



UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA

RELAÇÃO ENTRE AS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA E A ANSIEDADE NO ADULTO

[Relationship Between adverse childhood experiences and anxiety in adults]

Dissertação de Mestrado

2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde

Cátia Sofia Oliveira Costa Lopes

Orientador:

Professora Doutora Ana Rodrigues da Costa

Maio 2024



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

RELAÇÃO ENTRE AS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA E A ANSIEDADE NO ADULTO

[Relationship Between adverse childhood experiences and anxiety in adults]

Dissertação de Mestrado

2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde

Cátia Sofia Oliveira Costa Lopes

Orientador:

Professora Doutora Ana Rodrigues da Costa

Maio 2024

Agradecimentos

Escrevo estas linhas, nesta investigação que marca a concretização de um objetivo de vida. A jornada foi longa, repleta de desafios, esforços e dificuldades. No entanto, o crescimento de hoje é resultado das dificuldades que venci. Disciplina, dedicação, organização, persistência, consistência e paixão pela Psicologia foram durante cinco anos as minhas melhores amigas.

Este caminho nunca o percorri sozinha e, por isso, hoje agradeço à Universidade Fernando Pessoa casa que escolhi para a minha jornada e que tão bem me acolheu. Agradeço à minha orientadora Prof. Dra. Ana Rodrigues da Costa pelo apoio, orientação, disponibilidade, empenho e compreensão, além de ser uma excelente profissional é sem dúvida um ser humano extraordinário.

Agradeço também aos meus quatro grandes amores, as minhas pessoas como eu gosto de lhes chamar. São a minha luz, a minha inspiração, a minha força, meu suporte e dão sentido à minha vida. Estes quatro amores são o meu marido Alberto, a minha irmã e melhor amiga Patrícia, o meu sobrinho Vasco, mas que sempre chamo filhote e a minha companheira de estudo que, sempre me fez companhia nas muitas horas de estudo, a minha gata Safira.

A todos o meu obrigada!

Resumo

As Experiências Adversas na Infância (EAI) são eventos de cariz traumático que ocorrem em pessoas com menos de 18 anos. Constituem fontes de stress que podem alterar a construção cerebral saudável, desregular o sistema biológico do stress e a libertação normal de cortisol e adrenalina com efeitos duradouros. São um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais no adulto incluindo, o desenvolvimento de ansiedade. A ansiedade e os seus sintomas podem provocar mal-estar clinicamente significativo e impactar no funcionamento normativo do indivíduo. Se o impacto das EAI não for tratado clinicamente, pode por sua vez ser transmitido às gerações seguintes. O presente estudo pretende avaliar se as experiências adversas na infância se relacionam com o desenvolvimento de ansiedade no adulto. Participaram neste estudo 104 indivíduos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos (feminino 69.2 %; masculino 30.8 %), com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos, ($M = 37.8$; $Dp = 12.2$) de diferentes NSE (médio baixo/baixo 13.4%; médio 39.4% e médio alto/alto 47.1%) e estado civil (solteiro 44.2%, casado 29.8%, divorciado 10.6%, união de facto 13.4 % e viúvo 1.0%), com sintomatologia ansiosa e em acompanhamento psicológico. Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: Questionário de Dados Sociodemográficos, Inventário de Ansiedade de Beck (Beck et al., 1988; Versão Portuguesa de Quintão, Delgado & Prieto, 2013) e Questionário da História Adversa na Infância versão reduzida (Felitti et al., 1998; versão Portuguesa de Silva & Maia, 2008). Os resultados deste estudo mostram que: 98% dos participantes relataram, pelo menos, uma experiência adversa na infância. A EAI mais relatada foi a doença mental ou suicídio (73.1%). A média da adversidade total é 4.52, indicando uma carga de EAI significativa nos participantes. A maioria dos participantes (70.2%) situa-se no intervalo de valores pertencentes à categoria de ansiedade severa. Não existe relação entre ansiedade e a idade dos participantes e existe relação entre a idade e as EAI disfunção familiar abuso de substâncias e prisão de membro de família. Não existe relação entre ansiedade e estado civil dos participantes e existe relação entre as EAI abuso físico e disfunção familiar abuso de substâncias e o estado civil. São as categorias abuso emocional e negligência emocional que se relacionam com a ansiedade no adulto. A ansiedade e a adversidade total estão relacionadas. Quanto à associação entre EAI e a ansiedade no adulto, não existem diferenças significativas entre sexo e também não se relacionam com o NSE, nos participantes. As EAI encontram-se relacionadas entre si. Os resultados devem divulgados junto dos profissionais de educação que cuidam das crianças e dos profissionais de saúde que recebem e avaliam crianças, para que possam identificar o mais precocemente sinais de abuso e negligência contra a criança; às câmaras municipais para a criação de programas sociais preventivos, parentalidade positiva e campanhas de sensibilização para a criação de ambientes mais seguros e estáveis às crianças e suas famílias dotando-as de competências de enfrentamento positivo para proteger as crianças de EAI.

Palavras-chave: Experiências Adversas na Infância, Abuso, Negligência, Disfunção Familiar, Ansiedade

Abstract

Adverse Childhood Experiences (ACEs) are traumatic events that occur in individuals under the age of 18. They are sources of stress that can alter healthy brain development, dysregulate the biological stress system, and the normal release of cortisol and adrenaline with lasting effects. They are a risk factor for the development of mental disorders in adulthood, including anxiety. Anxiety and its symptoms can cause clinically significant distress and impact the normative functioning of the individual. If the impact of ACEs is not clinically addressed, it can in turn be transmitted to subsequent generations. The present study aims to evaluate whether adverse childhood experiences are related to the development of anxiety in adulthood. A total of 104 individuals, over 18 years of age, of both sexes (female 69.2%; male 30.8%), aged between 18 and 71 years, ($M = 37.8$; $SD = 12.2$) from different socioeconomic statuses (low/very low 13.4%; middle 39.4% and high/very high 47.1%) and marital statuses (single 44.2%, married 29.8%, divorced 10.6%, cohabiting 13.4%, and widowed 1.0%), with anxiety symptoms and undergoing psychological counseling participated in this study. Participants responded to the following instruments: Sociodemographic Data Questionnaire, Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988; Portuguese Version by Quintão, Delgado & Prieto, 2013) and the Reduced Version of the Childhood Adversity History Questionnaire (Felitti et al., 1998; Portuguese Version by Silva & Maia, 2008). The results of this study show that: 98% of participants reported at least one adverse experience in childhood. The most reported ACE was mental illness or suicide (73.1%). The average total adversity score is 4.52, indicating a significant ACE burden in participants. Most participants (70.2%) fall within the range of values belonging to the severe anxiety category. There is no relationship between anxiety and participants' age and there is a relationship between age and ACEs including family dysfunction, substance abuse, and family member imprisonment. There is no relationship between anxiety and participants' marital status and there is a relationship between ACEs including physical abuse, family dysfunction, substance abuse, and marital status. The categories of emotional abuse and emotional neglect are related to anxiety in adults. Anxiety and total adversity are related. Regarding the association between ACEs and anxiety in adults, there are no significant differences between sexes and they also do not relate to socioeconomic status in participants. ACEs are interrelated. The results should be disclosed to education professionals who care for children and health professionals who receive and assess children, so that they can identify early signs of child abuse and neglect; to municipal councils for the creation of preventive social programs, positive parenting, and awareness campaigns to create safer and more stable environments for children and their families, endowing them with positive coping skills to protect children from ACEs.

Key Words: Adverse Childhood Experiences, Abuse, Neglect, Family Dysfunctional, Anxiety

Índice

Introdução Geral	1
Capítulo I - Experiências Adversas na Infância e Ansiedade no Adulto	3
1. Experiências Adversas na Infância	4
1.1. O Estudo Original das Experiências Adversas na Infância	4
1.2. Evolução do Conceito de Experiências Adversas na infância	6
1.3. Tipologia das Experiências Adversas na Infância	9
1.4. Prevalência de Experiências Adversas na Infância	11
1.5. Stress, Experiências Adversas na Infância e Consequências Neurobiológicas ...	12
1.6. Desenvolvimento Cerebral Precoce, Trauma e Adversidade na Infância	15
1.7. Transmissão Intergeracional de Experiências Adversas na Infância e a Epigenética	16
1.8. Modelo Explicativo de Experiências Adversas na Infância: Pirâmide EAI	18
2. A Ansiedade	20
2.1. Prevalência de Ansiedade	20
2.2. Tipologias das Perturbações de ansiedade	21
2.3. Modelo Cognitivo Explicativo da Ansiedade	21
3. Efeitos das EAI na Saúde do Adulto	25
Síntese	29
Capítulo II- Estudo Empírico	30
Introdução	30
4. Objetivo geral	31
4.1. Objetivos específicos	31
4.3. Tipo de estudo	31
5. Método	32
5.1. Participantes	32
5.2. Materiais	35
5.3. Procedimentos	36
6. Resultados	38
7. Discussão	45
Síntese	49
8. Conclusão	50
Referências Bibliográficas	54
Anexos	

Índice de figuras

Figura 1: Tipologia das EAI	9
Figura 2: A pirâmide inicial proposta pelos investigadores responsáveis do ACE Study.19	
Figura 3: Pirâmide atual das EAI segundo o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centro de Controle e Prevenção de Doenças.....	20

Índice de gráficos

Gráfico1: Relação direta e moderada entre as variáveis da adversidade total e ansiedade em adulto.....	42
Gráfico 2: Comparação da média da ansiedade em entre indivíduos do sexo masculino e feminino.....	42
Gráfico 3: Comparação da média da adversidade total em entre indivíduos do sexo masculino e feminino.....	43

Índice de tabelas

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica dos participantes.....	33, 34
Tabela 2: Frequência de Relato de cada uma das Experiências Adversas na Infância...	39
Tabela 3: Caracterização dos participantes de acordo com o somatório da adversidade total	39
Tabela 4: Caracterização dos participantes de acordo com o Nível de Ansiedade Reportado.....	40
Tabela 5: Modelo de Regressão Múltipla Hierárquica para a Ansiedade.....	41
Tabela 6: Resultados do Teste de Coeficiente de Correlação de Pearson entre as Dimensões das Experiências Adversas na Infância.....	44

Introdução Geral

As Experiências Adversas na Infância (EAI) são experiências com potencial traumático que ocorrem até aos 18 anos de idade. Caso ocorram de forma repetida e contínua causam stress tóxico e crónico no indivíduo que, sem o efeito protetor de uma rede adulta de suporte, podem impactar o neurodesenvolvimento e comprometer a saúde física e psicológica a curto e longo prazo (Anda et al., 2005; Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Felitti, 2009). As EAI agrupam-se em três grandes categorias: experiências diretas de abuso contra o indivíduo (abuso físico, emocional e sexual), negligência (física e emocional) e ambiente familiar disfuncional (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Silva & Maia, 2008). Estas são frequentes e a presença de uma experiência desta natureza durante a infância aumenta a probabilidade de ocorrerem outras experiências adversas (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002). Por outro lado, Felitti et al., (1998) mostram que as EAI não ocorrem de forma isolada e independente, mas encontram-se sim interrelacionadas, salientando a necessidade de estudar múltiplas EAI para se poder estabelecer reais relações entre a exposição a estas experiências desafiadoras, com implicações negativas, de cariz traumático e o seu impacto na saúde.

Os investigadores do estudo pioneiro *Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study)* exploraram os efeitos das EAI e o impacto destas na saúde física e mental dos indivíduos (Anda et al., 2005; Felitti et al., 1998), mostrando que, EAI representam uma real ameaça à saúde pública e encontram-se relacionadas com o aumento de doenças crónicas como as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, doenças pulmonares crónicas, cancro e também perturbações mentais como depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático e suicídio (Dempster et al., 2021; Goddard, 2021; Smyth, 2022).

A OMS destaca a ansiedade como a perturbação mental mais comum, afetando 301 milhões de pessoas no mundo em 2019. É considerada a sexta maior causa de declínio de saúde e qualidade de vida a nível mundial (WHO, 2017) e muitos dos seus sintomas já ocorrem durante a infância e a adolescência (APA, 2013; OMS, 2022).

A ansiedade e as perturbações a esta associada e referenciadas no DSM-5-TR (APA, 2013), manifestam-se através de uma resposta emocional excessiva e desadaptativa onde a perceção à ameaça se torna persistente e ativa uma resposta biológica (Correia, 2014). Esta resposta pode ser fisiológica, cognitiva e comportamental e encontra-se associada a um pior funcionamento psicossocial e qualidade de vida (Kidd et al., 2022).

O esquema cognitivo central na ansiedade é a vulnerabilidade pessoal, onde o indivíduo se sente insuficiente para se manter seguro perante uma ameaça ou sem controle suficiente acerca da mesma. Indivíduos com ansiedade disfuncional tendem a superestimar e amplificar a ameaça e a sua capacidade de a enfrentar e desta forma recorrem ao evitamento (Barlow, 2002; Beck et al., 1985). Existem diferenças individuais na suscetibilidade e etiologia ansiedade. Fatores genéticos, neurofisiológicos, características biológicas, ambientais e de aprendizagem são os principais fatores causais nas perturbações de ansiedade (Clark & Beck, 2012).

Tendo em conta o grande impacto que as EAI podem ter na saúde psicológica do indivíduo a longo prazo, esta investigação, a partir da pergunta de partida “as experiências adversas na infância relacionam-se com a ansiedade do adulto?” procura verificar se as EAI se relacionam com a ansiedade no adulto, considerando o sexo, a idade, o NSE e o estado civil.

O primeiro capítulo deste trabalho é dedicado ao estudo das duas principais variáveis, as EAI e a ansiedade. Aqui encontram-se descritas as EAI, a sua história, tipologia, prevalência, impacto no desenvolvimento cerebral precoce, a transmissão intergeracional das EAI e o modelo explicativo, Pirâmide EAI. Quanto à variável ansiedade, esta é esplanada, quanto à sua etiologia, sintomas, crenças centrais e o seu impacto à luz do modelo cognitivo de Beck e da Associação Americana de Psicologia (APA).

O segundo capítulo diz respeito ao estudo empírico. Este tem início com a pergunta de partida que conduziu à realização do presente estudo, seguindo-se os objetivos, participantes, materiais utilizados, o respetivo procedimento, resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

Capítulo I - Experiências Adversas na Infância e Ansiedade no Adulto

Introdução

À nascença o ser humano é extremamente vulnerável e a sua sobrevivência, bem como o seu desenvolvimento depende, do ambiente, nomeadamente da qualidade de cuidados que lhe são prestados (Maia et al., 2024).

Os períodos da infância e adolescência são sensíveis e fundamentais para o desenvolvimento psicológico, emocional e também para o desenvolvimento do cérebro que não só é moldado pela genética, mas também pelas experiências, nomeadamente as de cariz traumático. Assim, tudo o que acontece nestes períodos é essencial, desde as relações que se estabelecem às experiências de vida (Bick & Nelson, 2016; Kidd et al., 2022).

A exposição a stress intenso e/ou crónico nestes períodos sensíveis, onde a criança é vítima de experiências adversas na infância (EAI), pode ter um impacto nefasto no desenvolvimento infantil (Grudo & Moris, 2020; Smyth, 2022).

As EAI são fontes de stress, potencialmente traumáticas, que podem alterar a construção cerebral saudável, afetando as estruturas cerebrais e desregular o sistema biológico do stress e a libertação normal de cortisol e adrenalina com efeitos duradouros. São um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais no adulto e se o seu impacto ao persistir não for tratado clinicamente, pode por sua vez ser transmitido às gerações seguintes (Dempster et al., 2021; Misiak et al., 2022).

Neste capítulo, procuramos realizar uma revisão bibliográfica acerca das EAI, de como estas podem afetar o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes e também como o seu impacto pode prolongar-se até à idade adulta e constituir um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias, nomeadamente de ansiedade.

A prevalência das perturbações de ansiedade tem aumentado e estas são responsáveis por um pior funcionamento do indivíduo, influenciando com prejuízo os domínios pessoal, familiar, social e laboral destes (Caridade & Fonte, 2024). Estudos têm demonstrado que a ansiedade surge em larga escala na infância e que sem tratamento clínico, tende a manter-se na adultícia (APA, 2013).

1. Experiências Adversas na Infância

1.1 O Estudo Original das Experiências Adversas na Infância

Foi em 1985 que Dr. Felitti, na altura diretor do serviço de medicina preventiva do hospital Kaiser Permanente em San Diego descobriu que situações adversas ocorridas na infância eram impeditivas de perda de peso dos seus pacientes já adultos (Kolk, 2020; Waite & Ryan, 2020). Um dos casos estudados e documentados faz referência a uma mulher de 28 anos que apesar da perda significativa de peso (125 kgs em 51 semanas) no programa de perda de peso do Dr. Felitti, em pouco tempo recuperou demasiado peso para o que se considerava biologicamente possível. Ao entrevistar a paciente descobriu que esta, após a perda de peso, voltou a namorar e com a possibilidade de relações sexuais começou a comer compulsivamente durante o dia e, de forma sonambúlica, à noite. Ao explorar a sua história de vida, esta mulher havia sido vítima de abuso sexual por parte do avô. Depois deste caso muitos outros de cariz sexual surgiram e também revelaram outras dimensões problemáticas associadas à família na infância (Kolk, 2020). Felitti descobriu que os participantes do seu programa que mais perdiam peso, também eram os que abandonavam mais facilmente o tratamento. Investigou cerca de 200 participantes e descobriu que abusos infantis se encontravam por detrás da obesidade. Os participantes relataram que o excesso de peso lhes trazia mais segurança contra possíveis ataques sexuais porque passavam despercebidos. Desta forma o excesso de peso era esquecido pois presenciavam de ser assim (Felitti, 2002; Waite & Ryan, 2020). Dois guardas prisionais do programa de perda de peso referiram que se sentiam mais fortes e seguros “grandes como uma geladeira” (Felitti, 2002) com o excesso de peso no contexto laboral (Kolk, 2020). Concluiu-se que a obesidade para os participantes do programa, por um lado, representava um problema sério mas, por outro, representava uma forma eficaz de esconder e gerir traumas, feridas profundas da infância, enterradas pelo tempo, pela vergonha e preconceitos sociais (Waite & Ryan, 2020). Os problemas para os participantes eram, em boa verdade, soluções (Felitti, 2002; Kolk, 2020; Waite & Ryan, 2020).

Epidemiologistas do centro de controlo e prevenção de doenças motivaram Felitti a estudar a população em larga escala, surgindo assim o primeiro e original estudo sobre as experiências adversas na infância, o *Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study)* conduzido entre 1995 e 1997 na Clínica de Avaliação de Saúde de Kaiser pelo Dr. Vicent Felitti e pelo Dr. Robert Anda (Felitti, 2002; Goddard, 2021; Grudo & Moris, 2020;

Kolk, 2020). Dezassete mil quatrocentos e vinte e um participantes aceitaram fazer parte deste monumental estudo que comparou o estado atual de saúde dos participantes com as experiências adversas da infância, muitas delas ocorridas décadas atrás (Felitti, 2002; Kolk, 2020). Os participantes do estudo inicial eram americanos brancos, classe média, formação universitária com uma idade média de 56 anos (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Felitti, 2009).

Os itens do questionário original do estudo de experiências adversas na infância referiam-se a situações ocorridas até aos 18 anos e avaliavam a ocorrência de experiências adversas em oito categorias: três formas de abuso pessoal (emocional, físico e sexual) e cinco formas de disfunção familiar (alcoolismo, doença mental, separação parental, divórcio, prisão e abandono) (Felitti, 2002; Grudo & Moris, 2020; Silva & Maia 2008). Mais tarde, no estudo foram incluídas negligência física e emocional, passando a dez categorias (Felitti, 2002). Todas as questões foram elaboradas a partir de revisão de literatura e eram de natureza retrospectiva (Felitti, 2002; Waite & Ryan, 2020).

As descobertas feitas através da análise dos resultados deste estudo mostraram que experiências adversas na infância são, surpreendentemente, muito mais comuns do que o observado anteriormente em inquéritos epidemiológicos (Felitti, 2002; Grudo & Moris, 2020). Foi também observada uma forte correlação entre experiências adversas na infância e a saúde dos adultos (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Felitti, 2009; Waite & Ryan, 2020). Outra descoberta importante foi que as experiências adversas na infância não ocorrem isoladamente, mas sim de forma simultânea e têm efeitos cumulativos. Por exemplo, existe uma grande probabilidade de uma criança ser abusada sexualmente e viver num contexto de violência doméstica. De facto, apenas um terço dos participantes afirmou não ter tido experiências negativas durante a infância. Dois terços afirmaram ter tido uma experiência adversa e 87%, duas experiências (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002).

Considerado um dos maiores e mais robustos estudos sobre experiências adversas na infância, os resultados levaram Felitti e Anda (1998) a concluir que os maus tratos na infância não ocorrem isoladamente, relacionam-se uns com os outros e cada experiência adversa que ocorra, agrava as posteriores (Felitti, 2002; Wait & Ryan, 2020; Zarse et al., 2019). Experiências adversas na infância impactam na saúde física e psicológica do adulto. Como refere Felitti (2009, p. 131) “o que acontece na infância – como as pegadas de uma criança no cimento molhado – normalmente dura toda a vida. O tempo não cura; o tempo esconde”.

1.2 Evolução do Conceito de Experiências Adversas na infância

O termo experiências adversas na infância pode levar-nos a várias situações onde o bem-estar e o equilíbrio do ser humano são postos em causa, desde questões no seio familiar e comunitário, às mais recentes e dramáticas guerras, à pandemia COVID-19 e a muitas outras adversidades. Na presente investigação apenas será considerado o conceito de experiências adversas na infância descrito pelos autores do *ACE Study*. Contudo, será apresentada uma perspetiva histórica deste conceito (Wait & Ryan, 2020).

No *ACE Study* foi definido que experiências adversas na infância (EAI) são situações onde o menor é vítima de abuso pessoal (abuso físico recorrente, abuso emocional recorrente e abuso sexual), crescer em ambientes familiares disfuncionais (ambientes constituídos por indivíduos que consumam substâncias, que já estiveram ou estão presos, que estão deprimidos, que já tentaram o suicídio, institucionalizados por doença mental, que presenciaram maus tratos à mãe, famílias mono parentais, pais divorciados ou ser órfão) e ser negligenciado (fisicamente e/ou emocionalmente) (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002).

As EAI referem-se, assim, a situações de abuso, negligência, circunstâncias familiares adversas, experiências potencialmente traumáticas e stressantes que ocorrem durante a infância, antes dos 18 anos de idade (Felitti et al., 1998; Feltz-Cornelis et al., 2019; Goddard, 2021; Kuzminskaite et al., 2020; OMS, 2020; Silva & Maia, 2008; Smyth, 2022). As EAI são frequentes e a presença de uma experiência desta natureza durante a infância aumenta a probabilidade de ocorrerem outras experiências adversas (Dong et al., 2004; Felitti, 2002). Estudos realizados por Felitti (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002) destacam que as EAI não ocorrem de forma isolada e independente, mas encontram-se sim, interrelacionadas. Referem a necessidade de estudar múltiplas EAI para se poder estabelecer reais relações entre a exposição a estas experiências desafiadoras, com implicações negativas, de cariz traumático e o seu impacto na saúde (Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998; Felitti, 2002).

Embora a temática da adversidade na infância tenha sido impulsionada nas últimas décadas pelos estudos de Felitti e Anda (1998), já anteriormente situações potencialmente traumáticas foram estudadas e caracterizadas (Azevedo & Maia, 2006). O facto é que maus-tratos sempre existiram e existe uma evolução histórica deste conceito (Azevedo & Maia, 2006; Gallardo, 1994).

O fenómeno é antigo e nos dias de hoje continua a ser uma problemática que afeta crianças e adolescentes em todo o mundo. O conceito de maus tratos é complexo e mostra-se necessário identificar a cultura e as sociedades onde as práticas ocorrem para determinar se são aceitáveis ou não (Alberto, 2008; Westby, 2007). Embora o conceito de maus tratos possa variar segundo o contexto sociocultural, Barudy (1998) refere que a quaisquer crianças devem ser garantidas as suas necessidades básicas (saúde, bem-estar e desenvolvimento). Também identifica o “maltratante” como alguém que pode ser ou não um familiar, mas que entra em contato com a criança e coloca em causa as suas necessidades básicas.

Martinez e De Paul (1993, citados por Azevedo & Maia, 2006), definem maus-tratos como atos de natureza física, emocional e sexual cometidos contra o menor e que, consequentemente, causam impacto negativo quer a nível físico, quer a nível psicológico no menor. Já Gallardo (2004) mostra que apesar dos maus-tratos infantis poderem ocorrer em qualquer nível sócio económico, estes revelam-se mais frequentes nas famílias mais desfavorecidas.

Na antiguidade a ocorrência de infanticídio era comum para eliminar crianças com deficiências, filhos ilegítimos e controlar a natalidade. Já no Império Romano, as crianças faziam parte de casas de prostituição e o abuso sexual era frequente principalmente no género masculino. Na época medieval castravam-se os rapazes e no ocidente (Grécia e Roma) além da castração de rapazes, estes eram frequentemente abusados e vendidos como escravos. Na idade média as crianças e as suas necessidades não eram atendidas nem respeitadas (Azevedo & Maia, 2006; Oliveira & Pais, 2014). As crianças não possuíam qualquer direito legal para as proteger e, por isso, os maus-tratos não eram um crime punível (Duque, 2008).

Azevedo e Maia (2006) referem que durante o período da revolução industrial, devido à necessidade de mão de obra, crianças e adolescentes eram explorados, trabalhando várias horas, o que constituía também uma forma de maus-tratos.

Foi apenas na segunda metade do século XVIII, que Rosseau defendeu os valores e direitos das crianças dando espaço à criação de uma nova consciência (Azevedo & Maia, 2006).

Kempe (1962) publicou um artigo intitulado “battered child syndrome” (síndrome da criança espancada), onde despertou o interesse pelos abusos nas crianças e em 1963, o abuso infantil foi acrescentado ao sistema de saúde americano (Smyth, 2022).

Gallardo (1994) refere que no século XIX Ambroise Tardieu, professor universitário de medicina legal, realizou aquele que mais tarde foi considerado o primeiro estudo acerca de maus-tratos infantis. Efetuou autópsias a 32 crianças vítimas de maus-tratos, onde os resultados mostraram que os relatos dos pais não eram congruentes com as lesões das crianças.

Os segredos do trauma começaram a ser desvendados nos finais do século XIX, numa altura em que a medicina se debruçou sobre o estudo das doenças mentais e memórias traumáticas (Kolk, 2020). Freud, Charcot e Janet foram pioneiros da psiquiatria e da neurologia e dedicaram-se ao estudo de memórias infantis traumáticas as quais denominaram por “segredos patogénicos” ou “parasitas mentais”. Estas memórias pareciam nunca ir embora e continuavam a manifestar-se. Janet e Charcot criaram um laboratório de investigação em Salpêtrière, para estudar a histeria e em 1889 Janet publicou o primeiro livro científico “L’automatisme psychologique”, sobre memórias e stress traumático que, nos dias de hoje, a psiquiatria e a psicologia denominam por perturbação de stress pós-traumático (Kolk, 2020).

Decorrente deste e muitos outros estudos que emergiram na década de 60, começaram a ser criadas leis para a proteção das crianças (Azevedo & Maia, 2006; Oliveira & Pais, 2014).

Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (1986) organizou um debate com o tema “A criança maltratada”, onde o fenómeno de maus-tratos infantis ganhou destaque (Canha, 2003). Em 1990, na Convenção dos Direitos da Criança foram certificados os direitos e a proteção dos menores de idade. Mais tarde em 1999, foi criada e aprovada a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, 01 de setembro) que possibilitou a criação de Comissões para a proteção de crianças e jovens em perigo (Azevedo & Maia, 2006).

Durante muito tempo o conceito de maus-tratos a crianças era focado em atos físicos contra a criança. No entanto, com o tempo, foram também sendo classificados como fenómenos de maus-tratos infantis as agressões psicológicas (Azevedo & Maia, 2006). Felitti e Anda (1998) definiram as EAI como experiências de cariz traumático e fontes intensas de stress, às quais as crianças podem ser expostas (Bellis et al., 2019; Felitti et al., 1998; Lee et al., 2020; Pereira & Silveira, 2023).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) refere-se ao trauma como uma exposição direta ou indireta a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência

sexual (APA, 2013). Os episódios traumáticos podem ser isolados ou ocorrerem de forma repetida, sobretudo no que diz respeito a cuidados inadequados, maltrato e violência interpessoal no seio familiar. Esta última forma de exposição traumática é reconhecida como altamente desconfortável e perturbadora, uma vez que decorre no contexto familiar, onde a criança deveria obter segurança e proteção (Maia et al., 2024).

De acordo com Felitti (2002), existem 10 categorias de EAI, que serão abordadas de seguida.

1.3 Tipologia das Experiências Adversas na Infância

As experiências adversas vividas na infância agrupam-se em três grandes categorias: experiências diretas de abuso contra o indivíduo (abuso físico, emocional e sexual), negligência (física e emocional) e ambiente familiar disfuncional (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Silva & Maia, 2008) (cf. Figura 1).

Figura 1

Tipologia das EAI



Nota: imagem adaptada do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centro de Controle e Prevenção de Doenças. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>

Assim, passamos a abordar cada uma das EAI acima referidas.

Abuso Emocional: alguém do contexto familiar dirigir-se à criança com palavrões, insultos e atos que a deixem com medo que a possam magoar. Este tipo de insultos pode fazer a criança sentir-se aterrorizada, rejeitada, isolada e auto apreciar-se de forma

negativa (Alberto, 2010; Azevedo & Maia, 2006; Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Silva & Maia, 2008). Alberto (2010) refere que este tipo de abuso é transversal a todo o tipo de maus-tratos, sendo muitas vezes difícil de identificar porque se dilui nos outros tipos de abuso e negligência.

Abuso Físico: alguém do contexto familiar agarrar, bater, puxar e atirar algum objeto à criança, que a possa deixar magoada fisicamente (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Silva & Maia, 2008). Esta tipologia de abuso traduz atos de violência física contra a criança, podendo levar a hospitalizações, marcas e cicatrizes corporais e até mesmo provocar a morte. Culturalmente a criança pode ainda nos dias de hoje ser vista como propriedade dos pais, sem voz e sem autonomia sofrendo abusos físicos familiares (Alberto, 2010; Azevedo & Maia, 2006).

Abuso Sexual: quando algum adulto ou sujeito pelo menos 5 anos mais velho, toca e acaricia a criança de forma sexualizada ou que possa tocar-se a ele próprio também de forma sexualizada em frente da criança e tentar uma relação de cariz sexual (oral, anal e vaginal). É um ato sexual forçado, sem consentimento da vítima, que pode ir de formas mais passivas (exibição de órgão sexuais) ao contato e relação sexual (Alberto, 2010; Azevedo & Maia, 2006; Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Silva & Maia, 2008).

A Negligência Emocional: refere-se ao facto de os familiares não fazerem a criança sentir-se amada, protegida, especial, vista, escutada e apoiada. A criança é ignorada, os familiares vivem alheados desta que cresce entregue a si própria (Azevedo & Maia, 2006; Alberto, 2010; Felitti, 2002; Silva & Maia, 2008). Alberto (2010, p. 26) menciona que “As suas crianças têm brinquedos, mas não brincadeiras, têm livros, mas não atenção, têm roupa, mas falta-lhes colo”.

A Negligência Física: diz respeito à falta de alimentação adequada, falta de cuidados físicos associados à higiene e cuidados de saúde/médicos. As necessidades biológicas da criança (saúde, alimentação e higiene) são ignoradas (Azevedo & Maia, 2006; Felitti, 2002; Silva & Maia, 2008).

Por fim, o ambiente familiar disfuncional: engloba maus tratos verbais e/ou físicos à mãe, familiares consumidores de substâncias como álcool e substâncias ilícitas, familiares com doença mental (deprimidos, tentativas de suicídio), separação/divórcio parental e familiares presos (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Silva & Maia, 2008).

Após a caracterização das EAI, mostra-se importante perceber a prevalência destas, que será apresentada no próximo ponto.

1.4 Prevalência de Experiências Adversas na Infância

Sabe-se que a prevalência das EAI é elevada por todo o mundo e que não é uma problemática recente. Contudo, têm-se tornado mais visíveis tendo em conta os inúmeros estudos que têm sido realizados neste âmbito (Felitti, 2002).

As estatísticas não demonstram os reais números de vítimas de adversidades na infância já que estas apenas se baseiam, na maioria das vezes, nos casos que são reportados às entidades responsáveis e em estudos empíricos (Smyth, 2022).

Os números revelados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA mostram que, entre de 2011 e 2020, quase dois terços dos adultos nos EUA relataram pelo menos uma EAI e aproximadamente um em cada seis adultos nos EUA, relatou quatro ou mais EAI (Swedo et al., 2023).

A UNICEF (2014) divulgou o relatório “Hidden in Plain Sight” (Escondido à Vista de Todos). Neste pode-se constatar a impressionante e dura realidade de abusos físicos, sexuais e emocionais contra menores. Cerca de 120 milhões de raparigas com idade inferior a 20 anos em todo o mundo foram abusadas sexualmente. 17% das crianças em 58 países são submetidas a formas de castigos físicos severos (abuso físico) e 1 em cada 3 menores com idades entre os 13 -15 anos são vítimas de bullying na escola, em todo o mundo (UNICEF, 2014).

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) apresentou o relatório anual de 2022. Neste registaram-se 4.9% de crimes sexuais contra crianças e jovens. Duas mil quinhentas e noventa e cinco crianças e jovens por ano, 50 por semana e 7 por dia são vítimas de maus-tratos. Destes 60.1% são do sexo feminino, com média de idade de 10 anos e 14.1% frequentam o 1.º ciclo e 31.6% destas vítimas são filhos (as) dos autores da violência (APAV, 2022).

O relatório da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) referente a 2022 mostra que, a comissão acompanhou 74.191 crianças e jovens. Destes 13.444 tiveram necessidade de aplicação de medida de proteção; 30.5% por “Negligência”, 27.4% “Violência Doméstica”, 19,9% “Comportamentos de Perigo na Infância e Juventude”, 15.6% “Direito à Educação” e “Maus-Tratos Psicológicos” e “Abuso sexual” houve uma maior incidência junto de raparigas (76%) (CPCJ, 2022).

Após a explanação sobre as EAI e a prevalência destas, mostra-se também imprescindível discorrer acerca do stress e consequências neurobiológicas que esta podem desencadear no indivíduo.

1.5 Stress, Experiências Adversas na Infância e Consequências Neurobiológicas

Stress e adversidades são transversais a todo o ser humano. Em qualquer altura do ciclo vital todos podemos ser confrontados com situações adversas que desencadeiam níveis de stress no organismo (Wait & Ryan, 2020).

O stress pode ser classificado como stress saudável/positivo, stress tolerável e stress tóxico. O stress saudável (Eustress) é uma forma de stress positivo, tolerável, de nível leve a moderado e de curta duração. Os seus efeitos são benéficos para a saúde, desempenho, realização de atividades de vida diária, motivação e também de bem-estar. Neste tipo de stress, o evento stressor é interpretado como um desafio de natureza positiva para a obtenção de bons resultados, dando energia para concretizar e não como fonte de ameaça. É por isso uma forma de stress adaptativa (Grudo & Moris, 2020; Smyth, 2022; Wait & Ryan, 2020).

O stress tolerável tem uma duração mais prolongada que o stress saudável (Smyth, 2022). Pode ser potencialmente prejudicial, mas pode ser atenuado pela rede de suporte e relações de apoio ao indivíduo. Esta rede de suporte desempenha um papel crucial na mitigação do impacto e efeitos da exposição a todos os tipos de stress, sobretudo ao stress prolongado, severo e tóxico, funcionando como um amortecedor (Grudo & Moris, 2020). A existência de adultos disponíveis para proteger e auxiliar a criança a lidar com eventos stressores, possibilita à criança desenvolver respostas adaptativas a situações adversas e estas constituírem um fator promotor do seu desenvolvimento normativo (Grudo & Moris, 2020; Smyth, 2022).

O stress tóxico é classificado como o mais grave e perigoso tipo de stress, produzido pelo corpo em resposta a um evento stressor (Smyth, 2022). Este conduz a uma ativação intensa, frequente e/ou prolongada do organismo. Na infância, o stress tóxico é extremamente grave sobretudo se não existir uma rede de suporte. A idade em que um indivíduo é exposto a este tipo de stress é um fator preponderante já que, quanto mais novo for o indivíduo, especialmente na infância e adolescência, mais vulnerável se encontra aos efeitos negativos deste (Grudo & Moris, 2020; Smyth, 2022).

O trauma é uma resposta física e emocional a um evento que sobrecarrega o sistema nervoso central, modificando a forma como processamos e lembramos a informação (Kolk, 2020; Wait & Ryan, 2020). Maté (2022) refere-se ao trauma não como aquilo que acontece ao indivíduo, mas como aquilo que acontece dentro do indivíduo como resultado do que lhe aconteceu. De facto, o trauma não é a história do que se passou, mas sim a dor, a ferida e o medo que ainda vivem atualmente dentro do indivíduo (Kolk, 2020; Maté, 2022).

Perry (2016) especialista em trauma infantil, refere que o trauma é subjetivo, mas que está sempre associado a um evento negativo. Defende que o trauma depende do evento, da experiência (subjetiva do indivíduo) e do efeito (individual) (Perry, 2016; Wait & Ryan, 2020).

Embora os eventos traumáticos possam ocorrer em qualquer altura do ciclo vital, os que são experienciados na infância podem traduzir-se em prejuízos negativos e duradouros no desenvolvimento emocional, cognitivo e social (Bellis et al., 2019; Bick & Nelson, 2016; Felitti et al., 1998; Herzog & Schmahl, 2018; Lee et al., 2020; Pereira & Silveira, 2023).

As EAI representam eventos de cariz traumático, que produzem culpa, medo, raiva, vergonha, isolamento e desapego (Wait & Ryan, 2020) e que ao mesmo tempo alteram a biologia do cérebro em desenvolvimento (Kolk, 2020). Evidências da neurobiologia e da epidemiologia, mostram que as EAI causam disfunções cerebrais que perduram no tempo e que afetam a saúde e a qualidade de vida (Anda et al., 2005; Bick & Nelson, 2016).

O stress tóxico, as EAI e o trauma têm impacto a curto médio e longo prazo no desenvolvimento humano. A desregulação hormonal causada pelo stress e as anomalias neurobiológicas e cerebrais resultantes de experiências negativas consequentemente culminam em doenças físicas e mentais que incapacitam o indivíduo (Engel & Gunnar, 2020; Goddard, 2021; Herzog & Schmahl, 2018; Merrik et al., 2019; Teicher et al., 2016).

Adversidades no início da vida enraízam-se no indivíduo e estão associadas a disfunções do sistema hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) (Anda et al., 2005; Dempster et al., 2021; Goddard, 2021; Smyth, 2022). Através das EAI, os indivíduos são sujeitos de forma repetida a experiências anormais de stress que podem prejudicar permanentemente o sistema neuro regulador e consequentemente compromete a saúde de forma duradoura e profunda (Anda, 2005; Dempster et al., 2021; Smyth, 2022).

Durante a infância e adolescência, estruturas e funções fisiológicas associadas à resposta ao stress estão bastante suscetíveis, justamente numa altura em que decorre também o desenvolvimento neuronal, endócrino e imunológico. Desta forma se o indivíduo for exposto recorrentemente a experiências que desencadeiam stress crónico/tóxico, pode ocorrer um aumento da carga alostática e uma alteração da resposta ao stress (Dempster et al., 2021; Misiak et al., 2022). Como os sistemas neuronal, imunológico e endócrino são essenciais para a resposta ao stress e funcionam em sincronia, se ocorrer alguma alteração nestes sistemas devido à exposição repetida e crónica ao stress, consequentemente todos os sistemas sofrerão alterações profundas e disfuncionais (Dempster et al., 2021). Um historial de EAI está associado a menor volume do hipocampo, disfunções no córtex pré-frontal e amígdala, alterações imunológicas e endócrinas, super ativação do HPA, alterações nos níveis de glicose e cortisol e respostas imunoinflamatórias desajustadas (Blaze, 2017; Dempster et al., 2021; Goddard, 2021; Misiak et al., 2022). Podem também ocorrer danos nos vasos sanguíneos e um aumento da pressão arterial, responsáveis por um aumento da probabilidade de acidentes vasculares cerebrais (AVC) e enfartes (Anda et al, 2006; Kuzminskaite et al., 2020).

Crianças expostas a adversidades apresentam um aumento do volume da amígdala, enquanto que se a exposição ocorrer na adolescência, o volume desta estrutura tem tendência a ser menor que o normativo (Grudo & Moris, 2020). Quer nas crianças quer em adultos, as EAI levam a um aumento da reatividade da amígdala (Grudo & Moris, 2020; Teicher & Simon, 2016).

Crianças expostas a abusos, adversidade e maus tratos apresentam volume reduzido de substância branca e cinzenta no córtex pré-frontal. Sabe-se que o córtex pré-frontal é importante na tomada de decisão e regulação das emoções. Consequentemente, tanto o desenvolvimento socio emocional como o funcionamento cognitivo ficam comprometidos (Jia et al., 2019; Teicher & Simon, 2016).

Todo este impacto no desenvolvimento de estruturas cerebrais condiciona a cognição, a aprendizagem e a linguagem, bem como propicia respostas comportamentais desajustadas (Dempster et al., 2021; Goddard, 2021; Kuzminskaite et al., 2020).

McEwen (1998) apresentou um modelo de resposta do corpo ao stress. Neste, McEwen refere a alostase e a carga alostática. Alostase é a resposta propriamente dita do organismo a um stressor/ameaça, com o objetivo de estabelecer de novo a homeostasia. A carga alostática é um desgaste patológico dos sistemas de resposta ao stress do

organismo como consequência de uma ativação prolongada destes face ao stress crónico e tóxico. Cérebro e corpo foram concebidos para reagir e combater períodos curtos de stress. No entanto, se exposto a condições recorrentes e prolongadas de stress ocorre um aumento da carga alostática com prejuízo fisiológico (Grudo & Moris, 2020; Misiak et al., 2022). De salientar que o impacto das EAI variam em função do tempo, duração, gravidade e multiplicidade das mesmas (Anda et al., 2005; Misiak et al., 2022).

1.6 Desenvolvimento Cerebral Precoce, Trauma e Adversidade na Infância

O desenvolvimento do cérebro humano é um processo complexo e dinâmico (Bick & Nelson, 2016). Os períodos da infância e da adolescência, até à idade adulta, são sensíveis e fundamentais para o desenvolvimento psicológico, emocional e para o desenvolvimento do cérebro que não só é moldado pela genética, mas também pelas experiências, nomeadamente as de cariz traumático (Bick & Nelson, 2016). Assim, tudo o que acontece nestes períodos é essencial, desde as relações que se estabelecem às experiências de vida (Bick & Nelson, 2016; Kidd et al., 2022). Segundo Bowlby (2020, p. 7) “Tudo o que acontece nos primeiros meses e anos de vida pode ter efeitos profundos e duradouros”. Os genes fornecem o molde para o desenvolvimento cerebral; contudo, este processo é profundamente marcado e influenciado pelas experiências (ambiente) (Bick & Nelson, 2016; Wait & Ryan, 2020). O desenvolvimento do cérebro humano tem início nas estruturas mais fundamentais como o tronco cerebral, terminando no córtex pré-frontal e durante todo este desenvolvimento há uma constante interação entre fatores genéticos e ambientais, ou seja, não é um processo que ocorre no vazio (Wait & Ryan, 2020). No cérebro, os neurónios formam redes neuronais que se mantêm interconectadas e sustentam pensamentos, sentimentos e, por consequência, o comportamento humano (Bick & Nelson, 2016).

Períodos sensíveis e críticos do desenvolvimento são caracterizados por uma maior plasticidade cerebral (capacidade do cérebro mudar e adaptar-se). A neuroplasticidade positiva ocorre quando a capacidade fisiológica do cérebro é capaz de estabelecer e fortificar ligações dendríticas que conduzem a uma mudança morfológica positiva, aumentando a reserva cognitiva (Herzog & Schmahl, 2018). Por outro lado, a neuroplasticidade negativa é a capacidade que o cérebro tem para destruir e atrofiar ligações dendríticas, resultando em alterações morfológicas negativas (Herzog & Schmahl, 2018) e que impactam com prejuízo na reserva cognitiva. Estes períodos

sensíveis e críticos incluem o período fetal e os primeiros anos de vida (Bick & Nelson, 2016; Wait & Ryan, 2020).

Brincar, interagir, amar e aprender são fundamentais para uma infância saudável. Mas esta pode ser afetada por adversidades que impactam negativamente o neurodesenvolvimento (Smyth, 2022; Wait & Ryan, 2020). As EAI são fontes de stress potencialmente traumáticas (Reiser et al., 2014), que inundam o sistema neurofisiológico e ameaçam o bem-estar físico e psicológico (Dempster et al., 2021; Wait & Ryan, 2020). As EAI têm impacto no desenvolvimento infantil, uma vez que as crianças são expostas a stress tóxico, normalmente sem rede de suporte e consequentemente com efeitos nefastos e devastadores para o desenvolvimento cerebral (Anda et al., 2006; Dempster et al., 2021; Goddard, 2021; Smyth, 2022; Wait & Ryan, 2020). Nos períodos sensíveis da infância, onde o cérebro está mais suscetível e vulnerável a experiências de cariz traumático, as EAI podem alterar a construção cerebral saudável e afetar a aprendizagem, memória, autorregulação e enfrentamento, como referimos anteriormente (Wait & Ryan, 2020).

1.7 Transmissão Intergeracional de Experiências Adversas na Infância e a Epigenética

O impacto das EAI, ao persistir na idade adulta e não ser devidamente tratado, pode ser transmitido às gerações seguintes (Smyth, 2022).

Para as crianças, ambientes de cuidado e suporte são essenciais, já que promovem o sentido de segurança, proteção e ajudam a criança a autorregular-se e a desenvolver a eficácia interpessoal. Ao contrário, ambientes onde ocorrem maus-tratos, violência, negligência e psicopatologia parental transmitem à criança insegurança, stress tóxico, dificuldade na sua autorregulação e causam, a curto e longo prazo, problemas de saúde mental (Narayan et al., 2021).

Elevadas taxas de EAI com abuso físico e emocional relacionam-se com doenças crónicas e morte precoce (Felitti et al., 1998; Merrick et al., 2019; Smyth, 2022). Havendo este impacto no adulto, a probabilidade de ocorrer um ciclo intergeracional de EAI é maior. Sobreviventes de experiências de cariz traumático têm maior probabilidade de uso e dependência de substâncias, menor capacidade de regular emoções, perturbação de stress pós-traumático, comportamentos violentos, ideação suicida, obesidade, comportamentos de risco, atividade sexual de risco, depressão e ansiedade (Merrick et

al., 2019). Desta forma, ter pais com um legado de trauma é um fator de risco para ser vítima de EAI na infância, uma vez que estes não possuem a capacidade de gerar ambientes saudáveis para as suas crianças (Smyth, 2022).

As EAI podem, especialmente durante a altura da gravidez e pós-parto, despoletar memórias traumáticas passadas da infância dos progenitores, aumentando o risco dos seus próprios filhos virem a ser vítimas de EAI (Narayan et al., 2021; Smyth, 2022).

Sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PSPT) no adulto, são muitas vezes consequência de EAI cumulativas e constituem risco familiar para ocorrerem EAI. É sabido que as EAI têm efeitos profundos e duradouros ao longo da vida (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002) e, especialmente quando vítimas de EAI se tornam pais, já que os sintomas de trauma passado dos pais, podem servir como mediadores que interligam gerações vítimas de EAI. Este risco é sobretudo preocupante no que diz respeito às mães com sintomas de (PSPT), uma vez que estes podem afetar a saúde da mãe, a fisiologia do stress, o parto, a vinculação mãe-bebé e os mecanismos epigenéticos associados à transmissão intergeracional do trauma (Narayan et al., 2021; Smyth, 2022). Narayan et al. (2021, p. 4) referem que “sintomas de PSPT, são claramente demonstrados como uma consequência da adversidade na infância e um antecedente do aumento da adversidade na próxima geração”.

Ter um pai ou uma mãe na infância com doença mental é uma adversidade e pode colocar os filhos em risco de exposição a EAI. No caso de bipolaridade e esquizofrenia que têm uma predisposição genética, também os filhos estão em risco de EAI. Genética e fatores ambientais combinados e não tratados no adulto podem dar origem a um ciclo de trauma intergeracional (Smyth, 2022).

A exposição a EAI coloca os indivíduos sob stress tóxico, podendo aumentar a suscetibilidade destes a condições incapacitantes de saúde mental, na fase adulta. Uma das formas pela qual o stress tóxico pode conduzir a alterações neurobiológicas é através de modificações epigenéticas, alterando o padrão de genes do DNA (modificação do DNA, que não altera a sua sequência, mas influencia atividade dos genes). A epigenética refere-se à forma como as influências ambientais podem levar à modificação de como os genes se expressam (fenótipo), sem haver alteração do DNA (genótipo) (Anda et al., 2006; Blaze, 2017; Grudo & Morris, 2020; Smyth, 2022).

Em suma, as EAI caso ocorram de forma repetida e contínua causando uma exposição a stress tóxico e crónico, sem o efeito protetor de uma rede adulta de suporte,

podem impactar o neurodesenvolvimento e comprometer a saúde física e psicológica a curto e longo prazo (Anda et al., 2005; Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Felitti, 2009). Tendo em conta o forte impacto que as EAI podem causar no indivíduo, os autores do *Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study)* (Felitti et al., 1998) desenvolveram, um modelo explicativo em pirâmide para as EAI; modelo este seguidamente explanado.

1.8 Modelo Explicativo de Experiências Adversas na Infância: Pirâmide EAI

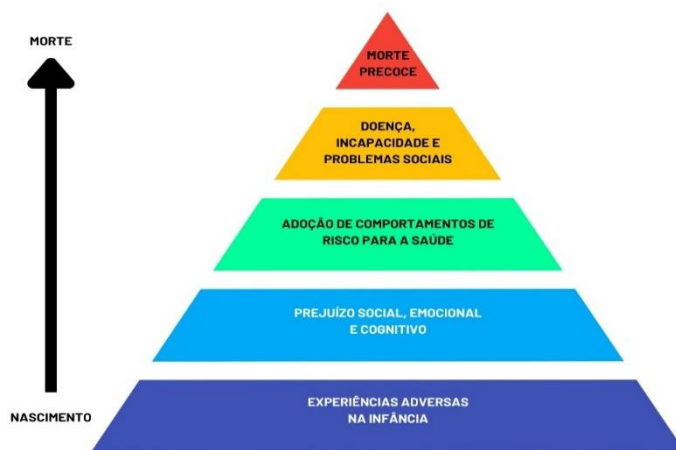
Os investigadores do estudo pioneiro *ACE Study* exploraram os efeitos das EAI e o impacto destas na saúde física e mental dos indivíduos (Anda et al., 2005; Felitti et al., 1998). A investigação tem uma perspetiva global do desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital, incluindo a morte e tem como principal objetivo compreender como podem as EAI relacionar-se com o desenvolvimento e prevalência de fatores de risco para diversas doenças, impactando no bem-estar físico, mental e social. A influência das EAI na saúde do indivíduo, ao longo do ciclo vital, encontra-se muito bem-apresentada na pirâmide de EAI do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Felitti et al., 1998; Smyth, 2022; Wait & Ryan, 2020).

A pirâmide inicial proposta pelos investigadores responsáveis do *ACE Study* tem como base as EAI e mostra que estas são causadoras de morbilidade e mortalidade (cf. Figura 2). A vivência deste tipo de experiências de cariz potencialmente traumático durante a infância conduz, segundo o modelo, a um débil funcionamento global do indivíduo, quer a nível cognitivo quer social e emocional. Este funcionamento mais enfraquecido é causador de adoção de comportamentos de risco para a saúde, por parte dos indivíduos. Desta forma, indivíduos que em fases sensíveis do desenvolvimento foram vítimas de abuso, negligência e se encontravam inseridos em ambientes familiares disfuncionais, podem adotar comportamentos de risco para a saúde tais como: abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco. Felitti (2002) refere que tais comportamentos de risco, representam sobretudo estratégias de *coping* para lidarem com as marcas da adversidade do passado. Estratégias estas que, quase que infalivelmente resultam num aumento da prevalência de problemas de saúde física e psicológica ao longo da vida, podendo mesmo levar à morte prematura (Dempster et al., 2021; Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Reiser et al., 2014; Smyth, 2022; Wait & Ryan, 2020).

Concluindo, o modelo pirâmide explicativo das EAI tem como finalidade perceber o indivíduo vítima de EAI de forma integrada e contínua ao longo do ciclo vital, demonstrando o mecanismo pelo qual as EAI influenciam a saúde e o bem-estar ao longo da vida (Smyth, 2022; Wait & Ryan, 2020) e foi escolhido no presente estudo para esclarecer a influência das EAI na saúde do indivíduo ao longo do ciclo vital segundo os autores do estudo Felitti et al., (1998) e também de acordo com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centro de Controle e Prevenção de Doenças, que desenvolve investigação, prevenção e atuação no âmbito das EAI.

Figura 2

A pirâmide inicial proposta pelos investigadores responsáveis do ACE Stu

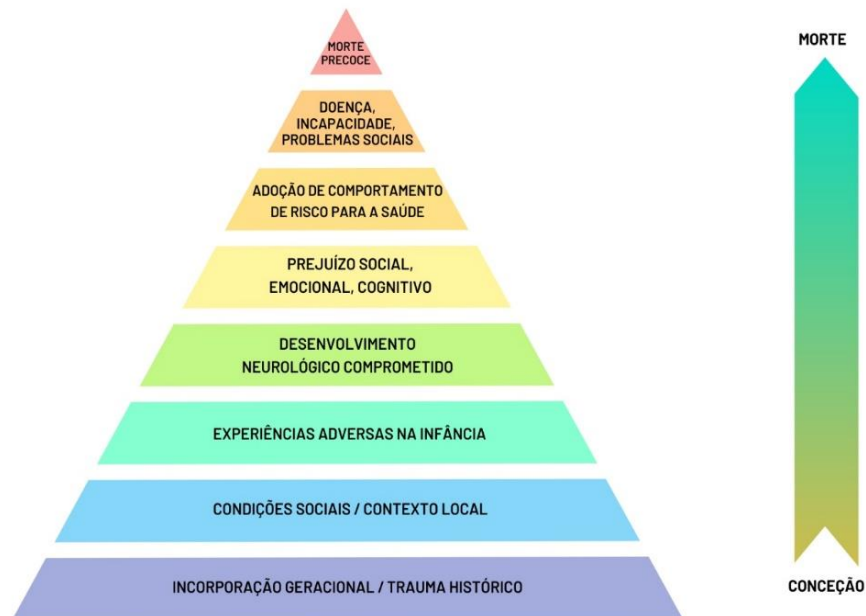


Nota: imagem retirada e traduzida do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centro de Controle e Prevenção de Doenças. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>

Atualmente, estudos mais recentes conduziram a alterações ao modelo pirâmide EAI. Merrick et al. (2018) defendem que o mecanismo pelo qual as EAI influenciam a saúde e o bem-estar no decorrer do ciclo vital pode ser explicado pela estrutura de pirâmide proposta inicialmente pelos pioneiros do *ACE Study*. No entanto, problemas geracionais e históricos da família, juntamente com condições sociais precárias, constituem a nova base da pirâmide EAI do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centro de Controle e Prevenção de Doenças (cf. Figura 3) (CCPD, 2022).

Figura 3

Pirâmide atual das EAI segundo o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centro de Controle e Prevenção de Doenças.



Nota: imagem retirada e traduzida do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centro de Controle e Prevenção de Doenças. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>

As EAI representam uma ameaça à saúde pública encontrando-se relacionadas com doenças crônicas físicas e também com perturbações mentais tais como a depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático e suicídio (Dempster et al., 2021; Goddard, 2021; Smyth, 2022). Em seguida e tendo em conta as principais variáveis deste estudo será explorada a ansiedade.

2. A Ansiedade

2.1 Prevalência de Ansiedade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a ansiedade como a perturbação mental mais comum, afetando 301 milhões de pessoas no mundo em 2019. É considerada a sexta maior causa de declínio de saúde e qualidade de vida a nível mundial (WHO, 2017). A ansiedade tem-se mostrado mais prevalente nas mulheres do que nos homens e muitos dos sintomas de ansiedade já ocorrem durante a infância e a adolescência (APA, 2013; OMS, 2022).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria Saúde Mental (2022), no mundo 12% das doenças são do foro mental e no que diz respeito aos países desenvolvidos o

valor sobe para 23%. Na Europa, 165 milhões de pessoas são anualmente acometidas por uma perturbação mental e, em Portugal, 22.9% sofre de uma perturbação psiquiátrica, sendo as perturbações de ansiedade as mais prevalentes (16.5%).

2.2 Tipologias das Perturbações de ansiedade

A ansiedade e as perturbações a esta associadas e referenciadas no DSM-5-TR (APA,2013), manifestam-se através de uma resposta emocional excessiva e desadaptativa onde a perceção à ameaça se torna persistente e ativa uma resposta biológica (Correia, 2014). Esta resposta pode ser fisiológica, cognitiva e comportamental e encontra-se associada a pior funcionamento psicossocial e qualidade de vida (Kidd et al., 2022). As perturbações de ansiedade abrangem várias tipologias: perturbação de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico; agorafobia, fobia social, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade induzida por substâncias, perturbação de ansiedade derivada de uma condição médica e perturbação de ansiedade sem outra especificação (APA, 2013).

2.3 Modelo Cognitivo Explicativo da Ansiedade

A ansiedade tem a sua origem no medo e apresenta-se como um estado de apreensão e excitação fisiológica, onde o indivíduo não consegue controlar o futuro potencialmente perigoso (Clark & Beck, 2012). O medo é uma emoção básica que tem como principal objetivo proteção contra perigos de vida reais. Assim a sua função é adaptativa e fundamental à sobrevivência (Barlow, 2002). A principal característica do medo do ponto de vista cognitivo é um pensamento de ameaça à segurança. Desta forma é da natureza humana o medo surgir como resposta adaptativa e funcional a um perigo percebido que coloque em causa a própria segurança do indivíduo (Beck et al., 1985; Clark & Beck, 2012). No entanto o medo pode assumir um carácter mal adaptativo, quando uma situação neutra ou não perigosa é interpretada erradamente (Barlow, 2002; Clark & Beck, 2012). Medo e ansiedade existem em todas as culturas, contudo a sua experiencição é subjetiva (Barlow, 2002).

Barlow (2002) refere que muitas palavras podem definir a experiência individual e subjetiva de cada um à ansiedade: pavor, nervoso, pânico, terror, apreensão, preocupação e medo. Contudo medo e ansiedade devem ser compreendidos e diferenciados. Para Barlow “o medo é um alarme primitivo em resposta ao perigo

presente, caracterizado por forte excitação e tendências à ação” (p. 104). Já a ansiedade o autor define-a como “uma emoção orientada para o futuro, caracterizada por percepções de incontrollabilidade e imprevisibilidade sobre eventos potencialmente aversivos e um desvio rápido na atenção para o foco de eventos potencialmente perigosos ou para a própria resposta afetiva do indivíduo a esses eventos” (p. 104). Beck et al. (1985) definem ansiedade como uma resposta emocional ao medo. Por isso o medo é que sinaliza o perigo e a ansiedade surge como sentimento desagradável e desconfortável desencadeada por este.

Tanto para Barlow como para Beck, medo e ansiedade são construtos distintos. O medo como avaliador do perigo é o cerne de todas as perturbações de ansiedade (Clark & Beck, 2012). A ansiedade é um estado permanente de ameaça que se encontra associada a outros fatores cognitivos como a incerteza, desamparo e vulnerabilidade, onde o indivíduo está orientado para o futuro com questões condicionais o “e se” (Clark & Beck, 2012).

É fundamental distinguir o que é funcional e adaptativo do disfuncional e mal adaptativo. Clark e Beck (2012) sugerem cinco critérios para fazer esta distinção, a saber: cognição disfuncional, funcionamento prejudicado, manutenção, alarmes falsos e hipersensibilidade a estímulos.

Segundo a teoria cognitiva a cognição disfuncional refere que o medo e a ansiedade mal adaptativos resultam de uma avaliação errada do perigo que não é confirmada observacionalmente. Ocorre neste caso uma ativação de esquemas cognitivos (crenças disfuncionais) e erros cognitivos que culminam num medo exagerado face à situação real objetiva (Clark & Beck, 2012). O funcionamento prejudicado diz respeito ao facto de a ansiedade interferir diretamente quer com o enfrentamento face a ameaças percebidas, quer com o funcionamento social e atividades de vida diárias do indivíduo (Barlow, 2002; Beck et al., 1985; Clark & Beck, 2012). A manutenção como critério diferenciador do normal versus anormal mostra que a ansiedade clínica é persistente e que a apreensão sentida pelo indivíduo pode aumentar só com pensamentos acerca da ameaça sem a sua concretização (Clark & Beck, 2012). Os alarmes falsos são definidos por Barlow (2002) como “medo ou pânico acentuado que ocorre na ausência de qualquer estímulo ameaçador da vida, aprendido ou não” (p. 220). A hipersensibilidade a estímulos em indivíduos com ansiedade clínica faz com que o medo apareça numa grande variedade

de estímulos quando comparados com indivíduos sem ansiedade clínica (Clark & Beck, 2012).

Clark e Beck (2012) referem que “indivíduos altamente ansiosos exibirão um viés atencional seletivo para estímulos negativos que são relacionados a ameaças de determinadas preocupações vitais. Esse viés atencional para a ameaça seletiva não estará presente em estados não ansiosos” (p. 67).

“A forma de pensar afeta a forma de sentir” (Clark & Beck, 2012, p. 42) é a afirmação que fundamenta o modelo cognitivo da ansiedade. Os indivíduos com ansiedade patológica normalmente assumem que esta é causada por situações e não por cognições (avaliações). Desta forma, não é a situação em si a responsável pela ansiedade, mas sim a forma como a situação é avaliada. É sim a maneira como se pensa que é responsável pela ansiedade ou pela tranquilidade (Clark & Beck, 2012).

A crença ou esquema cognitivo central na ansiedade é a vulnerabilidade pessoal, onde o indivíduo se sente insuficiente para se manter seguro perante uma ameaça ou sem controlo suficiente acerca da mesma. Indivíduos com ansiedade disfuncional tendem a superestimar e amplificar a ameaça e a sua capacidade de a enfrentar e, desta forma, recorrem ao evitamento (Barlow, 2002; Beck et al., 1985). O grau de ansiedade está, por isso, dependente de um equilíbrio entre a avaliação inicial da ameaça e a avaliação da capacidade que o indivíduo tem de enfrentamento desta (Barlow, 2002; Beck et al., 1985; Clark & Beck, 2012). Os esquemas representam assim crenças que fazem interpretações e inferências à ameaça. A ativação do modo ameaça é primitiva e automática e o processamento cognitivo amplifica a ameaça e diminui sinais de segurança. Nas perturbações de ansiedade erros cognitivos como a catastrofização (consequências face à ameaça desastrosas) e abstração seletiva (foco na fraqueza) são bastante comuns (Barlow, 2002; Barlow, 2016; Clark & Beck, 2012).

Perante uma situação de perigo, o cérebro dispara um sistema de alarme composto por processos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, resultando na resposta luta ou fuga pela sobrevivência (Barlow, 2002; Beck et al., 1985). A não adequada avaliação inicial do perigo, juntamente com a sensação de vulnerabilidade pessoal, onde o sujeito se autopercebe como incapaz de se manter seguro que alimenta a ansiedade patológica. A ansiedade resulta por isso de um erro de processamento da informação, onde a ameaça é mal identificada e assume um carácter exageradamente perigoso (Clark & Beck, 2012). Em suma, o modelo cognitivo defende que a questão central nas perturbações de

ansiedade é a ativação de esquemas cognitivos que caracterizam o indivíduo como vulnerável, fraco e impotente perante uma ameaça (Barlow, 2002; Beck et al., 1985; Clark & Beck, 2012).

Existem diferenças individuais na suscetibilidade à ansiedade. Fatores genéticos, neurofisiológicos, características biológicas, ambientais e de aprendizagem são fatores causais nas perturbações de ansiedade (Clark & Beck, 2012). Para o modelo cognitivo os fatores ambientais são cruciais, já que a ansiedade é uma resposta a um estímulo interno ou externo que vai ativar uma avaliação à ameaça. Embora a ansiedade possa surgir sem contar, na maioria dos casos é ativada por uma situação ou mesmo por um pensamento. As situações que ativam a ansiedade além de serem específicas em cada indivíduo (idiossincráticas), também diferem consoante a perturbação. No entanto um estímulo só ativará ansiedade se este for percebido como perigoso para e pelo indivíduo (Barlow, 2002; Beck et al., 1985; Clark & Beck, 2012). Existem evidências empíricas de que experiências de vida ameaçadoras, experiências traumáticas e adversidades contribuem, de forma significativa, para a etiologia e patogénese da ansiedade. Estas contribuições que interagem com a vulnerabilidade cognitiva pessoal da personalidade para a ansiedade, segundo Clark e Beck (2012), ainda carecem de muitos estudos.

A ansiedade pode ser considerada como *ansiedade-estado*, que corresponde ao aparecimento de sintomas num período específico e definido e como *ansiedade-traço*, que corresponde à tendência que o indivíduo tem em relacionar-se nos seus contextos com uma carga excessiva de ansiedade (Correia, 2014; Shimura et al., 2017). A ansiedade-traço refere-se a respostas emocionais e cognições de medo crónicas em diversas situações; logo, constitui um problema para a saúde mental pública (Kidd et al., 2022).

Concluindo a predisposição genética, determinantes biológicos e experiências ao longo do desenvolvimento, conduzem a uma alta sensibilidade à ansiedade e à ansiedade traço, resultando em estados de ansiedade patológicos que interferem negativa e significativamente na vida do indivíduo (Clark & Beck, 2012). Estados de ansiedade são responsáveis por sintomas que podem ser físicos (palpitações, aumento da frequência cardíaca, dor no peito, falta de ar, aumento da frequência respiratória, tonturas, sudorese, fraqueza, náuseas, sensação de desmaio, tremores e dormência), cognitivos (medo de perder o controlo, medo do dano físico ou morte, medo de avaliação negativa dos outros, baixa concentração e dificuldade de raciocínio), comportamentais (fuga, evitação de

situações de ameaça, dificuldade em falar, paralisia e busca de segurança) e emocionais (sentir-se impaciente, assustado, preocupado, nervoso, tenso, irritado, aterrorizado e apreensivo) (Clark & Beck, 2014; Clark & Beck, 2016).

3. Efeitos das EAI na Saúde do Adulto

Estudos demonstram que os efeitos das EAI no cérebro são duradouros e podem causar disfunções neste e impactar na saúde física e mental (Herzog & Schmahl, 2018; Kascakova et al., 2020; Kuzminskaite et al., 2022; Kuzminskaite et al., 2020; Sahle et al., 2021). As EAI representam uma real ameaça à saúde pública e encontram-se relacionadas com o aumento de doenças crônicas como as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, doenças pulmonares crônicas, cancro e também perturbações mentais como depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático e suicídio (Dempster et al., 2021; Goddard, 2021; Smyth, 2022).

As EAI encontram-se associadas a um risco de mortalidade aumentada (Felitti et al., 1998; Zarse et al., 2019). Indivíduos que foram sujeitos a 4 ou mais tipos de EAI apresentam um risco superior para comportamentos de risco (Bellis et al., 2019), abuso de substâncias, depressão, ansiedade, ideação e suicídio, maior número de parceiros sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, obesidade, doenças cardíacas, doenças hepáticas, doenças pulmonares e cancro, do que indivíduos que não experimentaram nenhuma EAI (Anda et al., 2005; Dempster et al., 2021; Dube et al., 2001; Dube et al., 2003; Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Felitti, 2009; Goddard, 2021; Kolk, 2020; Kuzminskaite et al., 2020; Petruccelli et al., 2019; Sachs-Ericsson, 2017).

O abuso infantil pode ser responsável por um baixo autoconceito e baixa autoestima, conduzindo o indivíduo à autodestruição passiva, sem autocuidado, sedentarismo, má alimentação, abuso de substâncias e numerosos riscos para a saúde. O consumo de drogas, álcool, riscos sexuais, problemas de saúde mental, violência interpessoal e violência autodirigida estão fortemente associados a EAI (Hughes et al., 2017; Smyth, 2022).

No que concerne às consequências para a saúde mental, as evidências empíricas são robustas e mostram que experiências de cariz traumático têm consequências altamente negativas. Maus-tratos infantis estão associados a um aumento até três vezes de desenvolver uma perturbação mental (Lee et al., 2020; Feltz-Cornelis et al., 2019); McKay et al., 2021). Sahle et al. (2021) numa revisão abrangente de revisões sistemáticas

e metanálises referem que EAI foram associadas a duas vezes maior probabilidade de perturbações de ansiedade, depressão, perturbações internalizantes e suicídio.

Moreira et al. (2020) referem que “diferentes tipos de abuso infantil, têm sido associados a diferentes perturbações de personalidade na idade adulta” (p. 3). Mostram também que história de experiências adversas na infância pode estar associada a traços de psicopatia e psicopatia na idade adulta.

Mckay et al. (2021) não encontraram associação entre abuso sexual na infância e doenças mentais no adulto, mas justificam que os participantes como apresentaram queixa de violação provavelmente receberam apoio psicológico e o processamento do impacto traumático já havia ocorrido. No entanto, as categorias abuso emocional e negligência mostraram-se significativamente associadas a doença mental.

A família desempenha um importante papel no desenvolvimento da criança e do adolescente (Alberto, 2010). O abuso físico ou emocional direto por parte da família pode afetar o desenvolvimento da criança e ter consequências psicológicas a longo prazo (Lee et al., 2020). No entanto, e surpreendentemente, um estudo de Lee et al. (2020) utilizou dados de um estudo longitudinal nacional de saúde de adolescentes e adultos, do qual participaram 10.686 indivíduos e onde um dos principais objetivos foi investigar associações entre categorias de EAI e perturbações mentais no adulto: depressão, ansiedade e perturbação de stress pós-traumático, mostra que a categoria disfunção familiar de EAI teve menor prevalência para a depressão e ansiedade. Os autores referem que apesar da menor prevalência desta categoria, esta pode sim se associar de forma indireta às consequências psicológicas a longo prazo. Silva e Maia (2008) referem que o ambiente familiar disfuncional é na maioria das situações um potenciador das adversidades contra o indivíduo (abuso e negligência).

Uma revisão sistemática sobre as EAI e pensamentos repetitivos e ruminantes na idade adulta, mostra que adultos que foram vítimas de abuso infantil são mais suscetíveis à preocupação e à ruminação. Os adultos que, na infância, foram expostos à categoria negligência são mais propensos a pensamentos ruminantes. A ruminação decorrente de EAI pode levar a piores resultados na saúde mental (Mansueto et al., 2021).

As EAI encontram-se associadas a perturbações depressivas e de ansiedade no adulto (Feltz-Cornelis et al., 2019; Riedl et al., 2020; Zarse et al., 2019). Apesar de as EAI se encontrarem associadas a estas duas perturbações, um estudo longitudinal de 6 anos mostra associações mais fortes de experiências de cariz traumático com

sintomatologia depressiva do que com sintomatologia ansiosa (Kuzminskaite et al., 2022). Sintomatologia depressiva e ansiosa no adulto decorrente do impacto de trauma na infância, pode ser explicada pelas alterações cérebro-mente-corpo, provocadas pela exposição ao stress crónico e tóxico, como referido anteriormente. As desregulações do eixo HPA podem levar a mais graves sintomas de depressão e ansiedade (Goddard, 2021).

Cerca de 30% de todas as perturbações mentais encontram-se associadas a EAI. 30% em casos de ansiedade, 40% em casos de depressão e 67% em tentativas de suicídio (Shale et al., 2021).

Indivíduos com pelo menos uma EAI têm uma maior probabilidade de desenvolver ansiedade (Shale et al., 2021). Todas as formas de maus tratos infantis se encontram associadas à ansiedade (Gardner et al., 2019; Shale et al., 2021). Um estudo realizado por Waikamp e Serralta (2018) com o objetivo de estudar as repercussões do trauma na infância e a psicopatologia na idade adulta e no qual participaram 201 indivíduos, concluiu que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres na associação entre EAI e ansiedade. Uma revisão abrangente de revisões sistemáticas e metanálises realizada por Shale et al., (2021), também concluiu que a associação entre EAI e ansiedade não variam significativamente quanto ao sexo.

Abuso físico, abuso sexual, parentalidade desadaptativa, doença crónica parental e separação, encontram-se associadas a uma maior probabilidade de desenvolver perturbações de ansiedade (Shale et al., 2021).

O abuso emocional e a negligência emocional são considerados as categorias mais prejudiciais de maus tratos infantis. No entanto, estudos recentes têm vindo a enfatizar a disfunção familiar e os seus efeitos nocivos nas crianças e sugerem a necessidade de mais investigação sobretudo prestando mais atenção à disfunção familiar e ao abuso emocional nas perturbações de ansiedade (Gardner et al., 2019). Shale et al. (2021) afirmam que os efeitos dos comportamentos parentais disfuncionais e desadaptativos têm um forte impacto na saúde mental da criança e, infelizmente, ainda são demasiado ignorados.

Waikamp e Serralta (2018) investigaram as repercussões do trauma na infância e a psicopatologia na idade adulta. Os resultados mostram que existe uma associação positiva entre todas as dimensões traumáticas experienciadas na infância e o nível de sofrimento psicológico na adultícia. A negligência emocional e abuso emocional foram as dimensões mais relatadas pelos participantes. O seu carácter invisível faz com que não sejam tão bem identificadas. Contudo, a investigação tem vindo a sugerir que esta

violência emocional produz efeitos mais negativos no que concerne à psicopatologia (Waikamp & Serralta, 2018).

Abuso emocional, negligência emocional e também disfunção familiar remetem aos estudos de Bowlby (1981). Bowlby refere que a privação da mãe e a ausência de uma base segura têm efeitos duradouros e impactam na saúde mental em adulto (Abreu, 2019; Bowlby, 1989; Bowlby, 2020).

O que se acredita ser essencial à saúde mental é que o bebê e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa íntima e contínua com a mãe (ou mãe substituta permanente, uma pessoa que desempenha, regular e constantemente, o papel de mãe para ele), na qual ambos encontrem satisfação e prazer. É esta relação complexa, rica e compensadora com a mãe nos primeiros anos de vida, enriquecida de inúmeras maneiras com o pai e com os irmãos e irmãs, que os psiquiatras infantis e muitos outros julgam, atualmente, estar na base do desenvolvimento da personalidade e da saúde mental (Bowlby, 2020, p. 2).

O baixo nível sócio económico encontra-se associado a práticas parentais desadaptativas que aumentam a probabilidade de perturbações psicológicas nos filhos (Shale et al., 2021). As condições económicas precárias são apontadas como uma causa frequente e preponderante de violência no seio familiar. Mesmo na ausência de violência familiar e que a família tenha um funcionamento normal, a situação económica precária pode ser fonte de stress e desregular o sistema familiar, impactando na criança (Alberto, 2010). A débil condição económica da família potencia o stress e a disciplina incongruente para com os filhos, conduzindo a uma maior relação entre maus tratos e a pobreza. Esta desvantagem económica constitui um fator de risco; no entanto, autores mostram que o abuso infantil pode ocorrer em qualquer classe social (Azevedo & Maia, 2006).

Crianças e adolescentes que viveram EAI podem desenvolver relações de apego inseguras e, consequentemente, afetar a autoimagem e regulação emocional (Moreira et al., 2021). Com já referido anteriormente, a exposição a eventos stressantes e potencialmente traumáticos pode desregular o sistema biológico do stress e alterar negativamente níveis de produção e libertação de cortisol e adrenalina, bem como alterações de estruturas cerebrais e de desenvolvimento que, conjuntamente, são

responsáveis por regulação emocional, autocontrolo, interações sociais e formação de personalidade (Moreira et al., 2021). Experiências de cariz traumático podem sensibilizar estruturas cerebrais e intensificar as respostas ao medo (Herrington et al., 2013; Kendall-Tackett, 2000; Moreira et al., 2021).

Síntese

Segundo Bowlby “Tudo o que acontece nos primeiros meses e anos de vida pode ter efeitos profundos e duradouros” (Bowlby, 2020, p. 7). Estudos demonstram que os efeitos das experiências adversas na infância no cérebro são duradouros e podem causar disfunções neste e impactar na saúde física e mental incluindo desenvolvimento de ansiedade (Herzog & Schmahl, 2018; Kascakova et al., 2020; Kuzminskaite et al., 2022; Kuzminskaite et al., 2020; Sahle et al., 2022). Existe, de facto, uma associação significativa entre exposição a trauma na infância e perturbações mentais no adulto (Huges et al., 2017; McKay et al., 2020). As perturbações mentais tornaram-se na principal causa de incapacidade e em Portugal 22.9% sofre de uma perturbação psiquiátrica, sendo as perturbações de ansiedade as mais prevalentes 16.5% (SPPSM, 2022).

Desta forma as adversidades na infância podem contribuir para o aparecimento de ansiedade no adulto. Esta tem vindo a aumentar, com grande impacto na qualidade de vida e no funcionamento dos indivíduos. Mostra-se por isso relevante para a Psicologia, como ciência, investigar mais a associação entre EAI e ansiedade no adulto, não só para agregar mais conhecimento científico, mas também para que melhor e mais precocemente se possa prevenir e intervir.

Capítulo II- Estudo Empírico

Introdução

Os efeitos das experiências adversas na infância no cérebro são duradouros podendo causar disfunções neste e impactar na saúde física e mental, incluindo o desenvolvimento de ansiedade (Herzog & Schmahl, 2018; Kascakova et al., 2020; Kuzminskaitė et al., 2022; Kuzminskaitė et al. 2020; Sahle et al., 2022). De facto, existe uma associação significativa entre exposição a experiências de cariz traumático na infância e perturbações mentais no adulto (Huges et al., 2017; McKay et al., 2020).

Tendo em conta o impacto que as EAI podem ter na saúde psicológica do indivíduo esta investigação, a partir da pergunta de partida “as experiências adversas na infância relacionam-se com a ansiedade do adulto?” procura verificar se as EAI se relacionam com a ansiedade no adulto, considerando o sexo, a idade, o NSE e o estado civil.

Indivíduos com pelo menos uma EAI têm uma maior probabilidade de desenvolver ansiedade (Shale et al., 2021). Como as EAI podem contribuir para o aparecimento de ansiedade no adulto e, como esta é bastante prevalente em Portugal, este estudo mostra-se relevante para a Psicologia como ciência, não só para agregar mais conhecimento científico, mas, também, para que se possa trabalhar numa maior prevenção de EAI e numa melhor e mais precoce intervenção psicológica, com o objetivo de mitigar o impacto destas na saúde dos indivíduos. Este estudo demonstra-se pertinente para enaltecer os projetos já implementados, programas sociais de prevenção a experiências adversas na infância, parentalidade positiva, e campanhas de educação pública para a criação de ambientes mais seguros e estáveis às crianças e suas famílias, bem como a criação de novos projetos. Por outro lado, revela-se socialmente importante empreender mais apoios centrados nas vítimas, ajudar a construir famílias mais estáveis e mais dotadas de competências de enfrentamento positivo para melhor proteger as próximas gerações de vinculações prejudiciais e de experiências adversas na infância.

Neste capítulo serão apresentados os objetivos da presente investigação, o método, os participantes, instrumentos utilizados, procedimentos realizados ao longo da investigação, análise estatística e os resultados, bem como a discussão dos mesmos.

4. Objetivo geral

Analisar de que forma as experiências adversas na infância se relacionam com a ansiedade no adulto, considerando o sexo, a idade, o NSE e o estado civil.

4.1 Objetivos específicos

1. Identificar a frequência de EAI;
2. Conhecer o nível de ansiedade nos participantes;
3. Verificar se existe relação entre a ansiedade, EAI e a idade dos participantes;
4. Verificar se existe relação entre a ansiedade, EAI e o estado civil dos participantes;
5. Verificar se existe relação entre as dimensões de EAI e a ansiedade no adulto;
6. Verificar se existe relação entre os valores de adversidade total e a ansiedade no adulto;
7. Verificar se existem diferenças no que se refere à ansiedade no adulto e as adversidades na infância, considerando o sexo;
8. Analisar a relação da ansiedade no adulto e as adversidades na infância com o NSE.
9. Verificar como se interrelacionam as EAI.

4.2 Definição de variáveis

No que concerne à descrição das variáveis presentes na investigação sexo e estado civil são variáveis qualitativas nominais. A variável idade quantitativa discreta e a escolaridade e o NSE são variáveis qualitativas ordinais. A ansiedade e EAI são variáveis quantitativas contínuas dependente e independente, respetivamente.

O NSE foi calculado através da Norma S.A.R.L. O cálculo deste consistiu no somatório da escolaridade com a profissão a dividir por dois. Os níveis socioeconómicos foram categorizados em nível socioeconómico 1: médio alto /alto; nível sócio económico 2: médio e nível sócio económico 3: médio baixo/ baixo.

4.3 Tipo de estudo

A metodologia utilizada é de carácter quantitativo e tendo em conta o objeto de estudo, os objetivos e a metodologia usada é um estudo do tipo correlacional, transversal e descritivo. Recorreu-se à utilização de instrumentos quantitativos, como técnica de

recolha de dados, para procurar avaliar a relação entre ansiedade no adulto e a ocorrência de experiências adversas na infância.

5. Método

5.1 Participantes

Na presente investigação constituíram critérios de inclusão o ser maior de idade, possuir sintomatologia ansiosa e estar a ser acompanhado em contexto clínico. Como critérios de exclusão foram previstos a menoridade e a não apresentação de sintomatologia ansiosa.

Participaram nesta investigação 104 participantes. Em termos das principais dimensões da caracterização sociodemográfica, os dados apresentados na Tabela 1 mostram que: a maioria dos participantes é do sexo feminino (69.2%, $n=72$); cerca de metade dos inquiridos tem idades compreendidas entre os 31 e os 45 anos (50.9%, $n=53$); os estados civis mais representados são o solteiro (44.2%, $n=46$) e o casado (29.8%, $n=31$); mais de metade dos participantes completou (ou está a frequentar) o ensino superior (54.8%, $n=57$); e a esmagadora maioria está inserida num nível socioeconómico de patamar médio (39.4%, $n=41$) ou médio alto/alto (47.1%, $n=49$).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica dos participantes

Idade	Estado Civil			Sexo		Total
				F	M	
18-30	Solteiro	Nível	Médio Alto/Alto	8	3	11
		Socioeconómico	Médio	6	3	9
			Médio Baixo/Baixo	4	1	5
		Total		18	7	25
	União de facto	Nível	Médio Alto/Alto	3	0	3
		Socioeconómico	Médio Baixo/Baixo	0	1	1
		Total		3	1	4
	Total	Nível	Médio Alto/Alto	11	3	14
		Socioeconómico	Médio	6	3	9
			Médio Baixo/Baixo	4	2	6
		Total		21	8	29
31-45	Solteiro	Nível	Médio Alto/Alto	10	1	11
		Socioeconómico	Médio	6	0	6
			Médio Baixo/Baixo	0	3	3
		Total		16	4	20
	Casado	Nível	Médio Alto/Alto	5	3	8
		Socioeconómico	Médio	5	1	6
			Médio Baixo/Baixo	2	2	4
		Total		12	6	18
	União de facto	Nível	Médio Alto/Alto	2	0	2
		Socioeconómico	Médio	5	2	7
		Total		7	2	9
	Divorciado/Separado	Nível	Médio Alto/Alto	4	0	4
		Socioeconómico	Médio	0	2	2
		Total		4	2	6
	Total	Nível	Médio Alto/Alto	21	4	25
		Socioeconómico	Médio	16	5	21
			Médio Baixo/Baixo	2	5	7
		Total		39	14	53
46-80	Solteiro	Nível	Médio Alto/Alto	1		1
		Socioeconómico				
		Total		1		1
	Casado	Nível	Médio Alto/Alto	4	0	4
		Socioeconómico	Médio	3	5	8
			Médio Baixo/Baixo	1	0	1

Relação entre as experiências adversas na infância e a ansiedade no adulto

Total	União de facto	Total	8	5	13		
		Nível	Médio Alto/Alto	1	1		
		Socioeconómico					
	Divorciado/Separa do	Total		1	1		
		Nível	Médio Alto/Alto	1	3	4	
		Socioeconómico	Médio	1	0	1	
	Viúvo	Total	2	3	5		
		Nível	Médio	1	1	2	
		Socioeconómico					
	Total	Total	1	1	2		
		Total	Nível	Médio Alto/Alto	6	4	10
			Socioeconómico	Médio	5	6	11
			Médio Baixo/Baixo	1	0	1	
	Solteiro	Total	12	10	22		
		Nível	Médio Alto/Alto	19	4	23	
		Socioeconómico	Médio	12	3	15	
	Casado		Médio Baixo/Baixo	4	4	8	
		Total	35	11	46		
		Nível	Médio Alto/Alto	9	3	12	
	União de facto	Socioeconómico	Médio	8	6	14	
			Médio Baixo/Baixo	3	2	5	
		Total	20	11	31		
	Divorciado/Separa do	Nível	Médio Alto/Alto	5	1	6	
		Socioeconómico	Médio	5	2	7	
			Médio Baixo/Baixo	0	1	1	
	Viúvo	Total	10	4	14		
Nível		Médio Alto/Alto	5	3	8		
Socioeconómico		Médio	1	2	3		
Total	Total	6	5	11			
	Nível	Médio	1	1	2		
	Socioeconómico						
Total	Total	1	1	2			
	Nível	Médio Alto/Alto	38	11	49		
	Socioeconómico	Médio	27	14	41		
Total		Médio Baixo/Baixo	7	7	14		
	Total	72	32	104			

5.2. Materiais

Para concretizar os objetivos da investigação e recolher os dados pretendidos recorreu-se ao Questionário Sociodemográfico (Anexo A), ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Anexo B) e ao Questionário da História de adversidade na Infância, versão reduzida (Anexo C) que passamos a descrever.

5.2.1. Questionário de Dados Sociodemográficos (Anexo A) foi elaborado no sentido de recolher dados dos participantes em questões relativas ao sexo, idade, escolaridade, profissão e estado civil dos participantes, com o objetivo de descrever e caracterizar os participantes.

5.2.2. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), tradução e adaptação de Quintão e colaboradores (2013), da versão original *Beck Anxiety Inventory* (Beck et al., 1988) (Anexo B). É um inventário de auto-resposta composto por 21 itens, em que cada um destes descreve um sintoma típico da ansiedade que os participantes devem avaliar em si próprios numa escala de likert. O respondente é solicitado a objetar o quanto se tem vindo a sentir incomodado por cada um dos sintomas durante a última semana. Estas respostas correspondem a 4 graus de frequência – nunca (0), ocasionalmente (1), frequentemente (2) e quase sempre (3). A pontuação total para os itens pode variar entre 0 e 63 pontos. O nível de ansiedade é determinado segundo a pontuação: 0-10 ansiedade mínima; 11-19 ansiedade leve; 20-30 ansiedade moderada e 31-63 ansiedade grave. O inventário da ansiedade Beck é uma das escalas de classificação clínica mais utilizada. A consistência interna, medida através do α de Cronbach, é de .92 e a confiabilidade teste-reteste moderada por uma semana com $r = .75$. Estudos realizados demonstraram a sua consistência e fiabilidade em amostras clínicas e não-clínicas (Quintão et al., 2013). Tendo o DSM-IV como referência, a validade do BAI é apropriada já que os seus itens cobrem 45% dos critérios sintomáticos específicos das perturbações de ansiedade e 78% dos sintomas de ataques de pânico (Quintão et al., 2013).

5.2.3. Questionário da História de Adversidade na Infância versão reduzida (Felitti et al., 1998; versão Portuguesa de Silva & Maia, 2008) (Anexo C). É um instrumento de autorrelato composto por 17 questões que permitem avaliar a ocorrência de 10 categorias de experiências adversas na infância ocorridas até aos 16 anos, através de respostas dicotómicas (sim/não). Abuso (físico, sexual e emocional), Negligência (emocional e física) e Disfunção Familiar (abuso de substâncias, álcool, divórcio ou

separação parental, doença mental ou suicídio na família, algum membro da família preso e exposição a violência doméstica). O questionário também permite calcular a adversidade total, somando os valores ocorridos em cada uma das dimensões (considerando se ocorreu ou não). Ou seja, a adversidade total é a soma dos sim das categorias (cada sim vale 1). A adversidade total varia entre 0 (não é positivo para nenhuma categoria de adversidade) e 10 (positivo para todas as categorias de adversidade). O questionário apresenta boa fiabilidade ($\alpha = .80$) (Silva & Maia, 2008). A confiabilidade do questionário do estudo ACE, foi testado por Dube et al. (2004). Foi utilizada a estatística kappa para as variáveis dicotómicas: abuso emocional 0.66 (IC 95%, 0.55–0.76); abuso físico 0.55 (IC 95%, 0.47–0.63) e abuso sexual 0.69 (IC95%, 0.61–0.77). Os coeficientes kappa para as categorias de disfunção familiar foram os seguintes: mãe tratada de forma violenta, 0.77 (IC 95%, 0.68–0.85); abuso de substâncias, 0.75 (IC 95%, 0.68–0.81); doença mental, 0.51 (IC 95%, 0.42–0.61); membros da família encarcerados 0.46 (IC 95%, 0.27–0.65) e separação ou divórcio dos pais, 0.86 (IC 95%, 0.81–0.91) (Pinto et al., 2014). De acordo com Silva e Maia (2008), o ponto de corte deste instrumento é de 1.65 para a média da adversidade total.

5.3. Procedimentos

Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura sobre a temática, com o objetivo de conhecer o estado da arte, as evidências científicas mais atuais e conhecer os instrumentos adaptados à população portuguesa que poderiam ser utilizados na presente investigação.

Seguidamente foram enviados pedidos de autorização para a utilização dos instrumentos (BAI e Questionário de Experiências Adversas na Infância) aos autores da validação para a população portuguesa (Anexo D e E). As autorizações foram concedidas (Anexo F e G). Também foi enviado para uma instituição um pedido de autorização de recolha de dados, com resposta positiva (Anexo H). Após as devidas autorizações, este projeto foi submetido e aceite por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo I). A recolha de dados foi feita presencialmente e em formato papel pela investigadora. A recolha de dados foi constituída pelo consentimento informado (Anexo J), pelo questionário sociodemográfico e pelos instrumentos que fazem parte deste estudo. No início do formulário (Anexo K) foi apresentado aos participantes o estudo, o seu principal objetivo e a confidencialidade dos dados. Constatou-se ainda neste o endereço

eletrónico institucional da investigadora, para o qual os participantes poderiam enviar quaisquer dúvidas ou pedidos de esclarecimento sempre que considerassem oportuno. Após o primeiro contacto foi dado tempo que cada um dos participantes considerou necessário para refletirem e aceitarem participar no estudo. Ao decidirem participar, foi-lhes dado o consentimento informado para assinar e um envelope com os materiais de recolha de dados. No envelope constava o título do estudo. A devolução do envelope foi feita através da inserção do mesmo, fechado, numa urna situada na receção da Clínica. Só a investigadora teve acesso à urna. O consentimento informado nunca esteve junto dos materiais de recolha de dados. Só após a assinatura do consentimento informado foi entregue o envelope aos participantes que posteriormente o depositaram na urna garantindo, assim, a total confidencialidade.

A recolha de dados teve a duração de dois meses (janeiro e fevereiro de 2024). Após o término da recolha de dados estes foram, posteriormente, inseridos e analisados estatisticamente através do software IBM *SPSS Statistic*® v.29, versão Windows. Para este efeito, a base de dados construída em Excel foi convertida para SPSS. A seleção dos testes estatísticos baseou-se no tipo de objetivos definidos para a presente dissertação, na tipologia das variáveis em causa e na validação dos pressupostos que determinados testes exigem. Com a conclusão da investigação todos os dados empíricos recolhidos foram destruídos.

Um dos principais deveres da comunidade científica é o estabelecimento de princípios e limites na atividade, adotando regras e prevendo possíveis consequências da produção de conhecimento científico. Desta forma, só após o parecer positivo da Comissão de Ética da UFP, a investigação proposta se tornou válida. Todos os Princípios Gerais e Específicos do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, publicado em Diário da República em 2021, foram respeitados. A produção de conhecimento científico por parte do Psicólogo que procura o participante deve respeitar a autonomia e o princípio da beneficência e não maleficência pois existe uma responsabilidade social na produção e a comunicação de conhecimento (OPP, 2021). Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, também existem pressupostos de atuação no que concerne à investigação. O princípio 7 – Investigação é constituído por quatorze alíneas que devem ser respeitadas no processo de investigação e produção de conhecimento científico (OPP, 2021). Os dados recolhidos foram protegidos em pastas codificadas no computador da investigadora, mesmo sabendo que o mesmo é

de utilização única e particular, para garantir a proteção e o anonimato dos participantes e seus dados.

A investigadora não teve outro papel junto dos participantes que não seja esse mesmo.

A escolha e o acesso aos participantes respeitou todos Princípios Gerais e Específicos do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Assim sendo, os participantes desta investigação estavam a ser acompanhados em contexto clínico para salvaguardar o seu bem-estar (Princípio da Beneficência e não Maleficência) aquando da recolha de dados para a investigação.

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos específicos desta investigação, sendo efetuada a análise estatística dos dados recolhidos recorrendo ao programa *SPSS Statistic®* v.29, versão Windows.

6. Resultados

No presente tópico apresentamos os resultados de acordo com os objetivos formulados.

Objetivo 1

Quanto aos resultados podemos referir que cerca de 98% ($n=102$) dos participantes relataram, pelo menos, uma experiência adversa na infância num dos três domínios (abuso, negligência ou disfunção familiar). Destes, 51% ($n=52$) afirmaram ter sofrido experiências adversas na infância nos três domínios, enquanto 24.5% ($n=25$) sofreram experiências adversas em dois destes domínios e os restantes 24.5% ($n=25$) confirmaram ter passado por experiências adversas na infância em apenas um destes domínios. De acordo com a tabela 2, a experiência adversa na infância mais relatada foi a doença mental ou suicídio (73.1%, $n=76$), seguida pelo abuso emocional (55.8%, $n=58$) e pela exposição à violência doméstica (55.8%, $n=58$).

A adversidade total ($M=4.52$, $DP=2.58$) registou valores que variaram entre 0 (1.9%; $n=2$) e 10 (1%, $n=1$). De acordo com a tabela 3, verifica-se uma maior concentração de adversidade total nesta amostra reside nos valores de 1 (16,3%; $n=17$), 4 (15,4%; $n=16$), 7 (13,5%; $n=14$) e 3 (12,5%; $n=13$).

Tabela 2

Frequência de Relato de cada uma das EAI

	n	%
Abuso emocional	58	55,8
Abuso físico	56	53,8
Abuso sexual	29	27,9
Negligência emocional	52	50
Negligência física	38	36,5
Divórcio / separação parental	36	34,6
Exposição a violência doméstica	58	55,8
Abuso de substâncias em ambiente familiar	56	53,8
Doença mental ou suicídio	76	73,1
Prisão de um membro familiar	10	9,6

Tabela 3

Caracterização dos participantes de acordo com o somatório da adversidade total

	n	%
Adversidade = 0	2	1,9
Adversidade = 1	17	16,3
Adversidade = 2	7	6,7
Adversidade = 3	13	12,5
Adversidade = 4	16	15,4
Adversidade = 5	10	10,4
Adversidade = 6	10	10,4
Adversidade = 7	14	13,5
Adversidade = 8	8	7,7
Adversidade = 9	6	5,8
Adversidade = 10	1	0,96

Objetivo 2

Com os dados apresentados na tabela 4, é possível perceber que a maioria dos participantes (70.2%, $n=73$) situa-se no intervalo de valores pertencentes à categoria de ansiedade severa. Por sua vez, o nível de ansiedade no adulto ($M=34.31$, $DP=13.18$) variou entre 7 (1%, $n=1$) e 58 (1%, $n=1$).

Tabela 4

Caracterização dos participantes de acordo com o Nível de Ansiedade Reportado

	n	%
Ansiedade mínima (0-10)	1	1
Ansiedade ligeira (11-19)	10	9,6
Ansiedade moderada (20-30)	20	19,2
Ansiedade severa (31-63)	73	70,2

Objetivo 3

Verificou-se através do teste coeficiente de correlação de Pearson, que não existe relação entre o nível de ansiedade e a idade, $r=.107$; $p=.274$.

Constatou-se que as EAI disfunção familiar abuso de substâncias e prisão de um membro de família encontram-se associado à idade, $r=.298^{**}$; $p=.002$ e $r=.219^{*}$; $p=.026$ respetivamente.

Objetivo 4

Constatou-se que as EAI abuso físico e a disfunção familiar abuso de substâncias encontram-se associado ao estado civil, $r=.252^{**}$; $p=.001$ e $r=.217^{*}$; $p=.027$ respetivamente.

Verificou-se que não existe relação entre nível de ansiedade e o estado civil, $r=.040$; $p=.683$.

Objetivo 5

Na tabela 5, a análise de regressão múltipla hierárquica indicou que o modelo de regressão testado é estatisticamente significativo e explica 23.9% da variância total da sintomatologia ansiosa em adulto. Ainda neste modelo de regressão, verificou-se que a

inclusão da dimensão da negligência emocional teve um contributo estatisticamente significativo, uma vez que permite acrescentar 5.5% à variância explicada da sintomatologia ansiosa.

Tabela 5

Modelo de Regressão Múltipla Hierárquica para a Ansiedade

	<i>r</i> ²	<i>r</i> ² Aj.	Mud. <i>r</i> ²	Mud. F	F _{gl}	Beta	<i>B</i>	BIC95%	<i>t</i>
Modelo 1	0,184	0,160	0,184	7,532*	7,532*				
					(3,100)				
Abuso Emocional						0,397	10,478	(4,685;16,272)	3,588*
Modelo 2	0,239	0,200	0,055	3,536**	6,163*				
					(5,98)				
Abuso Emocional						0,289	7,635	(1,591;13,679)	2,507**
Negligência Emocional						0,215	5,630	(0,290;11,551)	1,887**

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

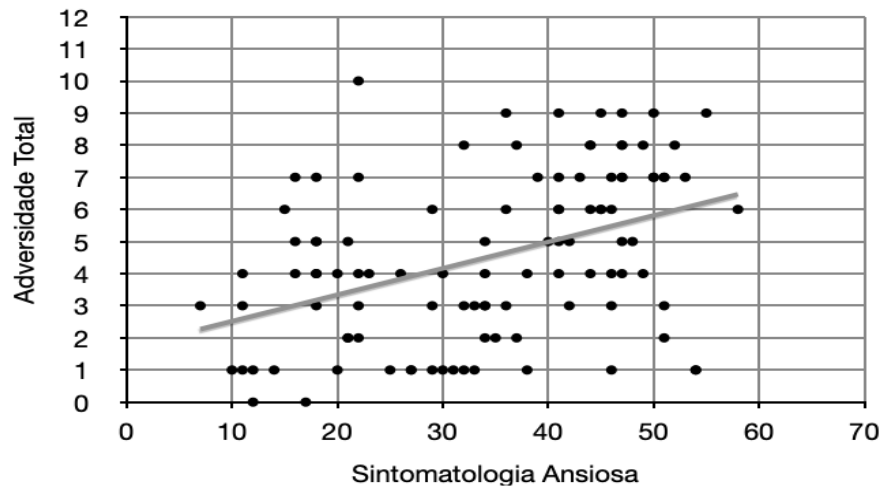
Objetivo 6

Constatou-se, através do teste de Kolmogorov-Smirnov ($n > 50$), que as variáveis ansiedade e adversidade total (tratadas como variáveis quantitativas contínuas) seguem uma distribuição normal ($p > .05$). Assim, foi aplicado o teste do coeficiente de correlação de Pearson.

Constataram-se evidências estatisticamente significativas para se afirmar que a ansiedade e a adversidade total estão relacionadas, $r(104) = .420$; $p < .001$. De facto, como mostra o gráfico 1, verifica-se que existe uma relação moderada e direta entre estas duas variáveis, ou seja, existe uma tendência para a ansiedade aumentar, com o aumento da adversidade total.

Gráfico 1

Relação direta e moderada entre as variáveis adversidade total e ansiedade em adulto.



Objetivo 7

Não existem evidências estatisticamente significativas para afirmar que a ansiedade difere consoante o sexo, $t(104)=-1.313$, $p=.192$. De facto, tanto os homens como as mulheres apresentam médias de ansiedade semelhantes (36.84 vs. 33.18) (cf. gráfico 2). O mesmo se verifica em relação à adversidade, $t(104)=-.355$; $p=.723$, onde também não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos (cf. gráfico 3). À semelhança da ansiedade, as médias da adversidade são idênticas (4.47 vs. 4.54).

Gráfico 2

Comparação da média de ansiedade em indivíduos do sexo masculino e feminino.

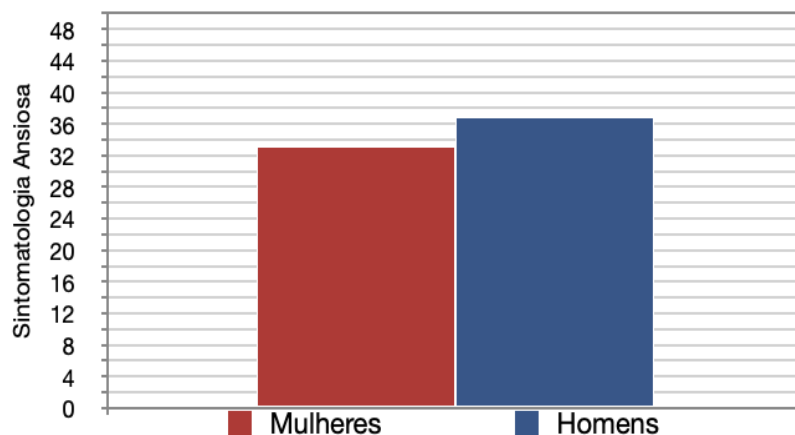
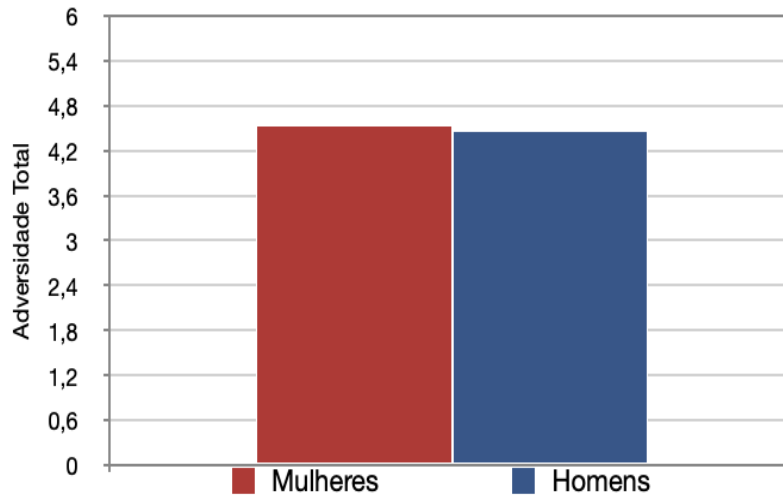


Gráfico 3

Comparação da média da adversidade total em indivíduos do sexo masculino e feminino.



Objetivo 8

Não se constatarem evidências estatisticamente significativas para se afirmar que o nível socioeconômico e a adversidade total estão relacionadas, $r(104)=-.004$, $p=.965$, pelo que não se verifica qualquer tipo de influência do nível socioeconômico na adversidade relatada. O mesmo é válido para a ansiedade, isto é, não se apurou qualquer tipo de relação entre estas duas variáveis, $r(104)=.065$; $p=.515$.

Objetivo 9

Neste âmbito, constatarem-se as seguintes evidências com significância estatística: (1) o abuso emocional encontra-se moderadamente relacionado com o abuso físico, $r(104)=.574$, $p<.001$, com a negligência emocional, $r(104)=.465$, $p<.001$, com a negligência física, $r(104)=.394$, $p<.001$, com a exposição a violência doméstica, $r(104)=.337$, $p<.001$, e com a doença mental ou suicídio, $r(104)=.420$, $p<.001$. Tal significa que uma predominância do abuso emocional tende a ser acompanhado, ainda que de forma moderada, por prevalência de abuso físico, negligência emocional, exposição a violência doméstica e doença mental ou suicídio; (2) o abuso físico encontra-se moderadamente relacionado com o abuso sexual, $r(104)=.318$, $p<.001$, com a negligência emocional, $r(104)=.424$, $p<.001$, com a negligência física, $r(104)=.302$, $p<.001$, e com a exposição a violência doméstica, $r(104)=.379$, $p<.001$. Tal significa que uma predominância do abuso físico tende a ser acompanhado, ainda que de forma

moderada, por prevalência de abuso sexual, negligência emocional e física, e exposição a violência doméstica; (3) a negligência emocional encontra-se moderadamente relacionada com a negligência física, $r(104)=.519$, $p<.001$), com o abuso de substâncias em ambiente familiar, $r(104)=.309$, $p<.001$, e com a exposição à violência doméstica, $r(104)=.348$, $p<.001$. Tal significa que uma predominância de negligência emocional tende a ser acompanhada, ainda que de forma moderada, por uma prevalência de indivíduos que sofreram negligência física e foram expostos a violência doméstica e ao abuso de substâncias; (4) a negligência física encontra-se moderadamente relacionada com a exposição a violência doméstica, $r(104)=.475$, $p<.001$, e com o abuso de substâncias em ambiente familiar, $r(104)=.382$, $p<.001$), o que significa que, uma predominância de negligência física tende a ser acompanhada, ainda que de forma moderada, por uma prevalência de indivíduos que foram expostos a violência doméstica e ao abuso de substâncias; (5) a exposição à violência doméstica encontra-se moderadamente relacionada com o abuso de substância em ambiente família, $r(104)=.341$, $p<.001$. Assim uma predominância de exposição à violência doméstica tende a ser acompanhada, ainda que de forma moderada, por uma prevalência de indivíduos que foram expostos ao consumo de substâncias em ambiente familiar; (6) por fim, o abuso de substâncias em ambiente familiar encontra-se moderadamente relacionado com a prisão de um membro da família, $r(104)=.302$, $p<.001$. Tal significa que uma predominância de exposição ao abuso de substância em ambiente familiar tende a ser acompanhado, ainda que de forma moderada, por uma prevalência de indivíduos que tiveram algum membro da família preso (cf. tabela 6).

Tabela 6

Resultados do Teste de Coeficiente de Correlação de Pearson entre as Dimensões das Experiências Adversas na Infância

	AE	AF	AS	NE	NF	DSP	EVD	ASAF	DMS	PMF
AE	-	0,574*	0,122**	0,465*	0,394*	0,038**	0,337*	0,224*	0,420*	0,093**
AF	0,574*	-	0,318*	0,424*	0,302*	0,065**	0,379*	0,226*	0,134**	0,040**
AS	0,122**	0,318*	-	0,279*	0,107**	-0,047**	0,079**	0,060**	0,138**	0,088**
NE	0,465*	0,424*	0,279*	-	0,519*	0,081**	0,348*	0,309*	0,260*	0,130**
NF	0,394*	0,302*	0,107**	0,519*	-	0,119**	0,475*	0,382*	0,235*	0,159**

Nota: * $p < .05$ ** $p > .05$

7. Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral analisar de que forma as EAI se relacionam com a ansiedade no adulto. Neste ponto, objetiva-se e analisar e discutir os resultados obtidos nesta investigação comparando-os e confrontando-os com os resultados dos autores e investigadores que tratam da mesma temática.

Ao analisar os resultados desta investigação, verifica-se que existe uma elevada prevalência de EAI nos participantes com ansiedade (objetivo 1). 98% destes relataram pelo menos uma EAI num dos três domínios (abuso, negligência ou disfunção familiar). De facto, as EAI que se referem a situações de abuso, negligência e circunstâncias familiares adversas até aos 18 anos são, surpreendentemente muito comuns (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002; Feltz-Cornelis et al., 2019; Goddard, 2021; Grudo & Moris, 2020; Kuzminskaite et al., 2020; OMS, 2020; Silva & Maia, 2008; Smyth, 2022). O cálculo da adversidade total deu origem a uma média de 4.52, sendo que o valor de adversidade mais relatada foi de 1 (16.3%), seguido de 4 (15.4%) e 7 (13.5). De acordo com Silva e Maia (2008), esta pontuação média de adversidade total é considerada alta e indica uma carga de EAI significativa nos participantes, já que o ponto de corte do instrumento associado é de 1.65 para a média da adversidade total.

A maioria dos participantes (70.2%, $n=73$) situa-se no intervalo de valores pertencentes à categoria de ansiedade severa (objetivo 2), o que demonstra efetivamente um elevado nível de ansiedade entre os participantes.

Verificou-se que não existe relação entre ansiedade e a idade dos participantes e que existe relação entre a idade e as EAI disfunção familiar abuso de substâncias e prisão de membro de família (objetivo 3). Também se verificou a não existência de relação entre ansiedade e estado civil dos participantes e existe relação entre as EAI abuso físico e disfunção familiar abuso de substâncias e o estado civil (objetivo 4).

Segundo Gardner et al., (2019) e Shale et al., (2021), todas as formas de maus tratos infantis encontram-se associados à ansiedade no adulto. Os autores referem também que o abuso emocional e a negligência emocional são consideradas as categorias de EAI mais prejudiciais à saúde mental, salientando a necessidade de mais estudos que se debrucem no abuso emocional e disfunção familiar associados às perturbações de ansiedade. A EAI mais relatada entre os participantes deste estudo é a disfunção familiar doença mental ou suicídio (73.1%), seguida pelo abuso emocional (55.8%) e pela exposição a violência doméstica (55.8%). Resultados estes que vão de encontro às necessidades referidas acima, no que diz respeito ao estudo do impacto do abuso emocional e a disfunção familiar. Apesar dos autores citados anteriormente associarem todas as formas de EAI à ansiedade, no presente estudo são as categorias abuso emocional e negligência emocional que se relacionam com a ansiedade, já que permitem acrescentar 5.5% à variância explicada pela sintomatologia ansiosa (objetivo 5). Importante salientar que Alberto (2010) refere que o abuso emocional é transversal a todos os tipos de maus tratos associados ao abuso e negligência. Desta forma, mesmo que as categorias abuso físico, abuso sexual e negligência física não se encontrem diretamente e significativamente associadas à ansiedade neste estudo, o abuso emocional está inerente a estes.

Waikamp e Serralta (2018) também estudaram o impacto do trauma na infância e as suas repercussões na idade adulta. Verificaram que o abuso e a negligência emocional foram os mais prevalentes entre os participantes. Apesar de, neste estudo, a categoria de EAI mais relatada entre os participantes ter sido a disfunção familiar doença mental e suicídio na família (73.1%), o abuso emocional e a negligência emocional também têm uma elevada prevalência (55.8% e 50% respetivamente). Isto demonstra que apesar do carácter invisível do abuso e da negligência emocional, é possível identificá-los e ao estarem associados à ansiedade nos participantes deste estudo, compreender que os seus efeitos negativos estão associados à psicopatologia (Mckay et al., 2021; Waikamp & Serralta, 2018). Por outro lado, apesar de a disfunção familiar doença mental e suicídio na família ser a mais prevalente nos participantes, não se encontra estatística e

diretamente relacionada com a ansiedade no adulto. Contudo, na definição literária de negligência emocional a criança não se sente protegida, amada, vista, escutada e apoiada; os familiares vivem alheados dela, que cresce entregue a si mesma (Azevedo & Maia, 2006; Alberto, 2010; Felitti, 2002; Silva & Maia, 2008). Alberto (2010, p. 26) menciona que “as crianças têm brinquedos, mas não brincadeiras, têm livros, mas não tem atenção, têm roupa, mas falta-lhes colo”. A doença mental na família e suicídio pode levar a que os familiares não consigam prestar os cuidados emocionais necessários às crianças e, de forma indireta (não estatisticamente significativa neste estudo), poder estar associada à ansiedade neste estudo (Lee et al. 2020). De facto, Bowlby refere que a privação da mãe e a ausência de uma base segura tem efeitos duradouros e impactam na saúde mental do adulto (Abreu, 2019; Bowlby, 1989; Bowlby, 2020).

O ponto de corte usado na inferência estatística (.05), permite distinguir resultados significativos e não significativos (Marôco, 2021). Para Martins (2011) existem resultados não estatisticamente significativos, mas que se encontram próximo do ponto de corte .05 e que são por isso denominados *marginamente significativos*. Neste estudo a categoria negligência física pode-se relacionar com a ansiedade, se enquadrada nesta denominação ($p=.059$).

Constatou-se que a ansiedade e a adversidade total estão relacionadas (objetivo 6) de forma direta e moderada, há semelhança do que a literatura refere, já que indivíduos com pelo menos uma EAI, têm maior probabilidade de desenvolver ansiedade (Feltz-Cornelis et al., 2019; Shale et al., 2021; Zarse et al., 2019). 30% das perturbações mentais estão associadas às EAI sendo que destas, 30% são casos de ansiedade (Shale et al., 2021). Moreira et al., (2019) mostram que EAI podem afetar a regulação das emoções e intensificar respostas ao medo (Moreira et al., 2021; Heringa et al., 2013; Kendall-Tackett, 2000) e, como principal característica do medo do ponto de vista cognitivo é a ameaça à segurança pode por isso gerar ansiedade (Clark & Beck, 2012).

Segundo a OMS (2022) e a APA (2013), a ansiedade tem-se mostrado mais prevalente no sexo feminino. Mas, no que concerne à associação entre EAI e a ansiedade no adulto, não existem diferenças significativas entre sexo feminino e masculino, na perspetiva de Shale et al., 2021 e Waikamp e Serralta, 2018. Os resultados deste estudo vão de encontro à literatura, mostrando que não existem diferenças significativas quando consideramos o sexo dos participantes (Objetivo 7).

A ansiedade e as EAI não se relacionam com o NSE, nos participantes deste estudo (objetivo 8). Shale et al., (2021) referem que um baixo NSE encontra-se associado a práticas parentais desadaptativa que podem aumentar a probabilidade de perturbações psicológicas nos filhos, com impacto da idade adulta. Alberto (2010), aponta como causa de violência e stress no ambiente familiar as condições económicas precárias. Contudo Azevedo e Maia (2006), mostram que o abuso infantil pode ocorrer em qualquer classe social o que vai de encontro aos resultados obtidos uma vez que a prevalência de EAI neste estudo é alta e o NSE dominante é o médio alto/ alto.

A literatura mostra que as EAI encontram-se relacionadas entre si e que a presença de uma experiência EAI aumenta a probabilidade de ocorrerem outras categorias destas (Dong et al., 2004; Felitti, 2002). Normalmente não ocorrem de forma isolada e independente, têm efeitos cumulativos e encontram-se interrelacionadas (Felitti et al., 1998; Felitti 2002; Wait & Ryan, 2020; Zarse et al., 2019). Estudos realizados por Felitti et al., (1998) e Felitti (2002), mostram a necessidade de estudar as múltiplas EAI para se poder estabelecer relações reais entre estas e o impacto na saúde. De acordo com os resultados deste estudo as EAI também se interrelacionam (objetivo 9). O abuso emocional interrelaciona-se com o abuso físico, negligência emocional, exposição a violência doméstica e doença mental ou suicídio na família. Como anteriormente referido, apesar de a doença mental e suicídio na família ser a EAI mais relatada entre os participantes, esta não se encontra diretamente relacionada com a ansiedade no adulto, mas sim o abuso e negligência emocional. Contudo através desta inter-relação podemos inferir que a dimensão EAI doença mental e suicídio na família está associada indiretamente à ansiedade no adulto. O ambiente familiar disfuncional é, na maioria das vezes, um potenciador de adversidade direta contra o indivíduo (abuso e negligência) (Silva & Maia, 2008).

O abuso físico tende a ser acompanhado de abuso sexual, negligência emocional e física e exposição a violência doméstica. A negligência emocional interrelaciona-se com a negligência física, abuso de substâncias e exposição a violência doméstica. Negligência física tende a ser acompanhada de abuso de substâncias e exposição a violência doméstica. A exposição a violência doméstica interrelaciona-se com abuso de substâncias e esta última categoria por sua vez tende a ser acompanhada da categoria de EAI prisão de um membro da família (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998; Silva & Maia, 2008). As

EAI diretas contra o indivíduo, tendem a se relacionar com o ambiente familiar (Silva & Maia, 2008).

Síntese

Ao longo deste capítulo foi demonstrado detalhadamente todo o processo da presente investigação, desde a pergunta de partida e seus objetivos, à análise de resultados e discussão dos mesmos. Os instrumentos utilizados têm propriedades psicométricas adequadas à presente investigação e no que concerne aos resultados obtidos verificou-se que:

- 98% ($n=102$) dos participantes relataram, pelo menos, uma experiência adversa na infância. A EAI mais relatada foi a doença mental ou suicídio (73.1%, $n=76$), seguida pelo abuso emocional (55.8%, $n=58$) e pela exposição à violência doméstica (55.8%, $n=58$). O cálculo da adversidade total deu origem a uma média de 4.52. De acordo com Silva e Maia (2008), esta pontuação média de adversidade total é considerada alta e indica uma carga de EAI significativa nos participantes;
- A maioria dos participantes (70.2%, $n=73$) situa-se no intervalo de valores pertencentes à categoria de ansiedade severa;
- Não existe relação entre ansiedade e a idade dos participantes e existe relação entre a idade e as EAI disfunção familiar abuso de substâncias e prisão de membro de família;
- Não existe relação entre ansiedade e estado civil dos participantes e existe relação entre as EAI abuso físico e disfunção familiar abuso de substâncias e o estado civil.
- São as categorias abuso emocional e negligência emocional que se relacionam com a ansiedade no adulto, já que permitem acrescentar 5.5% à variância explicada pela ansiedade;
- A ansiedade e a adversidade total estão relacionadas de forma direta e moderada;
- Quanto à associação entre EAI e a ansiedade no adulto, não existem diferenças significativas entre sexo feminino e masculino e também não se relacionam com o NSE, nos participantes deste estudo;
- As EAI encontram-se relacionadas entre si.

8. Conclusão

A sobrevivência e o desenvolvimento da criança dependem do ambiente, nomeadamente da qualidade de cuidados que lhe são prestados. A infância e a adolescência são considerados períodos sensíveis no que concerne ao desenvolvimento físico, psicológico e emocional.

As EAI podem alterar a construção e o desenvolvimento saudável do cérebro, desregular o sistema biológico do stress e a libertação normal de cortisol e adrenalina com efeitos duradouros. São um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais no adulto e se o seu impacto ao persistir não for tratado clinicamente, pode por sua vez ser transmitido às gerações seguintes.

As EAI agrupam-se em três grandes categorias: experiências diretas de abuso contra o indivíduo, abuso, negligência e ambiente familiar disfuncional.

A OMS destaca a ansiedade como a perturbação mental mais comum, afetando 301 milhões de pessoas no mundo em 2019. É considerada a sexta maior causa de declínio de saúde e qualidade de vida a nível mundial e em Portugal, 16.5% da população sofre de uma perturbação de ansiedade.

A ansiedade e as perturbações a esta associada e referenciadas no DSM-5-TR, manifestam-se através de uma resposta emocional excessiva e desadaptativa onde a perceção à ameaça se torna persistente e ativa uma resposta biológica. Esta resposta pode ser fisiológica, cognitiva e comportamental e encontra-se associada a pior funcionamento psicossocial e qualidade de vida. Quanto à etiologia das perturbações de ansiedade encontram-se fatores genéticos, neurofisiológicos, características biológicas, ambientais e de aprendizagem.

Como referido anteriormente, os efeitos das EAI no cérebro são duradouros e podem impactar na saúde física e mental e causar até a morte prematura. Tendo em conta a revisão de literatura, esta investigação teve como principal objetivo analisar de que forma as EAI se relacionam com a ansiedade no adulto.

Foi identificado que 98% ($n=102$) dos participantes relataram, pelo menos, uma experiência adversa na infância, sendo que a mais relatada foi a doença mental ou suicídio (73.1%, $n=76$), seguida pelo abuso emocional (55.8%, $n=58$) e pela exposição à violência doméstica (55.8%, $n=58$). Com o cálculo da adversidade total obteve-se uma média de 4.52 e de acordo com Silva e Maia (2008), esta pontuação é considerada alta e indica uma carga de EAI significativa nos participantes.

A maioria dos participantes, 70.2%, $n=73$ situa-se no intervalo de valores pertencentes à categoria de ansiedade severa.

Não existe relação entre ansiedade e a idade dos participantes e existe relação entre a idade e as EAI disfunção familiar abuso de substâncias e prisão de membro de família;

Não existe relação entre ansiedade e estado civil dos participantes e existe relação entre as EAI abuso físico e disfunção familiar abuso de substâncias e o estado civil.

As categorias de EAI abuso emocional e negligência emocional relacionam-se com a sintomatologia ansiosa no adulto, pois permitem acrescentar 5.5% à variância explicada pela sintomatologia ansiosa.

A ansiedade e a adversidade total estão relacionadas de forma direta e moderada, na medida que a adversidade vai aumentando a ansiedade tende a acompanhar esse aumento.

Verificamos que, no que, se refere à associação entre EAI e a ansiedade no adulto, não existem diferenças significativas entre sexo feminino e masculino e, também não se relacionam com o NSE, nos participantes deste estudo.

As EAI identificadas nos participantes deste estudo encontram-se relacionadas entre si.

Apesar de a disfunção familiar doença mental e suicídio na família ser a mais prevalente nos participantes esta, não se encontra estatística e diretamente relacionada com a ansiedade no adulto. No entanto, o ambiente familiar disfuncional é na maioria das vezes um potenciador de adversidade direta contra o indivíduo (abuso e negligência).

O impacto das EAI no sofrimento psicológico do adulto com sintomatologia ansiosa em acompanhamento psicológico ficou demonstrado neste estudo, onde o abuso emocional e negligência emocional se revelaram significativos. Os resultados desta investigação somam-se agora ao corpo de literatura já existente acerca da temática, fornecendo conhecimento adicional.

Além do contributo desta investigação ao conhecimento científico, existem limitações a serem identificadas. A principal limitação prende-se com o relato retrospectivo acerca das EAI. Estudos retrospectivos podem ser afetados por um viés quer na evocação das memórias quer por erros de reminiscência e por uma contaminação no relato das EAI devido à condição mental dos participantes, neste caso com sintomatologia ansiosa. De facto, o estado mental e o humor podem influenciar a forma como os participantes

recordam e avaliam as suas experiências de vida. Por outro lado, as memórias autobiográficas acerca das EAI podem sofrer esquecimento e serem posteriormente reconstruídas. O esquecimento e a repressão das memórias traumáticas podem ser afetados pela gravidade e cronicidade das EAI, como forma de proteção do indivíduo. Alguns participantes, tendo em conta a natureza e a sensibilidade da temática podem não ter relatado algumas EAI por vergonha, mesmo tendo em conta a total confidencialidade dos dados recolhidos, por vontade de esquecer o passado e até por necessidade de proteger o abusador, sobretudo quando se trata dos pais. Os resultados associados à variável EAI devem, por isso, ter em conta que esta perceção individual de adversidade na infância de cada participante pode ser influenciada não só pela condição de saúde mental e humor dos participantes, mas também pela personalidade e condições sociais atuais.

O instrumento *ACE-R* utilizado para recolher informação acerca da ocorrência de EAI nos participantes com sintomatologia ansiosa é de simples resposta, sendo por isso um ponto forte. Todavia, mostra-se importante um estudo mais profundo no que se refere à frequência, duração, gravidade das EAI e idades em que estas ocorreram, tendo em conta a elevada prevalência de EAI. Este estudo mais profundo e detalhado poderia ter sido feito acrescentando mais instrumentos de recolha de dados relativamente às EAI como o *Childhood Trauma questionnaire* e *Early Trauma Inventory Self Report* e acrescentado também um questionário qualitativo construído à medida do *ACE-R*, à investigação para recolher informação mais detalhada.

Além do estudo das categorias abuso, negligência e disfunção familiar através do questionário da história adversa na infância, a OMS, recomenda um estudo mais amplo das EAI, avaliando a esfera comunitária incluindo a violência coletiva e o bullying, através do instrumento *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. É um instrumento recente, ainda em processo de adaptação transcultural em muitos países e seria importante adaptá-lo à população portuguesa para que, futuras investigações no âmbito das EAI poderem utilizá-lo e avaliar de forma mais abrangente as EAI. O *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*, pode ser administrado em entrevistas face a face ou autopreenchimento.

Sendo que a resiliência é um conceito multidimensional e é definido de forma simples e clara como a capacidade que um indivíduo tem de se adaptar positivamente e enfrentar as adversidades, consideramos que seria interessante acrescentar este construto a investigações futuras sobre esta temática.

Bowlby (1989) criou a noção de “base segura” para a criança, que deve ser providenciada pela figura de vinculação próxima durante a infância e que terá importância quer no seu desenvolvimento quer, na construção da personalidade. Crianças com apoio e segurança ao longo do desenvolvimento tornam-se adultos seguros e autoconfiantes, tendo maior capacidade de enfrentar adversidades. A este estilo de vinculação Bowlby chamou vinculação segura. No entanto a vinculação pode ser caracterizada por défices quer na prestação de cuidados, quer no conforto, segurança e proximidade; neste caso a criança tende a desenvolver um estilo de vinculação inseguro. Tendo em conta que o impacto das EAI pode ser mitigado pela rede de suporte, seria interessante para a ciência em investigações futuras, estudar o tipo de vinculação, EAI e o desenvolvimento de psicopatologia.

Este estudo para além de acrescentar conhecimento científico à temática das EAI e ansiedade no adulto, pode também precipitar outros estudos semelhantes tendo em conta a prevalência e impacto que as EAI podem ter no indivíduo. Na prática estes resultados além de serem apresentados à comunidade científica, devem também ser apresentados e divulgados à comunidade em geral: nas escolas e creches aos profissionais que cuidam das crianças diariamente, aos profissionais de saúde que recebem e avaliam crianças, para que possam estar mais atentos e identificar o mais precocemente possível sinais de abuso, negligência e violência contra a criança: às juntas de freguesia e câmaras municipais para se criarem projetos e programas sociais de prevenção, parentalidade positiva, campanhas de educação e sensibilização pública, para a criação de ambientes mais seguros e estáveis às crianças e suas famílias. Revela-se socialmente importante, empreender mais apoios centrados nas vítimas, ajudar a construir famílias mais estáveis e mais dotadas de competências de enfrentamento positivo para melhor proteger as próximas gerações de EAI. Em suma é necessário desenvolver de estratégias de prevenção e intervenção precoce junto da comunidade.

Referências Bibliográficas

- Abreu, C. (2019). *Teoria do Apego*. Artesã.
- Alberto, I. (2008). *Maltrato Infantil: Entre um destino e uma história. A Maldade Humana*. Almedina.
- Alberto, I. (2010). *Maltrato e Trauma na Infância* (2.^a Ed.). Almedina.
- Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., ... & Giles, W. (2005). 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. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., Dube, S., & Giles, W. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2022). https://apav.pt/apav_v3/images/press/Estatisticas-APAV_Relatorio-anual-2022.pdf
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5.^a Ed.). American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D., H., (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2016). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (Vol. 5). Artmed.
- Barudy, J. (1998). *Dolor invisible de la infancia* (Vol. 2). Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. H. Toma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183-196). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517-e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Bick, J., & Nelson, C., (2016). Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology*, 41, 177–179. <https://www.nature.com/articles/npp2016177>
- Bowlby, J. (2020). *Cuidados maternos e saúde mental*. Wmf Martins Fontes Lda.
- Bowlby, J. (1989). *Uma Base Segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Artes Médicas.

- Blaze, J., & Roth, T. L. (2017). Caregiver maltreatment causes altered neuronal DNA methylation in female rodents. *Development and psychopathology*, 29(2), 477- 489. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000128>
- Canha, J. (2003). *Criança maltratada: o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação: estudo prospetivo de 5 anos*.
- Centers of Disease Control and Prevention. (2022). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
- Clark, D., A., & Beck, A., T. (2014). *Vencendo a Ansiedade e a Preocupação com a Terapia Cognitivo-Comportamental*. Artmed.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Artmed Editora.
- Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. (2022). Relatório Anual. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/16406/Relat%C3%B3rio+Anual+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+da+Atividade+das+CPCJ+2022/daf5653e-86fc-421c-84be-9fc4f516a25b>
- Correia, T. (2014). *Manual de Psicopatologia*. Lidel.
- Dempster, K. S., O'Leary, D. D., MacNeil, A. J., Hodges, G. J., & Wade, T. J. (2021). Linking the hemodynamic consequences of adverse childhood experiences to an altered HPA axis and acute stress response. *Brain, behavior, and immunity*, 93, 254-263. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.12.018>
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child abuse & neglect*, 27(6), 625-639. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00105-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00105-4)
- 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. *Circulation*, 110(13), 1761–1766. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000143074.54995.7f>
- 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. *JAMA*, 286(24), 3089. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- 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 Study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Duque, C. (2008). Maus-tratos: que intervenção. *A abordagem da Psicologia Legal*.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Felitti, V. J. (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *PubMed*, 6(1), 44–47. <https://doi.org/10.7812/tpp/02.994>
- Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic pediatrics*, 9(3), 131–132. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>
- Feltz-Cornelis, V., C. M., Potters, E. C., van Dam, A., Koorndijk, R. P., & Elfeddali, I. (2019). Adverse Childhood Experiences (ACE) in outpatients with anxiety and depressive disorders and their association with psychiatric and somatic comorbidity and revictimization. Cross-sectional observational study. *Journal of affective disorders*, 246, 458–464. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.096>
- Gallardo, J. (1994). Maus-tratos à criança. *Porto: Porto Editora*.
- Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 96, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>
- Grudo, J., H. & Morris, A., S. (2020). *Adverse and Protective Childhood Experiences: A Developmental Perspective*. American Psychological Association.
- Goddard, A. (2021). Adverse childhood experiences and trauma-informed care. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(2), 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>
- Herringa, R. J., Birn, R. M., Ruttle, P. L., Burghy, C. A., Stodola, D. E., Davidson, R. J., & Essex, M. J. (2013). Childhood maltreatment is associated with altered fear circuitry and increased internalizing symptoms by late adolescence. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(47), 19119–19124. <https://doi.org/10.1073/pnas.1310766110>
- Herzog, J., & Schmahl, C. (2018). Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00420>
- Huges, K., Belli, M., Hardcastle, K., Sethi, d., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health:

- A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356–366
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Jiang, S., Postovit, L., Cattaneo, A., Binder, E. B., & Aitchison, K. J. (2019). Epigenetic modifications in stress response genes associated with childhood trauma. *Frontiers in psychiatry*, 10, 808. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00808>
- Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., Geckova, A., & Tavel, P. (2020). The Unholy Trinity: Childhood Trauma, Adulthood Anxiety, and Long-Term Pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 414–443. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020414>
- Kendall-Tackett, K. A. (2000). Physiological correlates of childhood abuse: chronic hyperarousal in PTSD, depression, and irritable bowel syndrome. *Child abuse & neglect*, 24(6), 799–810. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00136-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00136-8)
- Kidd, K. N., Prasad, D., Cunningham, J. E. A., De Azevedo Cardoso, T., & Frey, B. N. (2022). The relationship between parental bonding and mood, anxiety and related disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 307, 221–236. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.069>
- Kolk, B. (2020). *O Corpo Não Esquece*. Lua de Papel.
- Kuzminskaite, E., Vinkers, C., Milaneschi, Y., Giltay, E., & Penninx, B. (2022). Childhood trauma and its impact on depressive and anxiety symptomatology in adulthood: A 6-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 312, 322–330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.057>
- Kuzminskaite, E., Vinkers, C., Elzinga, B., Wardenaar, K., Giltay, E. & Penninx, B. (2020). Childhood trauma and dysregulation of multiple biological stress systems in adulthood: Results from Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Psychoneuroendocrinology*, 121, 104835. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104835>
- Laureano, R. (2013). *Teste de Hipóteses com o SPSS* (2.^a Ed.). Edições Sílabo.
- Lee, H., Kim, Y., & Terry, J. (2020). Adverse childhood experiences (ACEs) on mental disorders in young adulthood: Latent classes and community violence exposure. *Preventive medicine*, 134, 106039. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106039>
- Maia, A., Oliveira, C., Santos, C., Matos, J., & Gonçalves Mariana (2024). Intervenção Psicológica com Adultos Vítimas de Trauma Complexo na Infância. In Caridade, S. & Fonte, C. (Coords.), *Intervenção Psicológica Com Adultos* (pp. 149–166).
- Maia, A., & Azevedo, M. (2006). Maus tratos à criança. 1.^a Edição, Climepsi Editores, Lisboa.

- Mansueto, G., Cavallo, C., Palmieri, S., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., & Caselli, G. (2021). Adverse childhood experiences and repetitive negative thinking in adulthood: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(3), 557–568. <https://doi.org/10.1002/cpp.2590>
- Marôcp, J. (2021). Análise Estatística Com o SPSS Satatistics. ReportNumber.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilibrios Edições.
- Maté, G. (2022). *Quando o Corpo diz Não*. Ideias de Ler.
- McKay, M., Cannos, M., Chambers, D., Conroy, R., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., & Clarke, M. (2021). Chilhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189–205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 behavioral Risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S., Chen, J., Klevens, J., Metzler, M., Jones, C. M., Simon, T. R., Daniel, V. M., Ottley, P., & Mercy, J. A. (2019). Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention - 25 States, 2015-2017. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 68(44), 999–1005. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6844e1>
- Misiak, B., Stańczykiewicz, B., Pawlak, A., Szewczuk-Bogusławska, M., Samochowiec, J., Samochowiec, A., ... & Juster, R. P. (2022). Adverse childhood experiences and low socioeconomic status with respect to allostatic load in adulthood: a systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 136, 105602. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105602>
- Moreira, D., Moreira, D. S., Barbosa, F., Sousa-Gomes, V., & Fávero, M. (2021). Childhood traumatic experiences and psychopathy: A comprehensive review. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 14(8), 1281. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0001191>
- Moreira, D., Moreira, D. S., Oliveira, S., Ribeiro, F. N., Barbosa, F., Fávero, M., & Gomes, V. (2020). Relationship between adverse childhood experiences and psychopathy: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 53, 101452. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101452>
- Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical psychology review*, 85, 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>

Norma, S.A.R.L

Oliveira, R. L. V., & Pais, L. M. D. S. G. G. (2014). A origem dos maus-tratos: revisão sobre a evolução histórica das perceções de criança e maus-tratos. *Psychology, Community & Health*, 3, 36–49. <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v3i1.63>

Organização Mundial da Saúde. (2022). Relatório Mundial de Saúde Mental. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>

Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29, 431–438. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10896-014-9602-9>

Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child abuse & neglect*, 38(3), 407–413. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.007>

Riedl, D., Lampe, A., Exenberger, S., Nolte, T., Trawöger, I., & Beck, T. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) and associated physical and mental health problems amongst hospital patients: Results from a cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry*, 64, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.03.005>

Rogers, N. T., Power, C., & Pinto Pereira, S. M. (2021). Child maltreatment, early life socioeconomic disadvantage and all-cause mortality in mid-adulthood: Findings from a prospective British birth cohort. *BMJ Open*, 11(9), e050914. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050914>

Sachs-Ericsson, N., Stanley, I. H., Sheffler, J., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2017). Non-violent and violent forms of childhood abuse in the prediction of suicide attempts: Direct or indirect effects through psychiatric disorders? *Journal of Affective Disorders*, 215, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.030>

Shale, B., Reavley, N., Li, W., Morgan, A., Yap, M., Reupert, A., & Jorm, A. (2021). The association between adverse childhood experience and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1489–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2>

Silva, S., & Maia, A. (2008). *Versão Portuguesa do Family ACE*. Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coord.). Psiquilíbrios Edições.

Silveira, D., & Pereira, H. (2023). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Mental Health and Suicidal Behaviors: A Study from Portuguese Language

- Countries. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00540-2>
- Smyth, B., K. (2022). *Adverse Childhood Experiences. The Neuroscience of Trauma, Resilience and Healing throughout the Life Course*. Springer.
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2022). <https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Swedo, E. A. (2023). Prevalence of adverse childhood experiences among US adults—Behavioral risk factor surveillance system, 2011–2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7226a2>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 241–266. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- UNICEF. (2014). Relatório Escondido à Vista de Todos. <https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/39-hidden-in-plain-sight-uma-analise-estatistica-sobre-violencia-contr-a-criancas/>
- Waikamp, V., & Barcellos Serralta, F. (2018). Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 137–144. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>
- Waite, R. & Ryan, A., R. (2020). *Adverse Childhood Experiences. What Students and Health Professionals Need to Know*. Routledge.
- Westby, C. E. (2007). Child maltreatment: A global issue. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 38, 140–148. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2007/014\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2007/014))
- Zarse, E.M., Neff, M. R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. E., & Chambers, R. A. (2019). *The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. Cogente. Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.1080/2331205X.2019.1581447>