efeitos a longo prazo no comportamento sexual do indivíduo, e assim aumentar o risco de contracção de doenças sexualmente transmissíveis (Hillis et al., 2000) como por exemplo VIH, assim como no uso de drogas, identificado como um importante indicador de saúde devido a estar associado a outros múltiplos problemas que causam danos na saúde como por exemplo VIH (Dube et al., 2003).

Anda, Chapman, Felitti, Edwards, Williamson, Croft e Giles (2002), debruçaram-se sobre a adversidade na infância e a gravidez na adolescência, uma vez que a literatura aponta que a adversidade está relacionada com inúmeros comportamentos que aumentam o risco de gravidez na adolescência, ou seja, os adolescentes que foram vítimas de experiências adversas durante a infância, quando comparados com os seus pares, apresentam idades inferiores no que diz respeito à idade da primeira relação sexual, maior número de parceiros sexuais, menor uso de contraceção e maior consumo de álcool antes das relações sexuais. Os resultados do estudo destes autores vão de encontro a estas afirmações que estão presentes em diversas investigações. Assim, ter a primeira relação sexual em idades precoces, ter um número elevado de parceiros sexuais, ter tido uma doença sexualmente transmissível, ter consumo excessivo de álcool e de drogas, são comportamentos que aparecem associados às experiências adversas durante a infância.

Hillis, Anda, Felitti, e Marchbanks (2001) estudaram uma amostra de 5060 mulheres adultas onde era elevada a prevalência de adversidade durante a infância e encontraram resultados positivos para a associação entre as experiências adversas e idade precoce da primeira relação sexual, elevado número de parceiros sexuais e percepção de risco elevado para o VIH. Estes autores sugerem que o facto destas mulheres se envolverem em comportamentos sexuais de risco pode-se dever a uma tentativa de busca incessante de relações interpessoais, colmatando assim as falhas relacionais da sua infância.

Petrak, Byrne & Baker (2000), numa amostra de 303 mulheres numa clínica de Ginecologia em Londres, verificaram que a história de abuso durante a infância estava fortemente associada a ter tido uma infecção sexualmente transmissível. Contudo, nesta amostra, não se verificou uma relação da história de abuso com o número de parceiros sexuais.

Para além da adversidade influenciar os consumos, sejam eles de tabaco, álcool ou drogas, e os comportamentos sexuais de risco, alguns estudos também ressaltam a importância destas experiências na prevalência de tentativas de suicídio. O grupo ACE fala-nos, como já foi descrito anteriormente, numa relação da adversidade com tentativa de suicídio. Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson e Giles (2001) sugerem uma forte relação entre adversidade e tentativa de suicídio, porém, referem que controlando o consumo de substâncias ilícitas, a depressão e o alcoolismo, esta relação diminui,

sugerindo assim que estas variáveis possam estar a funcionar como mediadoras da relação adversidade e tentativa de suicídio.

Bensley, Spieker, Eenwyk e Schoder (1999), num estudo efectuado com 4790 estudantes, concluíram que os jovens que relataram ter sido vítimas de abuso na infância apresentam maior prevalência de ideação suicida e de comportamento suicida.

3.3. ADVERSIDADE E PSICOPATOLOGIA

O efeito psicológico a longo prazo dos maus-tratos durante a infância tem vindo a ser muitíssimo bem documentado na literatura, e são bastantes as evidências de que os problemas psíquicos desenvolvidos após tais experiências adversas assumem graus de elevada severidade (Rodgers et al., 2004). Um estudo efectuado por McCauley e colaboradores (1997, *cit in* Rodgers et al., 2004) mostrou que muitos dos pacientes que procuravam os cuidados primários que tinham sido vítimas de maus-tratos, apresentavam maiores taxas de ideação suicida, tentativa de suicídio e hospitalizações devido a problemas psiquiátricos.

Figueiredo e colegas (2002) apontam inúmeros estudos que indicam encontrar-se um número elevado de sintomas psicopatológicos em sujeitos abusados, assim como referem estudos que estabelecem a associação entre história de abuso na infância e gravidade dos sintomas na idade adulta, em amostra de doentes psiquiátricos.

Estudos que analisaram o efeito dos diferentes tipos de maus-tratos em conjunto concluíram que quanto maior a diversidade de tipos de maus-tratos a que os indivíduos foram sujeitos durante a sua infância, pior é o seu estado ao nível da saúde mental (Bagley, 1996, Edwards et al., 2003, *cit in* Rodgers et al., 2004).

Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards e Anda (2004) analisaram a relação entre adversidade durante a infância e o risco de depressão na idade adulta. Neste estudo, efectuado com 9460 clientes de uma clínica de cuidados primários, obtiveram-se resultados que foram de encontro à forte relação entre adversidade e depressão ao longo da vida.

Também a exposição à violência familiar, enquanto experiência adversa durante a infância, aparece descrito na literatura como factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologia em adulto (Vostanis et al., 2001 *cit in* Sani, 2006).

Em suma, verificamos que a comunidade científica se tem debruçado sobre o estudo do impacto da adversidade na saúde mental e física dos indivíduos, e têm verificado que as experiências adversas durante a infância estão associadas ao desenvolvimento de patologias do foro psíquico e a comportamentos de risco para a saúde na adolescência e na idade adulta.

No próximo capítulo serão abordados alguns modelos explicativos dos efeitos da adversidade no desenvolvimento do indivíduo

Capítulo 4.

Modelos Explicativos do Efeito das Experiências Adversas

Neste capítulo será efectuada uma breve revisão bibliográfica acerca dos modelos explicativos do efeito das experiências adversas no desenvolvimento do indivíduo e no seu comportamento. Serão abordados os modelos biológicos, a Teoria da Vinculação, a Teoria Cognitiva Social e a Pirâmide ACE.

A investigação tem-se debruçado sobre a influência das experiências adversas durante a infância no desenvolvimento emocional, comportamental, cognitivo, social e físico do ser humano. Assim, é de elevada pertinência estudarmos os modelos que se têm mostrado mais eficazes na explicação dos efeitos da adversidade.

4.1. MODELOS BIOLÓGICOS

O nosso cérebro está dotado de capacidades com o objectivo de perceber, processar, armazenar, perceber e actuar sobre a informação externa e interna no sentido de nos manter vivos (Perry, 2000). Quando uma condição interna, como por exemplo uma desidratação, ou uma condição externa, como por exemplo uma experiência de maus-tratos, persiste, o nosso “sistema” entra em stress (Perry, 2000).

Gunnar (2000) refere que muitas das condições adversas afectam o desenvolvimento neuro-comportamental, em parte, através das influências que têm na reactividade e na regulação do sistema fisiológico do stress. Este autor apresenta um modelo do stress como mediador do impacto das experiências adversas na infância na saúde física e emocional. Neste modelo as condições ambientais podem ser descritas como potenciais agressões ou protecções ao sistema de stress.

Já Selye (1974) defendia o stress como um processo inerente à vida dos organismos, tendo que existir uma diferenciação entre o stress positivo, que suscita uma resposta adaptativa do organismo face aos estímulos provenientes do meio, e o stress nocivo, que é tão forte que provoca danos no organismo (Ribeiro, 1998).

Na tentativa de compreender e contextualizar o stress, torna-se fundamental apontar os trabalhos pioneiros desenvolvidos por Cannon (1932) e Selye (1956). Segundo estes dois autores, o stress é uma resposta interna e automática a um estímulo externo, designado de stressor (Ogden, 1999).

O modelo de “Luta ou Fuga” de Cannon sugere que o indivíduo, perante um stressor externo, sofre uma maior taxa de activação fisiológica que lhe permite ter uma resposta de luta ou de fuga (Ogden, 1999). Cannon afirmava também que *os níveis críticos de stress se definiam como ameaças ou perigos que afectavam suficientemente o organismo ao ponto de alterar a homeostasia e, deste modo, o equilíbrio do organismo (cit in Ribeiro, 1998, pp.305).*

Selye (1946, *cit in Ribeiro 1998*) desenvolveu vários estudos sobre o conceito de stress, no sentido de averiguar qual o padrão de resposta quando um organismo é sujeito

a uma grande variedade de estímulos perigosos, e afirma que todos os órgãos mostravam mudanças degenerativas ou involutivas. No decorrer do seu trabalho Selye perspectivou o stress como um *Síndrome Geral de Adaptação* (SGA), que se desenvolve em três fases: *reação de alarme*, aumento da actividade fisiológica após súbita exposição a um estímulo stressante; *resistência*, mobilização dos recursos na tentativa de lidar com a situação e inverter os efeitos do estado de alarme; e *exaustão*, alcançada quando o indivíduo, repetidamente exposto à situação de stress, torna-se incapaz de mostrar mais resistência e esgota o *coping* (Ogden, 1999; Ribeiro, 1998). Esta última fase pode ser responsável pelas implicações do stress na saúde física e mental do indivíduo.

Temos até aqui olhado o stress como uma resposta do organismo que suscita alterações psicofisiológicas, sendo a relação entre stress, saúde e doença mediada por essas alterações (Bennet & Murphy 1999).

Numa tentativa de resumir estas complexas alterações, referimos que em alturas de stress há activação do sistema nervoso simpático e aumento da libertação de catecolaminas. Em resposta a esta activação, as glândulas supra-renais libertam adrenalina e noradrenalina que, ao entrarem na circulação sanguínea, atingem os órgãos controlados pelo sistema simpático, prolongando os períodos de activação do organismo (Bennet & Murphy, 1999; Gunnar 2000).

Paralelamente ocorre a activação simpática da hipófise ocorrendo libertação de ACTH (hormona adrenocorticotrófica) que estimula o córtex supra-renal resultando numa libertação de corticoesteroides que ajudam igualmente a manter o estado de excitação (Bennet & Murphy, 1999; Gunnar 2000).

Durante todo este processo de activação fisiológica, o ritmo cardíaco, a tensão arterial e o potencial muscular sofrem aumentos significativos (Ogden, 1999; Gunnar 2000). Estes efeitos são fundamentais para a nossa sobrevivência, porém, podem ter efeitos a longo prazo no nosso desenvolvimento.

A hiperactivação do sistema nervoso simpático pode contribuir para o desenvolvimento de várias doenças crónicas e de doenças imunologicamente mediadas (Bennet & Murphy, 1999).

Holmes e Rahe (1967, *cit in* Bennet & Murphy, 1999) apresentaram uma alternativa ao modelo de stress fisiológico, colocando de lado os processos fisiológicos e explorando a relação entre acontecimentos de vida importantes e o desenvolvimento de doença. Neste sentido, defendiam que acontecimentos de vida semelhantes implicam

o mesmo nível de stress em todos os indivíduos e criaram uma hierarquia de agentes causadores de stress. Quanto mais elevada fosse a pontuação de um indivíduo na escala hierárquica, maior era a probabilidade deste desenvolver uma doença relacionada com o stress. Porém, o anular do impacto individual do stress e dos factores protectores que podem atenuar o impacto dos acontecimentos de vida, como por exemplo o apoio social, colocaram este modelo em causa (Bennet & Murphy, 1999).

Também os modelos de Cannon e de Selye foram criticados devido ao facto de não considerarem o papel do indivíduo na avaliação do stress. O indivíduo não é passivo no desencadear da sua resposta ao stress, tal como Cannon e Selye defendiam, ele interage activamente com os agentes stressores. Assim, nos anos 70, Lazarus e a sua equipa, apresentam uma abordagem que enfatiza o papel do estado psicológico do indivíduo na resposta a agentes stressores. Para estes autores, um acontecimento só é tido como stressor se for apreciado como tal, considerando assim os indivíduos como seres psicológicos capazes de avaliar as situações (avaliação primária) e as alternativas de resposta disponíveis (avaliação secundária) (Ogden, 1999; Ribeiro, 1998). Neste sentido o stress foi definido por Lazarus e Folkman (1984, *cit in* Bennet & Murphy, 1999 pp.33) como *um processo em que acontecimentos ambientais e cognitivos se combinam, com consequências do tipo comportamental, fisiológico e psicológico.*

O Modelo Transaccional de Stress (Lazarus e Folkman, 1984) vê a adversidade como um agente stressor que suscita no sujeito um processo de avaliação primária, o qual envolve o reconhecimento de perigo, e um processo de avaliação secundária que envolve a avaliação dos recursos disponíveis para dar resposta ao agente stressor. Quando as exigências da situação adversa são superiores aos recursos que o sujeito tem para lidar com elas, inicia-se um processo de stress composto pela experiência afectiva de stress, que inclui sentimentos negativos como a ansiedade e a angústia, pela excitação fisiológica ao nível do simpático e por alterações comportamentais associadas ao stress. Assim, estes autores defende que o grau de eficácia dos processos de *coping* na moderação do impacto dos agentes stressores é um factor preditivo mais significativo de saúde e de doença do que a sua frequência e intensidade (Lazarus & Folkman, 1984, *cit in* Bennet & Murphy, 1999).

Numa outra perspectiva da contribuição das neurociências para a explicação dos efeitos do stress, Gunnar (2000) refere que a maturação do sistema nervoso central ocorre ao longo de toda a vida e é influenciada por todas as experiências de vida.

A adversidade tem sido assim relacionada com mudanças na estrutura e funcionamento do cérebro e no sistema neurológico.

Anda e colaboradores (1999) apontam os stressores extremos, traumatizantes e repetidos, tais como as experiências adversas, em idade precoce como causadoras de numerosos efeitos no cérebro e na fisiologia do indivíduo que afectam a saúde e a qualidade de vida ao longo de todo o desenvolvimento do sujeito. Salientam também a importância de estudar os problemas comportamentais e os problemas relacionados com a saúde à luz da interacção dos sistemas neuroanatómico e psicofisiológico.

4.2. TEORIA DA VINCULAÇÃO

Bowlby (1990) define vinculação como a propensão dos seres humanos para criarem laços afectivos fortes com determinadas pessoas, tendo como consequência ficar emocionalmente afectado quando ocorrem separações ou perdas inesperadas e/ou indesejadas. O comportamento de vinculação pode ser reforçado ou enfraquecido por factores situacionais, contudo, mesmo sob o efeito de condições adversas, a vinculação em si, é durável (Ainsworth, 1976).

A teoria da vinculação tem constituído um forte quadro explicativo para os efeitos da adversidade ao longo do ciclo de vida do indivíduo. Esta foca-se no desenvolvimento de *modelos internos dinâmicos*, que permitem a compreensão das relações de vinculação ao longo de toda a vida e das diferenças individuais no que diz respeito aos padrões de segurança e de ansiedade (Bowlby, 1998).

Os *modelos internos dinâmicos* têm sido definidos como uma representação mental das figuras de vinculação e das suas relações (Bowlby, 1998). Assim, baseado nas experiências e nos padrões típicos de interacção com a figuras de vinculação durante a infância, o indivíduo constrói *modelos internos dinâmicos* que se tornam guilhões do seu comportamento interpessoal futuro, uma vez que é a partir destes modelos que se constroem expectativas acerca de si mesmo e dos outros em relação (Paiva & Figueiredo, 2003).

Bowlby (1998) salienta o impacto das experiências precoces, propondo que os modelos mentais de representação das figuras de vinculação são formados durante a primeira infância e tendem a modelar a construção de relações futuras. Vários estudos vão ao encontro desta afirmação sugerindo que a qualidade das relações com os pais é

preditora do funcionamento interpessoal do indivíduo em idade adulta (Figueiredo et al., 2002).

No entanto, apesar destes modelos internos constituírem um guia significativo do desenvolvimento futuro, eles também são dinâmicos e passíveis de serem alterados no contexto de experiências de vinculação significativas possibilitando a mudança ao longo do ciclo de vida (Soares, 1996).

Neste sentido, a vivência de experiências adversas na infância vai interferir negativamente no desenvolvimento da noção que o indivíduo constrói de si mesmo e do outro, podendo-se traduzir em formas menos adaptadas de comportamento e de ajustamento psicológico (Figueiredo et al., 2002).

Segundo Bowlby (1998) a principal causa da personalidade angustiada é a incerteza referente a figuras de vinculação acessíveis e receptivas. E, o alicerce de uma personalidade estável e auto-confiante, é a certeza e poder contar com a presença e o apoio das figuras de vinculação (Bowlby, 1990).

A percepção da acessibilidade e responsividade da figura de vinculação, irá determinar os estilos de vinculação que são codificados num modelo interno de vinculação (Bowlby, 1998). Estes estilos de vinculação determinam a resposta comportamental a uma separação real ou imaginária da sua figura de vinculação. Existem diferentes codificações dos estilos de vinculação.

Os resultados da popular investigação de Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) designada por “Situação Estranha” vêm demonstrar as diferenças individuais no modo como as crianças respondem à estimulação do comportamento de vinculação e permitiram identificar três tipos de organização comportamental que podem ser concebidos como estratégia de regulação de proximidade entre a criança e a figura de vinculação: 1) inseguro ou evitante (predomínio do comportamento exploratório sobre o comportamento evitante); 2) seguro (alternância equilibrada entre comportamento de vinculação e de exploração); 3) inseguro-resistente ou ambivalente (predomínio do comportamento de vinculação sobre o comportamento exploratório).

Mais tarde, os estudos com crianças vítimas de maus – tratos, demonstraram que estas mantinham uma impossibilidade de delinear estratégias coerentes para lidar com a activação do sistema de vinculação, apresentando comportamentos contraditórios e indicadores de elevada confusão e apreensão em relação à mãe, e não se enquadravam em nenhum dos padrões anteriores. Assim, foi inserido um quarto padrão, o inseguro desorganizado/desorientado, que corresponde a uma vinculação insegura e a

comportamentos que parecem desorganizados e cujas intenções não são perceptíveis, no qual se inseriam 80 a 90% dos sujeitos em amostras vítimas de maus-tratos (Main & Solomon, *cit in* Figueiredo et al., 2002).

Um estudo sobre a organização da vinculação em crianças mais velhas vítimas de maus-tratos, concluiu que estas possuíam padrões de relacionamento mais confusos do que os seus pares (e.g. Cicchetti & Barnett, 1991 *cit in* Figueiredo et al., 2002).

Numa amostra de indivíduos adultos, estudados através da *Adult Attachment Interview*, verificou-se que 80% dos indivíduos com histórias de maus-tratos na infância evidenciaram padrões inseguros de vinculação na idade adulta (e.g. Alexander, 1993 *cit in* Figueiredo et al. 2002).

Como podemos verificar através destes estudos os indivíduos que vivem experiências adversas durante a infância, desenvolvem padrões de vinculação inseguros que podem permanecer até à idade adulta. Isto porque, a construção de *modelos internos dinâmicos* dá-se a partir das experiências vividas durante a infância, e estes modelos têm impacto ao longo de todo o desenvolvimento (Figueiredo et al., 2002).

Adolescentes e adultos com padrões de vinculação inseguros têm sido associados a uma maior prevalência de comportamentos de risco para a saúde (Scharfe & Eldredge, 2001, *cit in* Gwadz, Clatts, Leonard & Goldsamt, 2004; Ribeiro & Sousa, 2002), a estratégias desorganizadas e ineficazes para lidar com o stress (Gwadz, Clatts, Leonard & Goldsamt, 2004) e também a sintomatologia depressiva e insegurança nas relações sociais (Bifulco, Moran & Ball, 2001, *cit in* Gwadz, Clatts, Leonard & Goldsamt, 2004).

4.3. TEORIA COGNITIVA SOCIAL

A Teoria Cognitiva Social (Bandura, 1997, 1986 *cit in* Bennet & Murphy, 1999) defende que o comportamento humano é resultado de uma interação entre processos cognitivos e acontecimentos exteriores, valorizando assim o papel da aprendizagem vicariante e da modelagem.

Segundo esta teoria, muitos dos nossos comportamentos são consequência dos modelos comportamentais a que fomos expostos ao longo da vida. Observando os nossos modelos aprendemos de forma vicariante a determinar resultados comportamentais e a criar expectativas de eficácia, sendo a família e os pares fortes influências de modelagem.

Assim, muitos hábitos de saúde são consolidados e desenvolvidos na infância e adolescência, e influenciam todo o ciclo de vida do indivíduo (Maia & Seabra, 2007). Em contextos familiares em que os comportamentos inadequados são frequentes, é mais provável que os indivíduos aprendam e reproduzam esses mesmos comportamentos, nomeadamente comportamentos de risco para a saúde.

4.4. PIRÂMIDE ACE

O grupo de investigadores que lideram o Adverse Childhood Experiences (ACE), dedica-se ao estudo dos efeitos da adversidade ao nível da saúde física e mental do ser humano. Para tal, utiliza uma perspectiva global do desenvolvimento humano, desde a concepção até à morte, tentando perceber como é que as experiências adversas durante a infância estão relacionadas com o desenvolvimento e a prevalência de factores de risco para doenças e estado de bem-estar físico e social ao longo do ciclo de vida.

O mecanismo pelo qual o *ACE Study* explica a influência das experiências adversas na saúde e no bem-estar do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida está muito bem representado na seguinte pirâmide:

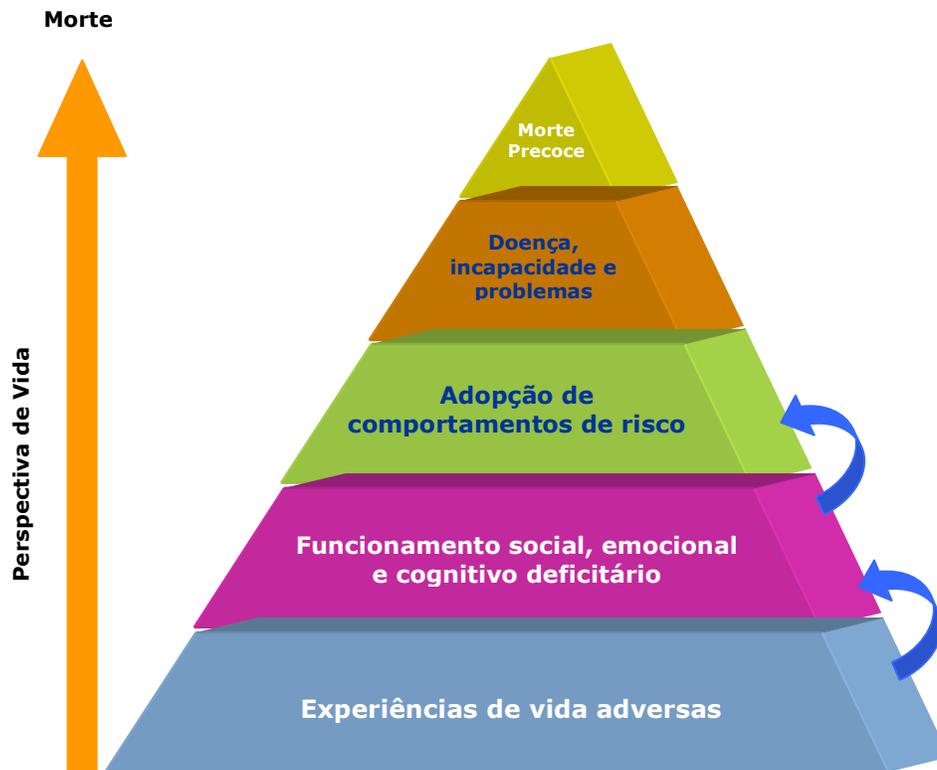


FIGURA 4.1 – Esquema adaptado por Silva, 2006, a partir de Felitti et al., 1998

É sabido que os factores de risco como por exemplo, fumar, abusar de álcool e ter comportamentos sexuais de risco, não se distribuem ao acaso pela população, muito pelo contrário, estes factores de risco para muitas das doenças crónicas mais prevalentes na actualidade, tendem a se aglomerar, ou seja, sujeitos que têm um factor de risco tendem a ter mais.

Devido a esta noção os investigadores de *ACE Study* criaram a pirâmide apresentada na Figura 4.1 que traduz a existência de “lacunas científicas” no que diz respeito à origem dos factores de risco, uma vez que se desconhece a forma como estes factores se agrupam e se organizam. Estas lacunas estão representadas pelas duas setas que ligam as experiências adversas durante a infância aos factores de risco que conduzem às consequências sociais e físicas, representadas mais acima na pirâmide.

Mas se os factores de risco não estão distribuídos ao acaso, que influências precedem à sua adopção ou desenvolvimento? O *ACE Study* tenta, de certo modo, responder a esta questão e criar informação científica útil para o desenvolvimento de novos e mais eficazes programas de prevenção.

Segundo este grupo de investigadores, na base das principais causas de morbilidade e de mortalidade actuais, estariam as experiências de vida durante a infância. Depois de viverem situações adversas, os sujeitos sofreriam um enfraquecimento no seu funcionamento global, tanto a nível cognitivo, social como emocional. Esta fragilidade levaria à adopção de comportamentos de risco para a saúde. Ou seja, os indivíduos que foram abusados em crianças podem usar os comportamentos de risco para a saúde como por exemplo fumar, beber álcool em excesso, usar drogas, entre outros, como forma de lidar com os estragos feitos pela adversidade que viveram durante a infância.

O que estes autores propõem é que estes comportamentos de risco funcionam como mecanismos de *coping* para a adversidade, “*abused children may use behaviors such as cigarette smoking, heavy alcohol use, overacting, promiscuity, and drug use as way of coping with damaging experiences much early in life*” (Felitti, 2002), levando, de uma forma quase inevitável, à maior prevalência de problemas de saúde e ao desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas que podem conduzir o indivíduo à morte (Felitti, 1998). Porém, os autores também sugerem que podem haver efeitos das experiências adversas no desenvolvimento cerebral e estes efeitos, por sua vez, condicionarem o estilo de *coping* adoptado pelo indivíduo.

Assim, estes investigadores criaram um modelo que nos leva a perceber o indivíduo vítima de adversidade durante a infância de um modo integrado e contínuo, ao longo do seu desenvolvimento.

Capítulo 5.

Metodologia

Neste capítulo será apresentada a metodologia de investigação utilizada. Serão definidos os objectivos do estudo, efectuada uma caracterização dos participantes, assim como uma descrição dos instrumentos utilizados na recolha dos dados e o procedimento adoptado.

5.1. INTRODUÇÃO

Ao longo deste trabalho pudemos constatar que a investigação se tem debruçado sobre a temática da adversidade enquanto influência significativa na vida mental, na saúde e no comportamento dos indivíduos. Verificamos também que as experiências adversas durante a infância são simultaneamente comuns e destrutivas, o que as torna um fenómeno de extrema influência na saúde e no bem-estar dos indivíduos (Felitti, 2002).

São várias as evidências de que os maus-tratos são preditores significativos, ao longo do desenvolvimento do sujeito, de psicopatologia. Ou seja, os efeitos dos traumas, essencialmente se estes forem múltiplos, podem ser tão severos que se prolongam por toda a vida, dando origem a problemas de origem psicológica (Krause & Shaw, 2004 *cit in* Maia & Seabra, 2007).

Para além da exposição à adversidade, o número de experiências adversas a que o indivíduo está sujeito torna-o mais vulnerável a desenvolver perturbações mentais ao longo da sua vida (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004).

Inúmeros estudos têm ampliado as consequências a longo prazo dos maus-tratos para o nível físico, ou seja, a sua implicação na saúde do sujeito e nos comportamentos que têm impacto nos resultados de saúde (Rogers, Lang, Laffay, Satz, Dresselhaus & Stein, 2002).

As investigações que se têm debruçado sobre esta temática têm fortalecido as evidências do efeito das experiências adversas ao longo da infância nos comportamentos relacionados com a saúde, considerados actualmente como sendo os principais potenciadores de doença e de morte (Felitti et al., 1998; Green, Miranda, Daroowalla & Siddique, 2005). Os comportamentos que têm sido referidos como consequência de uma infância adversa são: inactividade física, consumo de álcool (Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002; Dube, Miller, Brown, Giles, Felitti, Dong, & Anda, 2006), abuso de substâncias (Dube et al., 2003), tentativa de suicídio (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson & Giles, 2001), e comportamento sexual de risco (Hillis et al., 2000; Mullings, Marquart & Brewer, 2000; Lewis, 2005).

A investigação sobre a associação entre experiências adversas durante a infância e os comportamentos de risco para a saúde é recente. Contudo, esta possível associação deve ser estudada com elevada atenção e dedicação uma vez que se sabe, desde a Segunda Revolução da Saúde e da entrada do Modelo Biopsicossocial, que a maior

causa de morbidade e de mortalidade no nosso quotidiano é o comportamento humano. Assim, existindo associação entre experiências adversas durante a infância e comportamentos de risco para a saúde, estas experiências devem ser reconhecidas como causa de morbidade e mortalidade em adultos (Felitti et al., 1998).

Existem já inúmeros estudos acerca da prevalência e das consequências a longo prazo do abuso infantil, contudo, a compreensão acerca da sua relevância para o desenvolvimento de problemas de saúde no estado adulto é ainda rudimentar, e a investigação que já existe neste campo está focada na saúde dos adolescentes, na saúde mental dos adultos e/ou em sintomas de doenças específicas (Felitti et al., 1998).

Outra limitação advém do facto dos estudos existentes sobre os efeitos a longo prazo do abuso infantil examinarem maioritariamente tipos de abusos específicos e isolados, e serem poucas as investigações que têm abrangido o impacto de mais do que um tipo de abuso (Rosen & Martin, 1996; Felitti et al., 1998; Chapman et al., 2004). Viver com familiares consumidores de substâncias, com familiares com actividade criminal, com violência doméstica, são alguns dos exemplos de disfuncionalidade na família que costumam “co-ocorrer” com formas específicas de abuso que envolvem crianças (Felitti et al., 1998).

Se não tivermos em consideração toda a adversidade que rodeia a criança, corremos o risco de atribuir as consequências a longo prazo unicamente a tipos isolados de abuso, e não estudar a influência cumulativa das múltiplas categorias da adversidade (Felitti et al., 1998).

Considera-se então a elevada importância estudar o impacto das experiências adversas durante a infância no comportamento do adulto. Deve ser estudada a prevalência e a inter-relação da exposição a experiências adversas durante a infância e também a relação entre o número de categorias de adversidade e os factores de risco (Felitti et al., 1998).

A escolha de mulheres reclusas como população do estudo que é aqui apresentado partiu do pressuposto que estas mulheres constituem um grupo com elevada probabilidade de padecer de adversidade na infância e comportamentos de risco para a saúde.

Diferentes autores apontam as mulheres ofensoras como um grupo de alto risco, uma vez que frequentemente têm histórias de prostituição, consumo de substâncias intra-venosas, abuso sexual infantil e instabilidade sócio-económica (Mullings, Marquart & Brewer, 2000; Fletcher, Shaver & Moon, 1993).

Tem-se verificado que as mulheres que se encontram presas apresentam uma elevada taxa de exposição aos mais variados traumas, especialmente a abuso físico e sexual durante a infância (Green et al., 2005). Estes autores acrescentam ainda a existência de estudos que demonstram que estas mulheres apresentam igualmente altos níveis de perturbações mentais e de abuso de substâncias. Battle e colaboradores (2003, *cit in* Green et al., 2005) reforçam esta ideia demonstrando que a exposição a experiências traumáticas é praticamente universal na população presa.

Teplin, Mericle, McClelland e Abram (2003) salientam a elevada prevalência do VIH em mulheres reclusas e apontam a importância e a pertinência de serem efectuados estudos para averiguar como é que o abuso sexual, a disfunção familiar, o trauma e as perturbações mentais afectam o comportamento sexual de risco.

Também o facto do número de mulheres delinquentes ter vindo a aumentar (Gilliard & Beck, 1997, *cit in* Mullings et al., 2000), demonstra a necessidade da investigação se debruçar sobre este grupo de alto risco, no sentido de melhor o conhecer e traçar planos de intervenção eficazes.

5.2.DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Este estudo procura averiguar quais as características psicossociais de mulheres reclusas e compreender de que modo a sua história de vida, nomeadamente a exposição a experiências adversas durante a infância, se relaciona com padrões comportamentais actuais, com um foco nos comportamentos de risco para a saúde.

Neste sentido propomos efectuar uma caracterização das mulheres reclusas, conhecer a sua história de vida e os comportamentos de risco para a saúde, assim como a sintomatologia psicopatológica. Pretendemos ainda perceber se existe relação entre experiências adversas durante a infância, como abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional e disfunção familiar, os comportamentos de risco para a saúde, e a sintomatologia psicopatológica.

De um modo mais específico, este estudo tem como objectivos:

1. Determinar a prevalência de experiências adversas durante a infância em mulheres reclusas;
2. Determinar a prevalência de comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas;

3. Caracterizar as mulheres participantes neste estudo relativamente à sintomatologia psicopatológica;
4. Averiguar as relações entre a história de adversidade durante a infância e a presença de comportamentos de risco para a saúde;
5. Averiguar as relações entre a história de adversidade durante a infância e a presença de sintomatologia psicopatológica.

5.3. VARIÁVEIS

Este estudo tem como variável independente as Experiências Adversas Durante a Infância, quer sob a forma de um Índice Total de Adversidade, que pode variar entre 0 e 10, quer no que respeita a experiências adversas específicas nomeadamente:

1. Abuso (abuso emocional; abuso físico; abuso sexual);
2. Negligência física e/ou emocional;
3. Disfunção Familiar (familiares consumidores de substâncias; doença mental ou suicídio na família; prisão de um membro da família; mãe vítima de violência doméstica; pais divorciados ou separados).

Como variável dependente temos os diferentes Comportamentos de Risco para a Saúde que, tal como no caso de adversidade, foram também estudados quer como um índice total (que varia entre 0 e 6) quer considerando cada um dos comportamentos:

1. Consumo de tabaco
2. Consumo de álcool
3. Consumo de substâncias ilícitas
4. Inactividade física
5. Comportamento sexual de risco
6. Tentativa de suicídio

Estão ainda presentes neste estudo variáveis como os sintomas psicopatológicos.

5.4. HIPÓTESES

De acordo com os objectivos a que nos propomos foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H1 – Espera-se que as experiências adversas vividas durante a infância sejam preditores significativos do comportamento de risco para a saúde e da psicopatologia na idade adulta.

H2 – Existe correlação entre o total de adversidade e as diferentes dimensões de psicopatologia.

H3 – Espera-se que exista associação entre o relato de cada uma das categorias de adversidade durante a infância e cada um dos comportamentos de risco para a saúde na idade adulta.

5.5. DESENHO E MÉTODO

O presente estudo enquadra-se no grupo das investigações *quantitativo-correlacionais*, uma vez que apura se a ocorrência de determinado comportamento (comportamento de risco para a saúde) se relaciona com aspectos que se prevê serem factores de risco para a saúde (adversidade).

A escolha do método correlacional prende-se com o facto de esta investigação não permitir um grau de controlo, de rigor ou de causalidade inerentes às possíveis relações que serão encontradas entre as variáveis. Assim, utilizando esta metodologia, podemos ir para além da simples descrição de fenómenos, uma vez que já poderão ser estabelecidas relações entre variáveis, quantificando inclusive tais relações. Contudo, não será possível estabelecer significado de causalidade ao nível das relações encontradas.

5.6. PARTICIPANTES

Este estudo foi realizado com 42 indivíduos do sexo feminino que se encontram institucionalizados num estabelecimento prisional do norte do país.

No que concerne à informação sócio-demográfica, as mulheres que participaram no estudo apresentam idades compreendidas entre os 17 e os 51 anos e a média de idades é de 32 anos, com um desvio padrão (DP) de 8.26.

Relativamente ao estado civil verificámos que uma percentagem significativa das mulheres é casada (n=15, 36%) ou vive em situação de união de facto (n=11, 26%). Das restantes, uma está separada (2%), sete divorciadas (17%) e oito são solteiras (19%).

No que diz respeito à etnia 62% (n=26) das mulheres estudadas são de origem caucasiana, 2% (n=1) são afro-americanas, 7% (n=3) hispânicas e 29% (n=12) são de etnia cigana.

As habilitações académicas destas mulheres são, na sua generalidade, baixas, uma vez que 79% não tem a escolaridade mínima obrigatória, pois 19% (n=8) frequentou a escola menos do que quatro anos, 24% (n=10) tem o 4º ano, e 36% (n=15) o 6º ano. Apenas 7% (n=3) completou o 9º ano de escolaridade, 10% (n=4) tem o 12º ano e 5% (n=2) tem formação universitária.

Antes de serem detidas, 52% (n=22) das mulheres estavam empregadas a tempo inteiro, 7% (n=3) tinham emprego em *part-time* e 41% (n=17) encontravam-se desempregadas. Relativamente ao estatuto profissional temos que ter em consideração que doze das reclusas entrevistadas são de etnia cigana, logo, o conceito de “emprego” é diferente do conceito legal, devido à actividade de feirante. Destas doze mulheres, seis indicaram estar desempregadas, mas depois referiram que “faziam feiras”, as outras seis identificaram-se como empregadas, sendo a actividade profissional ser feirante.

No que diz respeito ao local de residência, antes de serem detidas, 71% (n=30) das mulheres vivia numa residência fixa há pelo menos dois anos.

Relativamente à informação familiar, seis mulheres (14%) nunca tiveram contacto com a figura parental masculina, deste modo, apenas 36 participantes puderam responder à questão relativa à escolaridade do pai e esta é extremamente baixa, sendo que 41% (n=17) dos pais que frequentaram menos do que quatro anos a escola, 29% (n=12) completaram o 4º ano, 12% (n=5) o 6º ano, 2% (n=1) o 9º ano e 2% (n=1) o 12º ano. Do mesmo modo, duas das mulheres inquiridas (5%) nunca tiveram contacto com a sua mãe. A escolaridade das mães das reclusas é igualmente baixa, 41% (n=17) tem menos do que o 4º ano, 41% (n=17) tem somente o 4º ano, 5% (n=2) o 6º ano, 3% (n=1) o 9º ano, e 7% (n=3) formação universitária. Durante a maior parte da infância, 52% (n=22) das famílias das reclusas eram donas da casa onde moravam.

5.4. INSTRUMENTOS

Os instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo pretendem medir diversas variáveis no sentido de conseguir alcançar os objectivos propostos e testar as hipóteses colocadas. Assim, foram utilizados:

Questionário Sócio Demográfico e História de Vida traduzido de “*Family Health History*” (Felliti & Anda, 1998; traduzido por Alves, Silva e Maia 2006), no sentido de avaliar factores demográficos, factores sociais de risco, comportamentos de risco, nomeadamente a actividade sexual de risco, e experiências adversas durante a infância.

Este questionário é composto por seis grupos de questões dicotómicas, de escolha múltiplas ou de resposta breve:

- Dados de identificação – idade, sexo, escolaridade, estado civil, etnia, estatuto sócio profissional, número de detenções, tempo de cada detenção.
- Informação familiar – local de residência e mudanças habitacionais, idade da mãe aquando o seu nascimento, escolaridade dos pais.
- Hábitos de vida – consumo de tabaco, álcool e drogas, prática de exercício físico.
- História médica – procura de cuidados de saúde, cuidados recebidos, índice de massa corporal, saúde mental.
- Comportamento sexual de risco – idade da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais, vida sexual actual, uso de preservativo, atitude perante o VIH/Sida, gravidez.
- Experiências adversas de vida – informações acerca de dez categorias de adversidade.

As experiências adversas de vida organizam-se em dez categorias, nomeadamente: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional, consumo de substâncias em ambiente familiar, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio na família, divórcio ou separação parental e mãe vítima de violência doméstica. E estas são aqui apresentadas, de um modo breve, tal como foram definidas no âmbito da investigação que temos vindo a referir (Felitti et al., 1998, Chapman et al., 2004; Anda, Felitti, Bremner, Walker, Whitfield, Perry, Dube & Giles, 2006; Silva, 2006):

1. Abuso físico caracteriza-se pela existência, frequente ou muito frequente, de situações em que a criança foi agredida por algum adulto de forma violenta deixando sequelas. Esta categoria é avaliada pelas questões “*Com que frequência lhe bateram?*”, “*Com que severidade lhe bateram?*”, “*Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa efectivamente a puxou, agarrou ou atirou alguma coisa?*”, “*Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa bateram com tanta força que a deixou com marcas ou feridas?*”.

2. Abuso emocional caracteriza-se pela existência, frequente ou muito frequente, de situações de insulto ou medo de violência física. Sendo avaliado pelas questões “*Quantas vezes os seus pais, padrasto ou outro adulto que vivia em sua casa a insultou ou disse palavrões?*”, “*Quantas vezes os seus pais, padrastos ou outros adultos que viviam em sua casa agiram de forma que a deixou com medo que a magoasse fisicamente?*”, “*Quantas vezes os seus pais, padrastos ou outros adultos que viviam em sua casa ameaçou bater ou atirar alguma coisa mas não o fez?*”.

3. Abuso sexual é definido pela existência de experiências sexuais com um adulto pelo menos cinco anos mais velho. Estes adultos podem ser familiares, outras pessoas que vivessem na mesma casa, amigos da família ou estranhos. As seguintes questões foram usadas para avaliar esta categoria, “*Algum adulto tocou ou acariciou o seu corpo de forma sexualizada?*”, “*Tocou o corpo dele de forma sexualizada?*”, “*Tentaram ter algum tipo de relação sexual consigo (oral, anal, vaginal)?*”, “*Tiveram algum tipo de relação sexual consigo (oral, anal, vaginal)?*”.

4. Negligência física é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades básicas da criança, quer físicas, quer biológicas. Esta categoria é avaliada através de afirmações directas e invertidas em que se apura a frequência com que ocorre este tipo de experiência adversa. As afirmações utilizadas são, “*Não tinha o suficiente para comer.*” e “*Os meus pais estavam demasiado bêbedos ou perturbados para cuidar da família.*”; os itens invertidos são, “*Sabia que existia alguém para a cuidar e proteger.*”, “*Havia quem lavasse a roupa suja.*” e “*Havia quem me levasse ao médico caso necessitasse.*”.

5. Negligência emocional caracteriza-se pela atitude passiva e de não responsividade às necessidades emocionais e afectivas da criança. Os seguintes itens invertidos compõem a avaliação desta categoria, “*Havia alguém na minha família que me ajudasse a sentir especial ou importante.*”, “*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 de suporte.*”.

6. Familiares consumidores de substâncias é avaliado através da presença de consumo de álcool ou drogas por alguma pessoa que co-habitasse com a inquirida. As questões “*Viveu com alguém que tivesse problema com álcool ou fosse alcoólico?*” e “*Havia alguém em sua casa que usasse drogas?*”, estão presentes no questionário para avaliar esta categoria.

7. Prisão de um membro da família foi avaliado com a questão categorial, “*Alguém em sua casa esteve na prisão?*”.

8. Doença mental ou suicídio na família foi avaliado através de duas questões categoriais, “*Havia em sua casa alguém deprimido ou com alguma doença mental?*”, “*Alguém na sua casa tentou suicidar-se?*”.

9. Divorcio ou separação parental foi avaliado a partir de uma questão categorial, “*Os seus pais eram divorciados ou separados?*”.

10. Mãe vítima de violência doméstica é avaliada através de quatro questões sobre ameaça ou agressão física à mãe, adaptadas do *Conflict Tactics Scale* (1978, cit in Anda et al., 2006). As questões são “*Com que frequência o seu pai, padrasto ou namorado da mãe puxou, agarrou ou atirou alguma coisa?*”, “*Pontapeou, mordeu, bateu com a mão, ou bateu com alguma coisa forte?*”, “*Repetidamente bateu durante alguns minutos?*”, “*Ameaçou com uma faca ou arma, ou usou uma faca ou arma para magoar?*”. Considera-se a existência de exposição a violência doméstica caso existam respostas “algumas vezes”, “muitas vezes” e “muitíssimas vezes” em alguma das duas primeiras questões, e alguma resposta, com a excepção de “nunca” em algumas das duas últimas questões.

Atendendo ao valor em cada uma das categorias de adversidade acima apresentadas, este questionário permite ainda calcular o valor da adversidade total. Este Índice Total de Adversidade equivale ao somatório da classificação de cada sujeito nas dez categorias de adversidade e pode variar entre 0, caso o sujeito não tenha relatado nenhum tipo de adversidade, e 10, caso o sujeito tenha experimentado todos os tipos de adversidade.

O objectivo do cálculo desta variável prende-se à importância de analisarmos o efeito cumulativo que advém da co-existência de diferentes experiências adversas durante a infância e a sua relação com os comportamentos de risco, uma vez que esta tem sido apontada como bastante forte por diversos autores (Anda et al., 2002).

Para além das questões que estão directamente inseridas nas dez categorias, o questionário abarca ainda outros itens com elevada relevância clínica e que foram utilizadas neste estudo para a construção de uma história de vida mais completa. A questão “*Alguma vez tentou suicidar-se?*” é um exemplo.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptoms Inventory* – BSI; Versão de M.C. Canavarro, 1999), para avaliar a sintomatologia psicológica. Este inventário foi construído como versão reduzida do SCL-90-R (Derogatis, 1977) e permite avaliar uma vasta gama de sintomas psicopatológicos num curto espaço de tempo. É constituído por 53 itens, onde o sujeito deverá classificar, numa escala tipo *Likert* cotada desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4), o grau em que cada situação o afectou na última semana (Canavarro, 1999).

A BSI permite-nos avaliar os sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões básicas (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e três índices globais (índice geral de sintomas - tem em conta o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade, total de sintomas positivos - reflecte o número de sintomas assinalados e o índice de sintomas positivos - combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes).

Na aplicação deste instrumento à população portuguesa foram utilizadas duas amostras distintas, uma amostra constituída por 404 indivíduos da população geral e uma amostra constituída por 147 indivíduos perturbados emocionalmente. Os dados psicométricos resultantes deste estudo revelaram que o BSI apresenta níveis adequados de consistência interna para a totalidade das escalas, com valores de *alpha de Cronbach* entre 0,621 (Psicoticismo) e 0,797 (Somatização) (Canavarro, 1999). Também a validade de constructo e a validade discriminativa foram devidamente testadas e constituem mais um dado psicométrico relevante para a adequação deste instrumento à medida da psicopatologia (Canavarro, 1999).

5.5. PROCEDIMENTO

Numa primeira fase foi efectuado o contacto com o Estabelecimento Prisional da zona Norte no sentido de viabilizar a recolha dos dados. Nesta fase foi apresentado um pedido por escrito, no qual foi dada a garantia de respeito por todo o funcionamento geral da instituição, do consentimento informado e da entrega dos resultados obtidos no grupo em geral, acompanhado por um projecto de investigação onde eram evidentes os objectivos do estudo, os instrumentos a serem utilizados, assim como, uma breve revisão da literatura justificando a pertinência da temática proposta.

Posteriormente, foi-nos facultada uma listagem de todas as mulheres que se encontravam, na data da recolha dos dados, no Estabelecimento Prisional e que podiam participar no estudo.

Para a realização das entrevistas as mulheres foram chamadas pelas guardas prisionais, uma a uma, a um gabinete de atendimento. As reclusas vinham à entrevista de acordo com a sua disponibilidade, uma vez que todas desempenham inúmeras funções no estabelecimento prisional. Assim, esta amostra foi obtida de um modo não aleatório, limitando por isso a generalização dos resultados obtidos.

No início de cada entrevista, foi esclarecido todo o teor do estudo e o facto da investigação ser efectuada em total confidencialidade, respeito pelos direitos humanos e pela saúde física, mental e social dos indivíduos que nela participarem, não colocando em causa nenhuma questão ética. Foi ainda pedido o consentimento informado às participantes e estas foram avisadas que poderiam abandonar o estudo, a qualquer momento, se assim o desejassem, facto que veio a acontecer com oito participantes. No decorrer da entrevista foram administrados os instrumentos atrás descritos.

A recolha dos dados durou cerca de dois meses, após o concedimento da autorização. É de salientar que todas as entrevistas tiveram uma duração superior a 90 minutos, quer pelo facto do questionário ser extenso, quer por motivos referentes à disponibilidade dos sujeitos, ou seja, das 50 mulheres abordadas, as 42 que fazem parte da amostra mostraram-se disponíveis para estar na entrevista, porém nem sempre estavam disponíveis para tratar dos assuntos relativos ao questionário, uma grande parte queria apenas falar sobre os motivos que as levou à prisão, outras estavam de tal modo carentes que cada questão levava a um enorme relato da situação exposta. Aliado a isto, houve a necessidade de despende tempo para gerir muitas emoções uma vez que o questionário trata de questões sensíveis. A par destes factores, ainda tivemos como contratempo os horários rígidos do estabelecimento prisional que tornaram a recolha de dados mais morosa.

Capítulo 6.

Apresentação dos Resultados

Neste capítulo iremos apresentar, numa primeira instância, a descrição exhaustiva dos dados em estudo e, posteriormente, os principais resultados obtidos após análise estatística.

6.1. APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS DADOS

Nesta secção é efectuada uma descrição dos dados. Assim, e de acordo com a ordem dos objectivos do nosso estudo, apresentamos os dados referentes à adversidade na infância, os dados referentes aos comportamentos de risco para a saúde e, posteriormente, os dados relativos à sintomatologia psicológica.

6.1.1. EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA

Abuso Físico

Para que tenha sido considerada a presença de abuso físico é necessário que algum dos quatro tipos de experiência tenha sido relatado como tendo acontecido “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”.

Como se pode observar na tabela 6.1 apenas dez mulheres (23.8%) referem não ter sofrido de nenhuma situação de abuso físico durante a infância que ocorresse “muitas vezes” nem “muitíssimas vezes”. As restantes 32 estiveram expostas a abuso físico durante a infância, sendo que 11 (26.2%) relatam experiências das quatro dimensões avaliadas.

Tabela 6.1 – Estatística Descritiva da Categoria Abuso Físico

Número de itens	N	%
0	10	23,8
1	13	31,0
2	5	11,9
3	3	7,1
4	11	26,2

No questionário estava presente uma outra questão, relacionada com o abuso físico, acerca da idade em que tinham sido espancadas pela última vez. Verificamos que 22 mulheres relatam que esta experiência ocorreu em média aos 13.6 anos de idade (DP=3.75).

Abuso Emocional

Experiências de abuso emocional foram referidas por 50% das mulheres. Destas, nove mulheres (21.4%) foram vítimas de todas as formas de abuso emocional. Nos restantes 50% não se verificaram respostas afirmativas no que diz respeito a experimentar este tipo de abuso “muitas” ou “muitíssimas vezes” (tabela 6.2).

Tabela 6.2 – Estatística Descritiva da Categoria Abuso Emocional

Número de itens	N	%
0	21	50,0
1	6	14,3
2	6	14,3
3	9	21,4

Abuso Sexual

O Abuso Sexual foi avaliado de forma dicotômica, bastando que cada tipo de experiência se tenha verificado uma vez para que a participante tenha sido avaliada com a presença de abuso sexual.

Na tabela 6.3 podemos observar que 31 mulheres (73.8%) não relataram qualquer tipo de abuso sexual, nove (21.4%) relatam a experiência de um ou dois tipos de abuso sexual e duas (4.8%) relataram três ou quatro tipos de abuso sexual.

Tabela 6.3 – Estatística Descritiva da Categoria Abuso Sexual

Número de itens	N	%
0	31	73,8
1	4	9,5
2	5	11,9
3	1	2,4
4	1	2,4

Analisando as médias de idades em que ocorreram os diferentes tipos de abuso sexual verificamos que: a média de idades das participantes que referem que algum adulto tocou ou acariciou o corpo delas de forma sexualizada (N=10) é igual a 9.6 (DP=3.53), a média de idades das participantes que referem ter tocado o corpo de um adulto de uma forma sexualizada (N=4) é igual a 7.25 (DP=3.30), as participantes que

dizem que algum adulto tentou ter algum tipo de relação sexual com elas (N=5) apresentam uma média de idades de 11.0 (DP=2.92) e, por fim, apenas uma participante refere que teve algum tipo de relação sexual com um adulto e tal aconteceu aos 7 anos de idade.

No que refere aos abusadores apenas uma participante refere ter sido vítima de abuso sexual por parte de um estranho, as restantes referem que os abusos foram da parte de familiares ou amigos da família. E todas elas referem ter sido vítimas de engano, persuasão verbal ou pressão para obter a sua participação nos actos abusivos.

Nenhuma destas mulheres tinha falado destas experiências sexuais com médicos, enfermeiros ou profissionais de saúde.

Negligência Física

A distribuição das participantes que relataram experiências de negligência física como tendo ocorrido “muitas” ou “muitíssimas vezes” ocorre do seguinte modo: 14 mulheres (33.3%) não apresentam experiências de negligência física na infância, 19 (45.2%) apresentam pelo menos um tipo de negligência física e nove (21.5%) apresentam entre dois e quatro tipos de negligência física. Nenhuma das inquiridas apresenta os cinco tipos de negligência física.

Tabela 6.4 – Estatística Descritiva da categoria Negligência Física

Número de itens	N	%
0	14	33,3
1	19	45,2
2	2	4,8
3	5	11,9
4	2	4,8
5	0	0,0

Negligência Emocional

Atendendo ao número de itens em que as mulheres deram respostas equivalentes a “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes” verifica-se que 54.8% (n=23) não experimentou nenhum tipo de negligência emocional durante a infância, 23.8% (n=10) apresenta até dois tipos de negligência emocional e 21.4% (n=9) apresenta mais do que três tipos de negligência emocional (Tabela 6.5).

Tabela 6.5 – Estatística Descritiva da categoria Negligência Emocional

Número de itens	N	%
0	23	54,8
1	6	14,3
2	4	9,5
3	3	7,1
4	6	14,3

Familiars Consumidores de Substâncias

Como podemos verificar na tabela 6.6, 16 mulheres (38.1%) não tiveram a presença deste tipo de adversidade na sua infância, 21 (50%) viveram com familiares que apresentavam pelo menos um dos consumos avaliados e cinco (11.9%) viveram com familiares que consumiam drogas e álcool.

Tabela 6.6 – Estatística Descritiva da categoria Familiares Consumidores de Substâncias

Número de itens	N	%
0	16	38,1
1	21	50,0
2	5	11,9

Prisão de um Membro da Família

As participantes deste estudo apresentam-se distribuídas de igual modo nos dois pólos desta categoria de adversidade. Ou seja, durante a sua infância 50% (n=21) não teve um familiar na prisão e 50% (n=21) teve (Tabela 6.7).

Tabela 6.7 – Estatística Descritiva da categoria Prisão de um Membro da Família

Número de itens	N	%
0	21	50,0
1	21	50,0

Doença Mental ou Suicídio na Família

Analisando a tabela 6.8, verifica-se que 19 mulheres (45.2%) não se enquadram nesta categoria de adversidade, 15 (35.7%) apresentam pelo menos um tipo e oito (19%) apresentam doença mental e suicídio na família.

Tabela 6.8 – Estatística Descritiva da categoria Doença Mental ou Suicídio na Família

Número de itens	N	%
0	19	45,2
1	15	35,7
2	8	19,0

Divórcio ou Separação Parental

No que diz respeito à existência de divórcio ou separação parental, enquanto indicador de adversidade na infância, verifica-se que 30 participantes (71.4%) não foram expostas e 12 (28.6%) viveram, durante a infância, o divórcio ou separação dos seus pais (Tabela 6.9).

Tabela 6.9 – Estatística Descritiva da categoria Divórcio ou Separação Parental

Número de itens	N	%
0	30	71,4
1	12	28,6

Mãe Vítima de Violência Doméstica

Relativamente aos maus-tratos à mãe por parte do pai, padrasto ou namorado, verificamos que 54.8% (n=23) das mulheres nunca foram expostas a este tipo de adversidade, 4.8% (n=2) estiveram presentes num tipo de agressão, 4.8% (n=2) estiveram presentes em dois tipos, 11,9% (n=5) em três tipos e 23.8% (n=10) estiveram presentes em quatro tipos de agressão.

Tabela 6.10 – Estatística Descritiva da categoria Mãe Vítima de Violência Doméstica

Número de itens	N	%
0	23	54,8
1	2	4,8
2	2	4,8
3	5	11,9
4	10	23,8

Adversidade Total

Esta variável é resultado do somatório das diferentes categorias de adversidade acima descritas. Foi atribuído o valor “0” caso a adversidade não tenha sido relatada e o valor “1” caso a adversidade tenha sido relatada, porém é de salientar algumas categorias só são consideradas como ocorrentes caso tenham sido experienciadas “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”.

Tabela 6.11 – Estatística Descritiva da Variável Adversidade Total

Número de itens	N	%
0	1	2,4
1	4	9,5
2	4	9,5
3	2	4,8
4	4	9,5
5	11	26,2
6	5	11,9
7	2	4,8
8	4	9,5
9	3	7,1
10	2	4,8

Podemos verificar na tabela 6.11 que apenas uma mulher não apresenta qualquer tipo de adversidade, ou seja, 97.6% das participantes deste estudo tiveram pelo menos uma experiência adversa na infância. É ainda de salientar que destas, 64.3% relatam cinco ou mais experiências adversas na infância.

Para a adversidade total obtivemos uma média de 5.05 e desvio padrão 2.63.

Foi ainda criado um Índice de Adversidade, onde foram somados todos os casos de adversidade, mesmo os que ocorreram “raramente” ou “algumas vezes”, que não são

tidos em consideração na variável Adversidade Total. Este índice apresenta uma média de 9.31 (DP=7.15).

6.1.2. COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE NA IDADE ADULTA

A administração do Questionário Sócio Demográfico e História de Vida (Felitti & Anda, 1998) permitiu a recolha de dados relativos aos hábitos de saúde e à história de consumos das mulheres que participaram neste estudo. Assim, consideramos como comportamentos de risco para a saúde comportamentos como: inatividade física, consumo de tabaco, consumo de álcool, consumo de substâncias ilícitas, relações sexuais desprotegidas e tentativa de suicídio.

Tabela 6.12 – Estatística Descritiva dos Comportamentos de Risco para a Saúde

Tipo de Comportamento	N	%
Inatividade Física	31	73,8
Consumo de Tabaco	29	69,0
Consumo de Álcool	9	21,4
Consumo de Substâncias Ilícitas	21	50,0
Relações Sexuais Desprotegidas	24	57,1
Tentativa de Suicídio	15	35,4

O comportamento de risco “inatividade física” foi avaliado através da questão dicotómica “No último mês, antes de ser detida, praticou exercício físico para manter a forma?”. Podemos verificar, que uma elevada percentagem (73.8%) das participantes neste estudo não praticou exercício físico no último mês antes de serem detidas.

A prevalência das mulheres que fumam foi avaliada através da questão dicotómica “Neste momento fuma?”, e verifica-se que 29 (69.0%) fumam regularmente. A média de cigarros por dia é de 16.86 (DP=10.61) e a média de idades em que elas iniciaram esse hábito é de 15.55 anos (DP=3.69).

O consumo de álcool foi avaliado pela questão “Nos dias em que bebeu, antes de ser detida, em média consumiu quantas bebidas por dia?”, tendo sido considerado que beber mais do que três bebidas é um comportamento de risco para a saúde. Assim, nove mulheres (21.4%) afirmaram consumir bebidas alcoólicas um número de vezes considerado excessivo, apresentando o consumo de álcool como comportamento de

risco. Analisando as respostas a outras questões presentes no questionário sobre o consumo de álcool, verificamos que a média de idades em que as participantes consumiram álcool a primeira vez é igual a 17.1 (DP= 5.26) e que apenas duas se consideram dependentes do álcool.

O consumo de substâncias ilícitas foi avaliado pela questão dicotômica “Alguma vez usou drogas?”. Das 42 participantes deste estudo, 50% já consumiram substâncias ilícitas. Destas 21 que já consumiram, 16 (38,1%) ficaram dependentes. A média de idades em que as mulheres tiveram o primeiro consumo de substâncias ilícitas é de 19.1 (DP=6.66).

As relações sexuais desprotegidas foram avaliadas por duas questões: “Durante o último mês quantas vezes se envolveu em relações sexuais?” e “Durante o último mês quantas vezes usou preservativo?”. Quando o número de relações sexuais é superior ao número de vezes que a participante relata o uso de preservativo, consideramos esta se envolveu numa relação sexual desprotegida. Constatamos que 24 mulheres (57,1%) se envolveram em relações sexuais desprotegidas, tendo por isso um comportamento sexual de risco. Outros dados relevantes acerca do comportamento sexual das participantes deste estudo revelam que a média de idades da primeira relação sexual é igual a 15.8 anos (DP=1.96), 83.3% das mulheres mantêm vida sexual activa, 66.7% afirmam não ter vontade de usar preservativo e 73.8% dizem que os companheiros também não têm vontade de usar preservativo. As 36 mulheres que já foram mães tiveram o seu primeiro filho com uma média de idades igual a 18.1 anos (DP=3.27).

A taxa de tentativa de suicídio, avaliada através da questão dicotômica “Alguma vez tentou suicidar-se?”, é relativamente elevada uma vez que 35.7% das inquiridas já tentaram pôr fim à sua vida. Verificamos ainda que, destas 15 , dez necessitaram de cuidados médicos devido a lesões provocadas pela tentativa de suicídio, e que a média de idades em que ocorreram as últimas tentativas de suicídio é 22.9 anos (DP=6.26).

Índice de Comportamentos de Risco para a Saúde

Através do somatório dos comportamentos de risco acima apresentados foi calculado um índice de comportamentos de risco para a saúde.

Tabela 6.13 – Estatística Descritiva da Variável Índice Comportamentos de Risco para a Saúde

Número de itens	N	%
0	2	4,8
1	7	16,7
2	10	23,8
3	12	28,6
4	9	21,4
5	2	4,8
6	0	0

Podemos concluir que apenas duas participantes (4.8%) não apresentam qualquer tipo de comportamento de risco para a saúde, 17 (40.5%) têm entre um ou dois, 21 (50.0%) têm entre três e quatro e duas (4,8%) têm cinco tipos diferentes de comportamentos de risco para a saúde. Nenhuma apresenta a totalidade dos comportamentos de risco para a saúde. O valor médio dos comportamentos de risco para a saúde é igual a 2.6 (DP=1.27).

6.1.3. SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (*Brief Symptoms Inventory* – BSI; Versão de M.C. Canavarro, 1999) não foi aplicado na totalidade às participantes deste estudo. Foram retiradas três afirmações, nomeadamente “Medo na rua ou praças públicas.”, “Medo de viajar de autocarro, comboio ou metro.” e “Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias.”, devido ao facto de não se adequarem à condição de vida actual destas mulheres por estarem presas.

Deste modo não serão efectuadas comparações do Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos, nem do Total de Sintomas Positivos com os valores da população em geral, visto estes serem calculados para 53 itens e no nosso estudo apenas terem sido considerados 50 itens. A dimensão Ansiedade Fóbica também não foi avaliada devido à inadequação dos itens à situação das participantes.

Tabela 6.14 – Sintomas Psicopatológicos (BSI) dos participantes do estudo por referência à população geral

Dimensões	Participantes		População Geral*	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Somatização	1.18	.923	.573	.916
Obsessões-Compulsões	1.33	.814	1.290	.878
Sensibilidade Interpessoal	1.18	.931	.958	.727
Depressão	1.73	.991	.893	.722
Ansiedade	1.76	.906	.942	.766
Hostilidade	1.26	1.104	.894	.784
Ideação Paranóide	1.80	.901	1.063	.789
Psicoticismo	1.30	.853	.668	.614

Observando a tabela 6.14 verificamos que as participantes do presente estudo apresentam médias superiores às da população geral para todas as dimensões de psicopatologia avaliadas.

6.2. ANÁLISES INFERENCIAIS DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Dado o reduzido tamanho da amostra e o teor das variáveis em estudo foi utilizada a estatística não-paramétrica.

Atendendo aos objectivos do presente estudo, foi efectuada uma Correlação de Spearman no sentido de analisar o modo como as variáveis se relacionam entre si.

Tabela 6.15 – Resultados da Correlação de Spearman entre as diferentes variáveis

	I	II	III
I. ACE Total			
II. Índice de ACE	.934**		
III. Comportamentos de Risco	.285	.325*	
IV. Índice Geral de Sintomas	.567**	.661**	.193

*p<.05 **p<.01

Como se pode verificar na tabela 6.15 a Adversidade Total e o Índice de Comportamentos de Risco para a Saúde não apresentam qualquer tipo de relação, porém, se considerarmos o Índice de Adversidade, já encontramos uma correlação significativa com o Índice de Comportamentos de Risco para a Saúde.

Verifica-se também uma relação significativa entre a Adversidade Total e o Índice Geral de Sintomas (BSI). E o Índice de Adversidade está igualmente relacionado com o Índice Geral de Sintomas.

Na sequência das análises de correlações acima apresentadas, e uma vez que se verificaram algumas correlações significativas, realizamos análises de regressão linear no sentido de perceber quanto o índice de adversidade explica a variância dos comportamentos de risco para a saúde e dos sintomas psicopatológicos (BSI) e quanto a adversidade total explica a variância dos sintomas psicopatológicos (BSI).

Tabela 6.16 – Resultados da análise de regressão linear utilizando como preditor o índice de adversidade e como variável predita o comportamento de risco total

	R ²	R ² ajustado	Beta	T	F
Índice de Adversidade	.101	.078	.318	2.120*	F (1.40) = 4.492*

*p<.05

Como podemos verificar pela análise dos resultados da regressão, o índice de adversidade explica cerca de 7,8% da variância do total dos comportamentos de risco para a saúde, sendo este modelo significativo.

Tabela 6.17 – Resultados da análise de regressão linear utilizando como preditor o índice de adversidade e como variável predita o índice geral de sintomas (BSI)

	R ²	R ² ajustado	Beta	T	F
Índice de Adversidade	.414	.399	.643	5.315***	F (1.40) = 28.248***

***p=.000

Analisando a tabela 6.17, verificamos que o índice de adversidade explica cerca de 40% da variância dos sintomas de psicopatologia, sendo este modelo altamente significativo.

Tabela 6.18 – Resultados da análise de regressão linear utilizando como preditor a adversidade total e como variável predita o índice geral de sintomas (BSI)

	R ²	R ² ajustado	Beta	T	F
Adversidade Total	.306	.289	.554	4.204***	F (1.40) = 17.672***

***p=.000

Se utilizarmos a variável adversidade total, verificamos, através da análise dos resultados da regressão linear explícita na tabela 6.18, que esta explica cerca de 29% da variância dos sintomas psicopatológicos (BSI), sendo este modelo altamente significativo.

Observando a forte relação entre a Adversidade Total e o Índice Geral de Sintomas (BSI) patente na tabela 6.15, achamos pertinente efectuar uma correlação de Spearman entre a variável Adversidade Total e as diferentes dimensões de psicopatologia. Assim, como podemos verificar na tabela 6.19, comprovamos a existência de relações significativas entre a Adversidade Total e todas as dimensões de psicopatologia do BSI que foram alvo de estudo.

Tabela 6.19 – Resultados da Correlação de Spearman entre Adversidade Total e os Índices de Psicopatologia

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
I. ACE Total								
II. Somatização	.405**							
III. Obsessões-Compulsões	.284	.483**						
IV. Sensibilidade Interpessoal	.446**	.312*	.345*					
V. Depressão	.547**	.545**	.451**	.468**				
VI. Ansiedade	.384*	.644**	.529**	.473**	.712**			
VII. Hostilidade	.407**	.522**	.466**	.387*	.451**	.573**		
VIII. Ideação Paranóide	.488**	.388*	.415**	.808**	.555**	.469**	.401**	
IX. Psicoticismo	.446**	.401**	.563**	.570**	.725**	.634**	.435**	.563**

*p<.05 **p<.01

Para além de averiguar possíveis relações entre a soma das experiências adversas e comportamentos de risco, utilizamos o teste de independência do Qui-quadrado para averiguar a possibilidade de associações entre tipos específicos de adversidade na infância e os comportamentos específicos de risco para a saúde.

Encontramos valores marginalmente significativos no que se refere às relações entre inactividade física e prisão de um membro da família ($X^2_{(1)}= 3.079$; $p<.10$), consumo de tabaco e abuso emocional ($X^2_{(1)}= 2.785$; $p<.10$) e relações sexuais desprotegidas e divórcio ou separação parental ($X^2_{(1)}= 3.889$; $p<.10$). Encontramos valores estatisticamente significativos entre o consumo de tabaco e a negligência física ($X^2_{(1)}= 3.857$; $p<.05$), tentativa de suicídio e abuso sexual ($X^2_{(1)}=5.061$; $p<.05$), tentativa de suicídio e negligência física ($X^2_{(1)}= 4.200$; $p<.05$), tentativa de suicídio e familiares consumidores de substâncias ($X^2_{(1)}= 6.067$; $p<.05$), tentativa de suicídio e divórcio ou separação parental ($X^2_{(1)}= 7.010$; $p<.05$), tentativa de suicídio e mãe vítima de violência

doméstica ($X^2_{(1)} = 7.435$; $p < .01$) e consumo de álcool e doença mental na família ($X^2_{(1)} = 5.385$; $p < .05$).

Depois de verificada a relação entre diversos tipos de adversidade na infância e tentativas de suicídio, tentamos compreender até que ponto adversidade total prediz o comportamento suicida realizando para tal uma análise de regressão logística.

O modelo obtido é significativo ($X^2(1) = 7.469$, $p = .01$), sendo que o aumento de um ponto na adversidade é acompanhado por um risco aumentado de 1.462 das tentativas de suicídio. Os resultados são apresentados na tabela 6.20.

Tabela 6.20 – Resultados da análise de regressão logística utilizando como preditor a adversidade total e como variável predita as tentativas de suicídio

	$X^2(1)$	B	Wald	Odds Ratio
Adversidade Total	7.469	.380	5.948	1.462

* $p < .01$

Capítulo 7.

Discussão dos Resultados e Conclusões

Neste último capítulo está patente a discussão dos resultados obtidos à luz dos principais estudos da área. Por fim serão apresentadas as conclusões centrais do nosso estudo, salientando as suas limitações e levantando questões para investigações futuras.

7.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Características Sócio-demográficas das Participantes

A amostra em estudo é constituída por 42 mulheres presas num estabelecimento prisional do norte do país.

As características sócio-demográficas da população em estudo já foram anteriormente relatadas, contudo, efectuamos aqui uma pequena comparação, no que diz respeito à idade e à escolaridade, com dados referentes à totalidade das mulheres presas em Portugal.

De acordo com as Estatísticas Prisionais portuguesas relativas ao 3º trimestre do ano de 2008, divulgadas pela Direcção Geral dos Serviços Prisionais, as mulheres correspondem a 6,1% da população prisional do nosso país. No que diz respeito ao escalão etário das reclusas portuguesas, três reclusas estão entre os 17 e os 18 anos, nove entre os 19 e os 20 anos, 41 entre os 21 e os 24 anos, 86 entre os 25 e os 29 anos, 232 entre os 30 e os 39 anos, 191 entre os 40 e os 49 anos, 99 entre os 50 e os 59 anos e 22 têm mais de 60 anos; sendo o escalão etário dos 30 aos 39 anos o mais prevalente (34%).

As idades das participantes do nosso estudo estão compreendidas entre os 17 e os 51 anos (média de 32 anos e desvio padrão de 8.26), correspondendo assim às idades mais prevalentes da população presa em geral.

Relativamente à escolaridade das mulheres das prisões portuguesas, 73,5% frequentaram a escola, sendo que 29.4% concluíram o 1º ciclo, 13.8% o 2º ciclo, 15.8% o 3º ciclo, 9.5% o ensino secundário, 4.7% o ensino superior e 0.3% apresentam outros cursos, 12% sabe ler e escrever mas nunca foi à escola, 11.4% são analfabetas e 3.1% não responderam.

As habilitações académicas das mulheres da nossa amostra vão ao encontro dos dados da população feminina presa em Portugal, uma vez que 79% não tem a escolaridade mínima obrigatória, pois 19 % (n=8) frequentou a escola menos do que quatro anos, 24% (n=10) tem o 4º ano, e 36% (n=15) o 6º ano. Apenas 7% (n=3) completou o 9º ano de escolaridade, 10% (n=4) tem o 12º ano e 5% (n=2) tem formação universitária.

Não encontramos dados sobre o número de mulheres de etnia cigana que são reclusas no nosso país, mas este estudo distingue-se, em relação a outros estudos, pela proporção destas mulheres no total de participantes.

Experiências Adversas na Infância

No que diz respeito à prevalência das categorias de adversidade isoladamente, verificamos que, na amostra em estudo, as dimensões de abuso activo voltado para o sujeito são bastante prevalentes. Assim, 76.2% das mulheres relataram ter sido alvo de abuso físico, 50% de abuso emocional, 26.2% de abuso sexual.

Estes números vão de encontro a estudos que referem que as mulheres que cometem crimes têm passados com história de abusos, essencialmente abuso físico e sexual (Fletcher et al., 1993; Mullings et al., 2000; Lewis, 2005; Green et al., 2005). Green e colaboradores (2000) referem que muitas das mulheres que estão presas por cometerem crimes foram, no passado, vítimas; e que esta exposição aos maus-tratos provavelmente contribuiu para elas se envolverem em comportamentos criminosos.

A investigação empírica mostra que é frequente a co-ocorrência de abuso físico e abuso emocional, ou seja, quando as crianças são maltratadas fisicamente tendem a ser maltratadas emocionalmente (Barnett et al., 1991 *cit in* Figueiredo, 1998a), podendo esta evidência explicar a elevada incidência de abuso emocional a co-existir com outras formas de abuso na nossa amostra.

Relativamente ao abuso sexual, as mulheres que foram vítimas, disseram que os abusadores foram maioritariamente familiares, ou amigos da família, facto que também aparece documentado como comum. Figueiredo e colaboradores (2001) indicam estudos que defendem que, no que diz respeito aos perpetradores do abuso sexual, quando se tem em consideração a família mais alargada, este tipo de abuso se observa frequentemente no quadro da família, e quando se tem em consideração as queixas junto de organismos oficiais, este tipo de abuso tende mais vezes a ser perpetuado pelo pai do que pela mãe.

A negligência aparece também com uma taxa de prevalência elevada, 66.7% das mulheres relatam ter sido negligenciada fisicamente e 45.2% relatam ter sido negligenciada emocionalmente.

Paralelamente aos abusos voltados para o sujeito, no que concerne à disfunção familiar, 61.9% das mulheres viveu com familiares consumidores de substâncias, 50% teve um membro da família preso, 54.7% viveu com um familiar com doença mental ou com história de tentativa de suicídio, 45.2% presenciou a mãe a ser maltratada e 28.6% relata divórcio ou separação parental.

A elevada prevalência da disfunção familiar nas mulheres presas pode estar relacionada com a hipótese de que estar exposto a violência parental e/ou viver em

famílias abusivas, aumenta a probabilidade de ter problemas comportamentais e agressividade (Sani, 2006). No mesmo sentido, Sani (2004) reúne estudos que demonstram que a violência sofrida ou testemunhada aumenta a probabilidade de se desenvolverem comportamentos violentos e delinquentes.

Também o consumo de álcool está associado à pobreza das práticas parentais e a maior negligência dos filhos (Sani, 2006).

Uma outra explicação para a prevalência destas experiências adversas no seio familiar pode advir da elevada co-morbilidade entre abuso dirigido ao indivíduo e disfunção familiar, ou seja, uma dinâmica familiar desajustada incrementa a presença de maus-tratos dirigidos ao sujeito.

Isto leva-nos a realçar, mais uma vez, a importância de considerar as experiências adversas como um todo, tendo em atenção o seu carácter cumulativo (e.g. Felitti et al., 1998; Hatch, 2005; Rodgers et al., 2004).

Relativamente à adversidade total, 97.6% das mulheres inquiridas neste estudo relatam pelo menos um tipo de experiência adversa durante a infância, destas, 73.8% relata quatro ou mais tipos de experiências adversas, sendo a média destas experiências de 5.05 (com desvio padrão de 2.63).

Num estudo de Silva e Maia (2007) foi administrado o mesmo Questionário Sócio Demográfico e História de Vida (Felitti & Anda, 1998; traduzido por Alves, Silva e Maia 2006) a um grupo de 69 sujeitos da população geral composto por 63 mulheres e 6 homens com uma média de idades de 36.88 anos (com desvio padrão de 10.215). Destes sujeitos inquiridos, apenas 12% relatam ter vivido experiências de abuso físico, 10% refere ter sofrido abuso emocional, e 6% relata ter sido vítima de abuso sexual. Os casos de negligência apresentam taxas um pouco mais relevantes, nomeadamente 20% no que diz respeito à negligência física e 28% à negligência emocional. Relativamente à disfunção familiar, 19% viveu com familiares consumidores de substâncias, 1% teve um membro da família preso, 26% viveu com familiares com doença mental ou história de tentativa de suicídio, 6% presenciou a mãe a ser maltratada e 4% relatam divórcio ou separação parental. Verificando os valores da adversidade total neste grupo de sujeitos da população geral, verificamos que 31% não relata qualquer tipo de adversidade, 36% relata ter vivido apenas uma categoria de experiências adversas, 21% duas categorias, 4% três categorias, 4% quatro categorias e 4% cinco categorias. Nenhum sujeito relata ter vivido mais do que cinco categorias de adversidade durante a infância.

Podemos constatar, através da comparação dos resultados obtidos no estabelecimento prisional com os dados da população geral acima apresentados que, na nossa amostra, a adversidade é extremamente mais prevalente e que o número de experiências adversas relatado por cada mulher é igualmente superior.

Comportamentos de Risco para a Saúde

No que diz respeito aos comportamentos de risco verificamos que 73.8% das mulheres não faz exercício físico, 69% fuma, 21.4% consome álcool em excesso, 50% consome substâncias ilícitas, 57.1% envolveu-se em relações sexuais desprotegidas e 35.4% já tentou o suicídio. Assim, 95.2% das mulheres em estudo apresenta pelo menos um comportamento de risco para a saúde e 54.8% apresenta três ou mais comportamentos de risco para a saúde. Sendo a média dos comportamentos de risco de 2.6 (desvio padrão de 1.27).

Embora não tenhamos tido acesso a estatísticas actuais referentes a este tipo de comportamento de risco no nosso país sabemos, pela literatura, que a prática de exercício físico tem vindo a aumentar na população em geral, o consumo de tabaco, segundo o Anuário Estatístico de Portugal de 2007, tem vindo a diminuir, o consumo de álcool e de drogas é muito pouco prevalente junto dos jovens portugueses (Matos et al., 2006), o uso de preservativo aparece ainda como uma prática muito inconsistente e o número de suicídios aparecem numa taxa inferior a 1% no ano de 2007 (Anuário Estatístico de Portugal de 2007).

Assim, ficamos com a ideia de que, embora a população portuguesa em geral mantenha comportamentos de risco que põem a sua saúde em causa, estes não são tão prevalente como na população estudada.

Para além de termos verificado na nossa amostra a elevada prevalência dos comportamentos de risco para a saúde nas mulheres presas, tal facto também aparece documentado na literatura como uma prática comum.

Green e colegas (2000) citam estudos que indicam que o aumento de mulheres nas prisões está relacionado com o consumo de drogas e com comportamentos relacionados com substâncias ilícitas. E, no estudo destes autores com 100 mulheres presas, o abuso de substâncias aparece como muito prevalente, 32% bebiam álcool em excesso e 72% consumiam substâncias ilícitas. Neste estudo também foram encontrados níveis de comportamentos sexuais de risco acima dos encontrados na população em geral, como por exemplo 36% das mulheres nunca tinham usado preservativo.

Nas prisões dos Estados Unidos o número de mulheres infectadas com o vírus da SIDA é muito superior ao dos homens, o que indica que estas mulheres têm elevada prevalência de comportamentos sexuais de risco (Lewis, 2005).

Em Portugal, segundo as Estatísticas Prisionais do terceiro trimestre de 2008, os crimes mais comuns na população feminina das prisões portuguesas estão relacionados com estupefacientes (59,2%). Pensamos que uma parte significativa da nossa amostra corresponde a este perfil.

A adversidade durante a infância tem vindo a ser considerada um importante factor preditor dos comportamentos de risco para a saúde (Felitti et al., 1998).

No nosso estudo, embora a taxa de adversidade durante a infância seja muito elevada, assim como a taxa de comportamentos de risco para a saúde, apenas encontramos uma relação significativa entre a adversidade total e tentativa de suicídio, não se verificando tal relação para os restantes comportamentos estudados. Ou seja, na nossa amostra apenas a tentativa de suicídio poderá ser explicada pelo efeito cumulativo da adversidade.

A relação entre os comportamentos de risco para a saúde e a adversidade acaba por só se evidenciar quando consideramos o índice que inclui todo o tipo de experiências adversas e não apenas as mais graves. Assim, se, ao invés de considerarmos a adversidade como um fenómeno que é constituído por experiências frequentes ou muito frequentes (um indicador de gravidade), considerarmos a presença de qualquer tipo de adversidade, mesmo que menos frequente, verificamos que este índice de adversidade explica cerca de 7.8% da variância do total dos comportamentos de risco para a saúde, sendo este modelo significativo. Tal condição pode ser compreendida, mais uma vez, pelo potencial cumulativo das diferentes formas de adversidade, mesmo que menos frequentes.

Para além de estudarmos a adversidade em conjunto, foi também analisada a relação entre as diferentes categorias de adversidade e os diferentes comportamentos de risco para a saúde. Assim, verificamos que existem associações significativas entre prisão de um membro da família e inactividade física, divórcio ou separação parental e prática de relações sexuais desprotegidas, abuso emocional e consumo de tabaco, negligência física e consumo de tabaco e doença mental do seio familiar e consumo de álcool. O comportamento de risco que aparece associado a um maior número de categorias de adversidade isoladamente é a tentativa de suicídio. O abuso sexual, a

negligência física, familiares consumidores de substâncias, divórcio ou separação parental e mãe vítima de violência doméstica, estão associados ao comportamento suicida.

Dube e colaboradores (2001), num estudo sobre abuso infantil, disfunção familiar e tentativa de suicídio ao longo da vida, encontraram resultados que apontam que cada uma das categorias de adversidade potencia o risco de suicídio. Estes autores também encontraram uma relação entre a adversidade global e a tentativa de suicídio, concluindo que à medida que o número de experiências vividas por um determinado sujeito aumenta, também aumenta o risco de tentativa de suicídio. Tal resultado foi igualmente verificado no nosso estudo.

Sintomatologia Psicopatológica

Em termos de sintomatologia psicopatológica, as mulheres da nossa amostra apresentam uma média de sintomas superior à população em geral em todas as dimensões avaliadas pela BSI (com exceção da dimensão ansiedade fóbica que não foi avaliada).

Como já foi anteriormente descrito, a adversidade durante a infância deteriora a saúde mental dos sujeitos e potencia o risco de psicopatologia durante a idade adulta (Chapman et al., 2004; Rodgers et al., 2004; Figueiredo et al., 2002).

No nosso estudo verificamos que a adversidade total explica cerca de 29% da variância dos sintomas psicopatológicos (BSI), sendo este modelo altamente significativo. E, se considerarmos o índice de adversidade, verificamos que este explica cerca de 40% da variância dos sintomas de psicopatologia, sendo este modelo altamente significativo.

Assim, ao analisarmos a relação entre as experiências adversas durante a infância e o índice geral de sintomas da BSI, podemos comprovar que a adversidade durante a infância constitui um factor de risco para o aparecimento e evolução de psicopatologia no estado adulto.

Foi ainda estudada a relação entre o total da adversidade e as diferentes dimensões de psicopatologia do BSI e verificamos que todas as dimensões que foram alvo de estudo aparecem relacionadas com uma infância adversa. Estes resultados vão ao encontro de numerosos estudos.

Tal como Felitti e a sua equipa sugerem (Felitti et al., 1998; Anda et al., 2002; Felitti, 2002), em situações de maior adversidade durante a infância são relatadas mais

tentativas de suicídio, para as quais a psicopatologia constitui um factor de risco, mais depressão, e maior número de problemas de ansiedade ou dissociação.

Dube e colaboradores (2001) reforçam esta ideia defendendo a forte relação entre a adversidade na infância e a presença de humor deprimido na idade adulta.

Chapman e colaboradores (2004) também encontram resultados que vão neste sentido, assim, referem que as mulheres que relatam mais do que cinco categorias de adversidade, quando comparadas às mulheres que não relatam qualquer tipo de adversidade, têm um risco acrescido de história de perturbação depressiva ao longo da vida. Face a estes resultados, os autores sugerem que experimentar múltiplas formas de abuso durante a infância pode levar a consequências devastadoras na saúde mental dos indivíduos em idade adulta.

7.2. CONCLUSÕES

Após análise cuidada dos resultados do nosso estudo, resta-nos efectuar uma síntese das principais conclusões.

Verificamos que, na população estudada, é elevada a prevalência de adversidade durante a infância, tanto em termos de factores relativos como considerando a acumulação de experiências. E, paralelamente a uma infância adversa, verificamos que, na idade adulta, estas mulheres se envolvem num elevado número de comportamentos de risco para a saúde.

Contudo, neste estudo a adversidade não se mostrou preditora do índice dos comportamentos de risco para a saúde. Apenas verificamos que a adversidade está associada a um risco acrescido de tentativa de suicídio. Note-se, no entanto, que vários dos comportamentos de risco têm uma probabilidade aumentada de ocorrerem nas participantes que relatam maior exposição adversa.

Para além da elevada prevalência destes dois fenómenos, também a sintomatologia psicopatológica é exacerbada nestas mulheres, sendo tal facto explicado, em grande parte, por uma infância adversa.

No sentido de melhor percebermos as relações entre as variáveis estudadas, nomeadamente no que diz respeito à relação entre a adversidade durante a infância e os comportamentos de risco na idade adulta, seria importante alargar o número de mulheres inquiridas e utilizar um método de amostragem aleatório. Temos consciência

de que o tamanho reduzido da nossa amostra condiciona os resultados obtidos, constituindo assim uma limitação para esta investigação.

O facto destas mulheres estarem na prisão, meio propício ao desenvolvimento de psicopatologia e à consolidação de comportamentos de risco para a saúde, poderá ser um forte responsável pelos os resultados obtidos ao nível da prevalência desses dois aspectos. Assim, no sentido de colmatar esta limitação, seria de extrema importância estudar um grupo de controlo com as mesmas características destas mulheres mas sem estar em ambiente prisional.

Uma outra limitação está relacionada com o facto de não se terem avaliado algumas variáveis que a literatura tem relacionado com a adversidade. O *coping* e o suporte social são exemplos. Os comportamentos de risco na idade adulta podem surgir, segundo Felitti (1998) como forma de lidar com a adversidade, essencialmente em sujeitos com *locus de controlo* externo, assim, conhecer os estilos de *coping* mais prevalentes na nossa população poderia constituir uma mais-valia para esta investigação. Sabemos também que o suporte social é um dos principais preditores de resiliência e adaptação, pelo que deveria ter sido uma dimensão estudada.

Silva e Maia (2008), baseadas em estudos de diversos autores, alertam para o facto dos estudos retrospectivos poderem aparecer enviesados devido a erros de reminiscência e viés de evocação que podem afectar a prevalência de experiências adversas relatadas.

Aspectos como o humor ou o estado de saúde em que os sujeitos inquiridos se encontram podem influenciar o relato das experiências adversas (Silva & Maia, 2008). Assim, o facto das mulheres deste estudo se encontrarem presas deixa-as numa situação de sofrimento e de humor maioritariamente deprimido, elevando a probabilidade de evocarem e interpretarem as suas experiências como negativas.

As autoras referem ainda que as memórias autobiográficas dos acontecimentos adversos podem ser sujeitas a esquecimento e reconstrução. Este esquecimento é, na óptica de alguns autores, uma forma que a vítima encontra para se proteger de recordações traumáticas.

Neste sentido, embora o instrumento utilizado neste estudo se baseie em experiências bastante concretas, seria importante efectuar um estudo longitudinal que permitisse análises do tipo teste-reteste de modo a avaliar as qualidades psicométricas do instrumento (cf. Silva & Maia, 2008).

Para além da dificuldade inerente à questão dos estudos sobre a adversidade serem retrospectivos, investigar acerca desta temática deixa-nos perante uma outra questão. Se, por um lado, necessitamos saber mais sobre a influência destas experiências no desenvolvimento dos sujeitos, por outro lado, debatemo-nos sobre possíveis efeitos nas vítimas ao reviverem os traumas no momento em que são inquiridas, essencialmente num contexto que é por si só traumático, como é o caso da prisão.

Maia, Graça, Cunha, Ribeiro, Mesquita e Antunes (2008) apresentam uma revisão de estudos acerca desta problemática e concluem que a participação em investigações sobre experiências traumáticas não revitimiza a maioria dos sujeitos, embora aqueles que têm as histórias mais adversas vejam estas participações como menos positivas.

Como verificamos neste estudo e na literatura, as experiências adversas durante a infância são uma realidade comum nos estabelecimentos prisionais, podendo mesmo ser responsáveis pelos comportamentos delinquentes dos sujeitos que neles se encontram. Assim, reconhecer que estas experiências influenciam de forma negativa o desenvolvimento do indivíduo, estão associadas à elevada prevalência de comportamentos de risco para a saúde e à elevada presença de psicopatologia, e acarretam consequências nefastas ao nível da saúde do indivíduo, aponta para a necessidade de elaborar planos ao nível da intervenção e do acompanhamento psicológico desta população.

Por outro lado, é fundamental realçar a importância de criar planos de prevenção primária ao nível da infância no sentido minimizar a probabilidade da adversidade vir a acontecer, planos de prevenção secundária no sentido de prevenir a adopção de comportamentos de risco para a saúde como estratégias para lidar com a adversidade, e plano de prevenção terciária no sentido de alterar os comportamentos de risco existentes e diminuir os seus efeitos na saúde do indivíduo.

Efectuar programas de prevenção primária com o objectivo de reduzir a adversidade durante a infância é de uma enorme dificuldade e exigência, uma vez que requer drásticas mudanças sociais ao nível do funcionamento e ambientes familiares. Porém, os programas que envolvem visitas a casas das famílias por parte de equipas multidisciplinares que incluem especialistas que actuam ao nível da criança, da família e de todo o envolvimento psicossocial, têm sido muito bem sucedidos na redução da adversidade e no melhoramento da saúde dos seus participantes (Felitti et al., 1998).

Os programas de prevenção secundária são postos em acção quando a adversidade já ocorreu e exigem um reconhecimento de que os comportamentos de risco são adoptados como forma de lidar com as experiências traumáticas e reduzir o seu impacto (Felitti, 1998). Assim, estes programas surgem com o objectivo de identificar onde estão a decorrer experiências adversas e efectuar intervenções numa perspectiva multidisciplinar.

Os programas de prevenção terciária exigem uma abordagem dirigida aos danos causados por uma vida adversa, sejam eles de foro mental ou físico.

No caso das mulheres reclusas terão que ser implementados programas de prevenção ao nível secundário e, maioritariamente, terciário.

Os programas de intervenção prisional têm falhado por se focarem apenas nas problemáticas actuais dos reclusos, como a toxicodependência e as doenças sexualmente transmissíveis, não considerando o seu desenvolvimento global, a sua história de vida e os contextos em que ele está inserido (Mullings et al., 2000).

Green e colaboradores (2005) falam acerca da necessidade de implementar mais programas de intervenção nas prisões tendo por base a premissa de que a grande maioria das reclusas foi vítima de traumas e que esses traumas estão a contribuir para o seu comportamento delinvente, agressivo e de risco para com a saúde. Os autores referem que uma vez que a toxicodependência e o abuso de substâncias é uma realidade extremamente prevalente, os programas de intervenção têm-se dirigido mais para esta problemática. Porém, eles verificam que a maioria destes programas já tem em consideração a adversidade a que estas mulheres foram expostas ao longo da sua infância e de toda a sua vida, abordando directamente esta questão. Estes programas têm como principal objectivo quebrar o ciclo da violência junto das mulheres criminosas e, ter em consideração a sua história de vida adversa, sendo esta uma arma fundamental para o seu sucesso.

Em suma, as experiências adversas durante a infância tomam formas de memórias difíceis de reconhecer, dolorosas de relembrar e muito difíceis de lidar. Assim, toda a comunidade deve trabalhar no sentido de as minimizar e criar mecanismos para ajudar as crianças que delas sofrem, no sentido destas não terem um impacto tão negativo ao longo do desenvolvimento do ser humano.

Bibliografia.

- Ainsworth, M.D. (1976). Relações objectais, dependência e vinculação: Uma análise teórica das relações da criança com a mãe. In L.Soezka (Org.). *As ligações infantis*. (pp. 155-224). Amadora: Livraria Bertrand.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S.(1978). *Patterns of attachments: A Pshycopathological study of stranger situations*. Hillsdale: Lawrencw Erlbaum.
- Alberto, I. M. (2006). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Edições Almedina SA.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., Dube, S.R. & Giles, W.H. (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.
- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, J.V., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube S.R. & Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8): 1001-1009.
- Anda, R.F., Chapman, D.P., Felitti, V.J., Edwards, V., Williamson, D.F., Croft J.B. & Giles, W.H. (2002). Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 1:37-45.
- 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.
- Anuário Estatístico de Portugal 2007 disponível em www.ine.pt, acessido a 19 de Abril de 2009.

- Azevedo, M. C. & Maia, A. C. (2006). *Maus-Tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Benseley, L.S., Spieker, S.J., Van Eenwyk, J. & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problema behaviors. II. Alcohol and drug use. *Society for Adolescent Medicine*, 24:173-180.
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Bowlby, J.(1998). *Perda: tristeza e depressão* (Vol. 3). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J.(1990). *Apego: a natureza do vinculo* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Canavarro, M.C.S. Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, L.S. Almeida (Eds.). (1999). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol.2). Braga: APPORT/SHO.
- Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, J.V., 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.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. (1995). *Developmental psychopatology: Risk, disorder an adaptation*. New York: Wiley & Sons.
- Dias, M.R., Duque, A.F., Silva, M.G. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3(XXII): 463-473.
- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P.& Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110(13): 1761-6.

Dong, M., Anda, R.F., Dube, S.R., Giles, W.H. & Felitti, J.V. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 27: 625-639.

Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

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

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H. & Anda, R.F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences. *Pediatrics*, 111(3): 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 – Findings from the adverse childhood experiences study. *Journal of American Medical Association*, 286(24): 3089-3096.

Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Lim, C., Brener, N.D. & Wecheler, H. (2007). *Youth Risk Behavior Surveillance – United States*, disponível em www.cdc.gov acessado a Janeiro de 2009.

Estatísticas Prisionais (3º trimestre de 2008) disponível em www.dgsp.mj.pt acessado a 22 de Abril de 2009.

Estatísticas Totais Anuais 2006 disponível em www.apav.pt, acessado a Janeiro de 2008.

Felitti, J.V. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1): 44-47.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (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.
- Figueiredo, B. (1998a). Maus-Tratos à Criança e ao Adolescente (I): Situação E Enquadramento da Problemática. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 3: 5-20.
- Figueiredo, B. (1998b). Maus-tratos à Criança e ao Adolescente (II): Considerações a Respeito do Impacto Desenvolvimental. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 3: 197-216.
- Figueiredo, B., Paiva, C., Matos, R., Maia, A. & Fernandes, E. (2001). História de abuso durante a infância. *Análise Psicológica*, 3 (XIX): 365-387.
- Figueiredo, B., Fernandes, E., Matos, R. & Maia, A. (2002). Maus-Tratos na infância: Trajectórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na idade adulta. *Violência e Vítimas de Crimes*, Vol. I: 163-209.
- Figueiredo, B., Paiva, C., Maia, A., Fernandes, E. & Matos, R. (2004). História de Abuso Durante a Infância em Pais na Comunidade. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1: 19-45.
- Fletcher, B., Shaver, L.D. & Moon, D.G. (1993). *Women prisoners: A forgotten population*. Westport, CT: Praeger Press.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. & Leal, I. (2005). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. In M. Matos (Ed.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 61-68). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T., Ribeiro, J.L.P., Matos, M.G., Leal, I., (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1): 55-71.

- Gonzales, B. & Ribeiro, J.L.P. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões da personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1): 107-127.
- Green, B.L., Miranda, J., Daroowalla, A. & Siddique, J. (2005). Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of women in jail. *Crime and Delinquency*, 51(1): 133-151.
- Gunnar, M.R. (2000). Early adversity and the development of stress reactivity and regulation. In *The effects of early adversity on neurobehavioral development: The Minnesota Symposia on Child Psychology*, (Vol 31). C.A. Nelson (Ed.). London: Lawrence Erlbanm Associates.
- Gwadz, M.V., Clatts, M.C., Leonard, N.R. & Goldsamt, L. (2004). Attachment style, childhood adversity, and behavioural risk among young men who have sex with men. *Journal of Adolescent Health*, 34: 402-413.
- Hatch, S.L. (2005). Conceptualizing and identifying cumulative adversity and protective resources: Implications for understanding health inequalities. *Journals of Gerontology*, 60B (Special Issue): 130–134.
- Hillis, S.D., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V.J., Marchbanks, P.A., & Marks, J.S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113: 320-327.
- 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.

- Hillis, S.D., Anda, R.F., Felitti, V.J., Nordenberg, D. & Marchbanks, P.A. (2000). Adverse Childhood Experiences and Sexual Transmitted Diseases in Men and Women: A Retrospective Study. *Pediatrics*. 106 (1).
- Lewis, C.F. (2005). Post-traumatic stress disorder in HIV-positive incarcerated women. *Journal of American Academy Psychiatry Law*, 33: 455-464.
- Maia, A. Trauma e Saúde. In J. Ribeiro & I. Leal (Org.). (2004). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp. 35-41). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Maia, A., Graça, A., Cunha, A., Ribeiro, C., Mesquita, C., Antunes, J.R. (2008). Questões éticas no estudo da relação entre trauma e saúde: A investigação revitimiza as vítimas? In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, I. Silva & S. Marques (org.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.111-114).
- Maia, A. & Seabra, A. (2007). Experiências adversas, comportamentos de risco, queixas de saúde e preocupações modernas de saúde em universitários: Uma comparação entre diferentes licenciaturas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2): 167-180.
- Matos, M.G., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F. & Diniz, J.A. (2006). Aventura Social e Saúde: Consumo de Substâncias nos adolescentes Portugueses, disponível em www.aventurasocial.com, acessado a 19 de Abril de 2009.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In J.D. Matarazzo, J.A. Herd, N.E. Miller & S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral Health* (pp. 3.40). New York: John Wiley & Sons.
- McIntyre, T. M., Soares, V. & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 2: 219- 232.

- McIntyre, T.M. (1997). A Psicologia da saúde em Portugal na viragem do século. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 161-178.
- McIntyre, T.M. (1994). Psicologia da saúde: Unidade na diversidade. In T.M. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, (pp.17-32). Lisboa: APP.
- Moran, P.B., Vuchinich, S. & Hall, N.K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse and Neglect*, 28: 565-574.
- Mullings, J.L., Marquart, J.W. & Brener, V.E. (2000). Assessing the relationship between child sexual abuse and marginal living conditions on HIV/AIDS – related risk behaviour among women prisoners. *Child, Abuse and Neglect*, 24 (5): 677-688.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paiva, C. & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: Definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2): 165-184.
- Perry, B.D. (2000). Trauma and terror in childhood: The neuropsychiatric impact of childhood. In *Handbook of Psychological Injuries: Evaluation, treatment and compensable damages*, (Ed. I. Schulz, S. Carella & D.O. Brady). American Bar Association Publishing.
- Petrak, J., Byrne, A. & Baker, M. (2000). The association between abuse in childhood and STD/HIV risk behaviours in female genitourinary (GU) clinic attendees. *Sexually Transmitted Infections*, 76: 457-461.
- Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na Universidade: Um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 3 (2).

- Ribeiro, J.L.P. & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos da saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1 (XX): 67-75.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.L.R. (1996). Questões acerca da avaliação do comportamento sexual. *Análise Psicológica*, 1(XIV): 13-21.
- Ribeiro, J.L.P. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In T. M. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Braga: APPORT.
- Rizzini, I., & Dawes, A. (2001). Editorial on cultural diversity and childhood diversity. *Childhood*, 8: 315-321.
- Rodgers, C.S., Lang, A.J., Laffaye, C., Satz, L.E., Dresselhaus, T.R. & Stein, M.B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behaviour. *Child, Abuse and Neglect*, 28: 575-586.
- Rosen, L.N. & Martin, L. (1996). Impact of childhood abuse history on psychological symptoms among male and female soldiers in the U. S. Army. *Child, Abuse and Neglect*, 20(12): 1149-1160.
- Sani, A.I. (2006). Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar. *Análise Social*, vol. XLI (180): 849-864.
- Sani, A.I. (2004). Abordagens teóricas da violência interparental: Compreensão do ajustamento da criança ao conflito dos pais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 153-177.
- Silva, S. (2006). *Experiências adversas na infância e sintomas psicopatológicos em sujeitos com obesidade mórbida*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho.

- Silva, S. & Maia, A. (2008). Versão Portuguesa do *Family ACEQuestionnaire* (Questionário de História de Adversidade na Infância). In A.P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coord.) *Actas da XIII Conferência Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Silva, S. & Maia, A.(2007). História de adversidade na família e queixas de saúde – um estudo comparativo entre obesos e não obesos. *Actas do segundo congresso de Família, Saúde e Doença*, Braga.
- Soares, I. (1996). Vinculação: Questões teóricas, investigação e implicações clínicas. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11: 35-71.
- Sroufe, L. A., Cooper, R., & Dehart, G. (1996). *Child development: Its nature and course*. New York: McGraw Hill.
- Teplin, L.A., Mericle, A.A., McClelland e Abram, K.M. (2003). HIV and AIDS risk behaviors in juvenile detainees: Implications for public health policy. *American Journal of Public Health*, 93(6): 906-912.
- Walker, E.A., Gelfand, A., Katon, W.J., Koss, M.P., Korff, M.V., 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.
- Wardle, J. & Steptoe, A. (1991). The European Health and Behaviour Survey: rationale, methods and initial results from de United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 33(8): 925-936.
- Zlotnick, C., Tam, T. & Robertson, M.J. (2004). Adverse childhood events, substance abuse, and measures of affiliation. *Addictive Behaviors*, 29: 1177-1181.