



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Helena Isabel Soares da Fonseca

Relação entre as experiências adversas na infância e a qualidade de vida

Trabalho realizado sob a orientação do
Professor Doutor Ricardo Pinto

março de 2023



Helena Isabel Soares da Fonseca

Relação entre as experiências adversas na infância e a qualidade de vida

Dissertação de Mestrado em Justiça Juvenil e Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 15/03/2023,
perante o júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Carla Antunes

Arguente: Prof.^a Doutora Joana Cabral

Orientador: Professor Doutor Ricardo Pinto

março de 2023

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

AGRADECIMENTOS

Depois de uma longa caminhada com muitos altos e baixos, termina mais uma etapa muito importante. Foram várias as pessoas que me apoiaram ao longo deste percurso e que tiveram um papel importante para a concretização desta dissertação, a todos um obrigado não chega!

Ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo Pinto, pela disponibilidade, sabedoria e pela transmissão de confiança nos momentos mais difíceis. Agradeço todos os momentos de partilha de conhecimentos e ajuda para a realização deste trabalho que acabaram por contribuir também para o meu enriquecimento pessoal.

À minha mãe, que sempre foi o meu pilar, pela forma como me educou e se dedicou durante estes anos todos para que o meu percurso académico fosse de sucesso. Ao Paulo e ao Diego, por toda a ajuda que me deram e por terem acompanhado todos os momentos importantes, mas também difíceis. A estas três pessoas, um agradecimento especial por me apoiarem incondicionalmente na luta pelos meus sonhos e porque sem eles nada disto seria possível.

Aos meus amigos, por terem acompanhado de perto os bons e maus momentos e me terem dado motivação para continuar quando a vontade era desistir.

À Jéssica Moreira, uma das minhas companheiras nesta aventura, pela disponibilidade e partilha de conhecimentos e acima de tudo pelo incentivo que me deu a cada dificuldade sentida.

À Sara, a minha melhor amiga, por me acompanhar ao longo destes anos todos, pelas longas tardes e noites de trabalho com algumas gargalhadas, mas também algumas lágrimas à mistura. Pela paciência e compreensão quando os momentos eram menos bons, mas acima de tudo por estar sempre do meu lado, aconteça o que acontecer. Sem ti, o meu percurso académico não tinha sido tão feliz. Conseguimos!

Por fim, agradeço a todas as pessoas envolvidas na realização desta dissertação, dando destaque a todos os meus professores que de alguma forma contribuíram para que esta trajetória fosse de sucesso.

RESUMO

Objetivos: Existe muita literatura acerca de experiências adversas na infância (EAI) e as consequências físicas e psicológicas, mas a maior parte da evidência tem sido obtida em amostras com adultos. Escasseiam estudos com amostras de adolescentes e que tenham estudado a qualidade de vida. Nesse sentido, este estudo procurou avaliar 10 EAI, e explorar a relação de cada uma na qualidade de vida. **Método:** A amostra foi composta por 189 participantes, com uma média de 16 anos de idade ($DP = 1.23$), variando entre os 13 e os 18 anos. Relativamente ao sexo, 95 era do sexo feminino e 94 era do sexo masculino. **Resultados:** De modo a perceber quais as experiências adversas que eram correlacionadas com a qualidade de vida, recorreu-se à utilização do programa SPSS, versão 28, em que os resultados demonstraram que das 10 EAI, apenas cinco foram estatisticamente significativas: abuso emocional ($r = .36, p = .036$), abuso sexual ($r = .247, p < .002$), negligência emocional ($r = .251, p < .002$), violência doméstica ($r = .205, p < .001$) e perturbação mental ou suicídio de familiares a viver com o adolescente ($r = .282, p < .001$). Através da análise de regressão, que incluiu estas 5 EAI como preditores, os resultados demonstraram que apenas a Perturbação Mental ou Suicídio no Ambiente Familiar foi preditor da qualidade de vida, ou seja, a pontuação nesta adversidade foi associada a menor qualidade de vida ($\beta = .247, t = 3.247 = 7.129$). **Conclusões:** O estudo permitiu identificar que existe uma relação entre as experiências adversas na infância e a qualidade de vida em adolescentes. São discutidas as implicações da relação entre a perturbação mental ou suicídio de familiares a viver com o adolescente com a qualidade de vida, sugerindo-se algumas medidas de atuação para profissionais que trabalham em justiça juvenil e proteção de crianças e jovens.

Palavras-Chave: adolescentes; adversidade; qualidade de vida.

ABSTRACT

Objectives: There is a large literature on adverse childhood experiences (ACE) and the physical and psychological consequences, but most of the evidence has been obtained in samples with adults. Studies with samples of adolescents and that have studied the quality of life are scarce. In this sense, this study sought to evaluate 10 ACEs, and explore the effects of each one in relation to quality of life. **Method:** The sample consisted of 189 participants, with a mean age of 16 years ($SD = 1.23$), ranging between 13 and 18 years. Regarding gender, 95 were female and 94 were male. **Results:** In order to understand which adverse experiences were correlated with quality of life, we used the SPSS program, version 28, in which the results showed that of the 10 ACEs, only five were statistically significant: emotional abuse ($r = .36, p = .036$), sexual abuse ($r = .247, p = .002$), emotional neglect ($r = .251, p = .002$), domestic violence ($r = .205, p < .001$) and mental disorder or suicide of family members living with the adolescent ($r = .282, p < .001$). Using a regression analysis, including the five ACE as predictors, the results showed that only Mental Disorder or Suicide in the Family Environment was a significant predictor of quality of life, that is, the score in this adversity was associated with lower quality of life ($\beta = .247, t = 3.247 = 7.129$). **Conclusions:** This study showed that there is a relationship between ACE and quality of life in adolescents. The implications of the relationship between the mental disorder or suicide of family members living with the adolescent and the quality of life are further discussed, suggesting some action measures for professionals working in juvenile justice and protection of children and young people.

Keywords: adolescents, adversity, quality of life

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
MÉTODO	16
PARTICIPANTES	16
INSTRUMENTOS	16
PROCEDIMENTOS	18
ANÁLISE DE DADOS	19
RESULTADOS	19
ANÁLISE DESCRITIVA	22
DISCUSSÃO	22
LIMITAÇÕES	24
CONCLUSÕES	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Média e Desvio-Padrão da Qualidade de Vida e Prevalência das Experiências Adversas na Infância.....	19
Tabela 2- Análise de Regressão Hierárquica entre Qualidade de Vida e Experiências Adversas na Infância.....	20

INTRODUÇÃO

As experiências adversas na infância (EAI) têm sido definidas como a exposição a um conjunto de circunstâncias desfavoráveis para o normal desenvolvimento humano, nomeadamente experiências individuais, tais como físicas, emocionais, e sexuais, bem como experiências familiares disfuncionais (e.g. Dawes & Rizzini,2001). Estas experiências acabam por afetar a saúde física, psicológica e funcionamento social dos indivíduos. As experiências adversas e o trauma na infância estão relacionados com vários transtornos psiquiátricos, como a depressão, ansiedade e sintomas de stress pós-traumático. Crianças expostas a experiências adversas correm o risco de desenvolver uma vinculação insegura/desorganizada com o seu cuidador, acabando por ser um potencial mecanismo para que estas desenvolvam psicopatologias futuramente. Além disso, outro fator importante que é afetado negativamente nestes casos é a qualidade de vida (Pinto et al.,2021). Segundo a psicopatologia do desenvolvimento, as experiências adversas são fatores de risco que ocorrem em fases críticas da infância e que interferem no desenvolvimento normal da criança, dando início a uma trajetória de vulnerabilidade. As crianças que experienciam adversidades e traumas tendem a ter dificuldade em assimilar a disponibilidade e a confiança das pessoas que as rodeiam, assim como as representações mentais erradas que têm de si mesmas, como incompetentes e indignas. Provocam também alterações na reatividade emocional e na regulação das emoções. Todos estes fatores de risco tornam as crianças mais vulneráveis a psicopatologias posteriores (Pinto et al.,2021).

Os estudos de EAI deram início na década de 1990 e forneceram, pela primeira vez, dados populacionais em que demonstraram uma relação entre EAI e qualidade de vida na idade adulta (Felitti et al., 1998). Podemos assim, associar as experiências adversas na infância ao bem-estar físico, psicológico e socioeconómico do adulto, sendo as EAI um indicador de baixa qualidade de vida relacionada à saúde (Hennessey et al. 1994).

Não existe uma definição para qualidade de vida totalmente aceite, apesar de existirem várias definições.

A qualidade de vida não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano, tendo sempre em consideração que a percepção pessoal de quem pretende investigar é primordial (Gill & Feinstein, 1994, p. 619).

Relativamente à qualidade de vida, apesar de exprimirmos sentimentos e valores difíceis de compreender, como a felicidade, o amor e a liberdade, estes não deixam de ter uma grande importância (TANI, 2002). A qualidade de vida tem vindo a ser “uma ideia largamente difundida na sociedade correndo-se o risco de haver uma banalização do assunto pelo seu uso ambíguo, indiscriminado ou oportunista” e podemos dar como exemplo, o facto de muitos políticos prometerem melhorar a qualidade de vida da população, utilizando muitas das vezes, estatísticas irreais para comprovar os seus feitos (Tani, 2002). Atualmente, os conceitos de qualidade de vida com maior consenso são os que procuram uma multiplicidade de dimensões debatidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. O principal exemplo que pode ser mencionado é o conceito sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que consiste

Na percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Trata-se de uma definição que contempla a influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características inerentes ao respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual. Neste sentido, podemos afirmar que a qualidade de vida é definida como a “satisfação do indivíduo no que diz respeito à sua vida quotidiana” (OMS, 1998).

Ao relacionarmos as EAI com a qualidade de vida em crianças e adolescentes, podemos afirmar que quando uma pessoa é exposta a experiências adversas em criança, este acontecimento pode ser de tal forma prejudicial, que acaba por ter grandes impactos psicológicos, sociais e físicos que se manifestam um dia mais tarde. As consequências que estas experiências têm na saúde, podem ser causadas por alterações movidas pelo stress no cortisol e outras substâncias e mudanças na expressão gênica (Taylor, 2010) e por comportamentos de risco para a saúde (Merrick et al., 2019). Numerosos estudos apoiam a ideia de que existe ligação entre EAI e a qualidade de vida na idade adulta.

Uma vez que este tipo de experiências é bastante comum na população em geral, e existe uma associação com a elevada mortalidade e morbidade, tem sido realçada a importância de integração da história de desenvolvimento na avaliação clínica e da elaboração de instrumentos capazes para serem utilizados na investigação desta área. *O Adverse Childhood Experiences - ACEs* (e.g. Felitti et al., 1998) é um grupo de investigação norte-americano focado na realização de estudos com elevada importância no âmbito dos efeitos da adversidade, e tenta entender de que maneira estas experiências se relacionam com a mortalidade e a morbidade. Podemos enumerar algumas experiências na infância (Felitti et al., 1998), e juntamente com cada uma destas categorias, uma breve definição segundo o estudo deste grupo de investigação (Felitti et al., 2006). O Abuso emocional é uma categoria cotada numa escala de likert que varia entre 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes) e que se caracteriza pela existência frequente ou muito frequente (cotado com “muitas” ou “muitíssimas vezes”) de situações de insulto ou medo de violência física; o abuso físico é também cotado numa escala de likert que varia entre 0 e 4, tal como o abuso emocional e que se caracteriza pela existência frequente ou muito frequente (cotado com “algumas vezes”, “muitas” ou “muitíssimas vezes”) de situações em que a criança foi agredida por algum adulto de forma violenta deixando sequelas; abuso sexual é definido pela existência de experiências sexuais antes dos 18 anos com um adulto ou uma pessoa pelo menos cinco anos mais velha. Estas experiências referem-se apenas a adultos que podem ser pessoas da família, outra pessoa que vivesse em casa, um amigo da família ou um estranho; exposição a violência doméstica é cotada a partir de quatro itens adaptados do *Conflict Tactics Scale* (1978, cit in Anda et al., 2006) e avaliam a ameaça ou agressão física à mãe ou madrasta; abuso de substâncias no ambiente familiar, é avaliado pelo consumo de álcool ou drogas por alguma pessoa que habitasse com o indivíduo; divórcio ou separação parental; prisão de um membro da família; perturbação mental ou suicídio caracteriza-se pela existência de algum elemento da família que apresentasse, durante a infância do indivíduo, algum tipo de doença mental ou tivesse realizado alguma tentativa de suicídio; negligência física é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades básicas da criança quer a um nível físico, quer biológico; negligência emocional é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades emocionais e afetivas da criança. No entanto, uma das limitações nas experiências adversas, têm sido que a cotação entre os tipos de abuso é igual, ou seja, não tem em conta a severidade, o que vai

criar problemas na interpretação de dados. Nos instrumentos existentes é dada a mesma pontuação a cada adversidade e de seguida é feita a soma das pontuações. Porém, essa pontuação não tem em conta as variações na gravidade por cada experiência adversa. Podemos dar como exemplo a separação dos pais, e ter em conta que pode ser uma experiência menos traumática do que sofrer um abuso (Finkelhor et al., 2013), mas ambas as experiências têm o mesmo peso na pontuação cumulativa dos ACEs. Face a este problema, o objetivo é tratar as experiências adversas de forma individual e perceber qual delas tem um maior peso negativo na qualidade de vida.

De encontro com este problema, foi realizado um estudo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de adultos que sofreram experiências adversas na infância (Phaedra et al., 2008). Este estudo demonstrou que, de todas as EAI, o abuso físico teve a maior prevalência e a negligência foi a menos relatada pelos participantes. Foi feita uma correlação para cada tipo de EAI em que, o abuso emocional e a negligência emocional apresentavam as correlações mais altas, apesar de o abuso físico e o abuso emocional apresentarem valores próximos de correlação. Neste estudo concluíram que as pessoas que foram vítimas de EAI apresentavam perdas significativas na qualidade de vida, no que diz respeito à saúde em relação às pessoas que nunca tinham sido vítimas de EAI.

Tal como o estudo anterior, vários estudos demonstram diversos resultados diferenciados sobre o impacto causado pelas EAI, desta maneira, existe a necessidade de entender porque é que nas crianças vítimas dessas adversidades, umas são mais afetadas do que outras. Posto isto, é através do modelo ecológico-transaccional que podemos verificar implicações significativas relativamente ao impacto que as EAI causam no desenvolvimento. A presença elevada de EAI causa, em todos os níveis ecológicos, um desvio de condições promotoras a um normal desenvolvimento. Desta forma, crianças que foram maltratadas são mais propensas a manifestar resultados negativos, a nível do desenvolvimento e psicopatologia (Cicchetti & Toth 1995). O modelo ecológico-transaccional pode também explicar que nem todas as crianças que sofreram EAI são afetadas da mesma maneira e que algumas delas são resilientes perante as consequências negativas do desenvolvimento. Apesar de existir o risco do aumento de uma desadaptação e psicopatologia, a resiliência destas crianças pode ajudar a que a trajetória do desenvolvimento seja positiva apesar da extrema adversidade (Luthar et al. 2000).

Uma vez que as EAI são um grande problema para a saúde, e o facto de existirem inúmeros estudos de maneira a explorar os efeitos negativos e duradouros que estas causam ao desenvolvimento da criança, era também necessário investigar a relação entre as EAI, no campo da saúde biopsicossocial dos adultos, de forma a entender o impacto que estas causam nos resultados da saúde mental e física na vida adulta. Deste modo, foi desenvolvido um modelo para complementar o que faltava entre as necessidades biológicas e psicológicas, que por norma eram estudadas de forma dicotómica (Engel,1980). Através deste modelo, podemos afirmar que os sintomas e condições de saúde sociais, psicológicas e físicas são influenciados causalmente uns pelos outros (Engel, 1980). Segundo alguns especialistas, era necessário explorar, em simultâneo, os resultados biológicos, sociais e psicológicos, em adultos que foram vítimas de EAI (Barker et al., 2015; Coates, 2010). Recorrer à utilização do modelo biopsicossocial é uma forma de melhorar a nossa compreensão no que diz respeito à variação de impactos que as EAI podem causar ao longo da vida.

Numa perspetiva neurológica, Grawe (2007) reconhece que as necessidades básicas do ser humano são respondidas quando asseguradas e pelo facto de ao longo da nossa evolução, existirem estruturas neuronais e mecanismos desenvolvidos. Desta forma, quando existe uma falha das mesmas, o organismo conduz-se de imediato para a procura do seu equilíbrio. Para o autor são consideradas não só as necessidades biológicas como as necessidades psicológicas básicas, e tudo o que possa levar à insatisfação das mesmas leva a uma perturbação do bem-estar, sendo uma causa para o desenvolvimento e manutenção da perturbação mental. Este autor teve em consideração as mesmas necessidades postuladas por Epstein (1993), excluindo a coerência, não a considerando uma necessidade psicológica básica, mas sim um princípio básico para o funcionamento mental, referindo-se ao princípio da consistência. Deste modo, admitia que o organismo se move ao encontro da consistência, que diz respeito às relações internas de processos e estados intrapsíquicos e que a inconsistência é prejudicial ao bem-estar dos indivíduos.

Através de uma revisão sistemática da literatura (1976-2006), foram encontrados estudos que realizaram uma avaliação da qualidade de vida em adultos que vivenciaram EAI (citado por Pinto et al., 2021). Foram também encontrados alguns estudos sobre a qualidade de vida em crianças e adolescentes maltratados, embora com menor número.

Por exemplo, o estudo realizado por Gospodarevskaya (2013), em que a amostra era composta por 933 adolescentes que sofreram abuso sexual na infância, verificou que a psicopatologia era um fator que provocava níveis significativamente inferiores de qualidade de vida. Da mesma forma, Chan (2013), numa amostra de 18.341 adolescentes demonstrou que crianças vítimas de violência tendem a relatar sintomas depressivos, ideias de automutilação e uma qualidade de vida baixa. Contudo, continua a faltar evidência acerca da relação entre EAI e a qualidade de vida em amostras com adolescentes.

Desta forma, podemos verificar que a qualidade de vida é uma variável dependente, que sofre alterações com as experiências adversas, formando-se assim uma hipótese exploratória:

H1: Espera-se que os jovens que sofreram EAI apresentem níveis mais baixos de qualidade de vida. Espera-se encontrar diferentes efeitos entre cada adversidade e a qualidade de vida, uma vez que a literatura tem demonstrado a coocorrência entre EAI, mas com diferentes efeitos na qualidade de vida.

MÉTODO

PARTICIPANTES

A amostra deste estudo foi constituída por 189 participantes, dos quais 95 (50.3%) eram do sexo feminino e 94 do sexo masculino. Em relação à idade dos participantes, a média foi de 16 anos ($DP=1.23$), variando entre os 13 e 18 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é solteira ($n=180, 95.2\%$).

Relativamente ao nível de escolaridade, os participantes têm em média o 9º ano ($DP= -1.65$), variando entre o 5º e o 12º ano. No que diz respeito à situação ocupacional, evidenciou-se que a maioria dos participantes é estudante ($n=182, 96.3\%$).

A maioria dos participantes vive em casa com os pais ($n= 72,38,1\%$) e outra parte dos participantes vivem numa instituição ($n= 58, 30.7\%$). O número de elementos do agregado familiar é em média de 4 pessoas ($DP= 3.57$). O valor do rendimento familiar prevalente varia entre os 500 € e os 750€ ($n=40, 21.2\%$)

INSTRUMENTOS

Questionário Sociodemográfico

Para recolher informação sobre idade, sexo e informações familiares, itens sobre a residência atual e se o adolescente já foi identificado pelos Serviços de Proteção à Criança, foi utilizado um questionário demográfico composto por questões de escolha múltipla (Pinto et al., 2021).

Pediatric Quality of Life Inventory

O *Pediatric Quality of Life Inventory* é um instrumento modular utilizado para medir a relação entre a qualidade de vida e a saúde, em crianças e adolescentes dos 2 aos 18 anos (Varni et al. 2001). As escalas centrais do PedsQL consistem na aplicação de 23 itens a escolas e populações saudáveis ou populações pediátricas em condições de saúde agudas e crónicas. É composto por 4 escalas básicas (física, emocional, social, escolar) que foram aplicadas, em ambientes de cuidados de saúde pediátricos, a 963 crianças e

1.629 pais. A qualidade de vida foi avaliada através do somatório de todos os itens, seguida do cálculo da média. Quanto maior a pontuação menor a qualidade de vida. A consistência interna da escala total foi de .89.

Questionário de estudo de experiências adversas na infância

O *Adverse Childhood Experiences – ACE* (e.g. Felitti et al. 1998) é um grupo de investigação norte-americano que realiza vários estudos importantes, de maneira a perceber de que forma as experiências adversas se relacionam com a mortalidade e a morbidade. O questionário de ACE, avalia a ocorrência de experiências adversas na infância e inclui informações com maior detalhe sobre o abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, exposição à violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, divórcio ou separação dos pais, membro da família, doença mental ou suicídio, negligência física e negligência emocional, organizada em duas áreas: experiências das crianças e disfunção doméstica.

PROCEDIMENTOS

O presente estudo faz parte de um projeto de investigação longitudinal sobre o impacto dos acontecimentos traumáticos em adolescentes no Norte de Portugal. Todos os procedimentos realizados neste estudo seguiram os padrões éticos da APA. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto da Universidade Lusófona do Porto. Para o recrutamento dos participantes, foram contactadas 14 Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e 16 escolas profissionais. As CPCJ e escolas profissionais foram contactadas inicialmente por e-mail e, posteriormente, por telefone, a fim de ser agendada uma apresentação inicial do estudo. Com a autorização dessas instituições, foi iniciada a recolha de dados. Os adolescentes que concordaram em participar receberam informações mais detalhadas sobre o estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelos pais ou responsáveis legais, a fim de permitir a participação no estudo. O consentimento informado foi obtido antes do início da aplicação dos questionários. Os questionários foram aplicados por três psicólogos e decorreu numa sala privada, no sentido de salvaguardar a privacidade dos participantes. Foi possibilitado aos participantes o envio de e-mail aos investigadores caso desejassem ter acesso aos seus resultados ou sentissem necessidade de esclarecer alguma informação contida no protocolo. Este contacto serviu ainda para os participantes usarem caso precisassem de pedir ajuda, na eventualidade de terem alguma reação de mal-estar pós-participação.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados recolhidos com o conjunto de instrumentos acima mencionados foram analisados tendo por base o programa de tratamento estatístico de dados SPSS, com o qual se efetuaram análises descritivas e inferenciais.

RESULTADOS

Tabela 1- Média e Desvio-Padrão da Qualidade de Vida e Prevalência das Experiências Adversas na Infância

Variáveis	Total Amostra (N = 189)			
	M	DP	Min	Max
Qualidade de Vida	20.60	13.23	0	59
EAI				
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Abuso Emocional	51	27	.171	.036
Abuso Físico	32	16.9	.150	.065
Abuso Sexual	30	15.9	.247	.002
Negligência Física	57	30.2	.065	.431
Negligência Emocional	82	43.4	.251	.002
Violência Doméstica	38	20.1	.205	.001
Abuso de Substâncias no ambiente familiar	64	33.9	.134	.101
Perturbação Mental ou Suicídio no ambiente familiar	62	32.8	.282	.001
Divórcio	80	42.3	.133	.104
Prisão familiar	32	16.9	.119	.145

Nota. *Correlação de Pearson - Qualidade de Vida: Mais pontuação menor qualidade de vida = maiores níveis de EAI menor qualidade de vida.

Na tabela 1 podemos verificar que há uma correlação estatisticamente significativa, positiva e muito forte entre o abuso emocional e a qualidade de vida ($r = .171, p < .036$). Relativamente ao abuso sexual, podemos observar que há uma correlação estatisticamente significativa, positiva e muito forte entre abuso sexual e qualidade de vida ($r = .247, p < .002$). Existe também uma correlação estatisticamente significativa, positiva e muito forte entre negligência emocional e qualidade de vida ($r = .251, p < .002$). Em relação à violência doméstica, podemos inferir que existe uma correlação estatisticamente significativa, positiva e muito forte entre violência doméstica e qualidade de vida ($r = .205, p < .001$). Podemos também verificar que há uma correlação estatisticamente significativa, positiva e muito forte entre a perturbação mental dos pais e a qualidade de vida ($r = .282, p < .001$). Relativamente ao abuso físico, negligência física, abuso de substâncias pelos pais, divórcio e prisão familiar, podemos verificar que não existe correlação com a qualidade de vida.

Tabela 2- Análise de Regressão Hierárquica entre Qualidade de Vida e Experiências Adversas na Infância

Modelo	B	β	<i>t</i>	95% CI		R^2_{adj}
Preditores						.180***
Abuso Emocional	2.255	0.76	.977	-2.307	6.818	
Abuso Sexual	6.751	.167	2.140	.516	12.987	
Negligência Emocional	5.095	.190	2.471	1.020	9.170	
Violência Doméstica	4.156	.118	1.503	-1.308	9.620	
Perturbação Mental ou Suicídio no Ambiente Familiar	7.129	.247	3.247***	2.789	11.469	

A análise de regressão é estatisticamente significativa e explica 19% da variância, $R^2 = .180$, $F(3) = 10.678$, $p < .001$. Foi utilizada para testar se as experiências adversas na infância são preditores da qualidade de vida. Das dez variáveis, cinco foram analisadas, uma vez que são significativamente correlacionadas com a variável dependente, nomeadamente o abuso sexual, a negligência emocional, perturbação mental ou suicídio, abuso emocional e violência doméstica.

Os resultados da análise indicam que a experiência adversa que mais contribui para a explicação da variável predita é a perturbação mental ou suicídio de membros da família a viver com o jovem, $\beta = .247$, $t(5) = 3.247$, $p < .001$, $CI [2.789, 11.469]$, seguido da negligência emocional $\beta = .190$, $t(5) = 2.471$, $p < .015$, $CI [1.020, 9.170]$ e do abuso sexual $\beta = .167$, $t(5) = 2.140$, $p < .034$, $CI [.516, 12.987]$.

ANÁLISE DESCRITIVA

DISCUSSÃO

Este estudo analisou a relação entre as EAI e a qualidade de vida. O segundo objetivo foi tratar as experiências adversas de forma individual e perceber qual destas tem um maior impacto negativo na qualidade de vida. Para tal, foram utilizados vários instrumentos que avaliaram estes aspetos e foram também utilizadas análises descritivas e inferenciais.

De acordo com a hipótese, espera-se que as crianças que sofreram experiências adversas na infância apresentem níveis mais baixos de qualidade de vida. Depois de realizarmos as devidas análises relativas aos dados recolhidos, estas permitiram responder aos objetivos de investigação. Foi confirmada a hipótese, em que as análises realizadas demonstram que existe uma correlação estatisticamente significativa entre as experiências adversas na infância e a qualidade de vida, exceto para o abuso físico, negligência física e abuso de substâncias pelos pais e divórcio e prisão familiar. Estudos realizados anteriormente confirmam estes resultados, uma vez que os primeiros estudos sobre as ACE nos forneceram dados populacionais que confirmavam a relação entre as experiências adversas na infância e a qualidade de vida quando adulto (Felitti et al.1998). Todavia, a maior parte da evidência dos estudos ACE tem sido obtida com amostras adultas, pelo que esta evidência vem contribuir para se perceber quais as ACE são mais relacionadas com a qualidade de vida em adolescentes e jovens adultos. Este estudo obteve ainda evidência, através da análise de regressão, que a perturbação mental ou suicídio de familiares a viver com o jovem foi o preditor com maior tamanho do efeito negativo na variável predita, seguido da negligência emocional e do abuso sexual, ambos também significativos. A perturbação mental dos pais ou familiares a viver com o jovem é um fator de risco para o desenvolvimento de perturbação mental nos filhos (Van Santvoort et al., 2015). Isto porque pais ou familiares com perturbação mental podem ter dificuldades na realização de tarefas simples no seio familiar, designadamente no acompanhamento dos filhos nas tarefas escolares e outras, que são fundamentais para promover o desenvolvimento emocional e cognitivo de crianças e adolescentes (Sektan et al., 2010; Wang & Sheikh-Khalil, 2014). Por exemplo, filhos de pais com sintomas depressivos podem ter uma maior probabilidade em desenvolver problemas a nível

escolar, emocional e social (Schwenck et al. 2020). Segundo a teoria da consistência (Grawe,2007) existem quatro necessidades básicas a satisfazer e proteger: vinculação, orientação e controlo, prazer e autoaperfeiçoamento. Ao analisarmos estas necessidades, podemos afirmar que quando os pais sofrem algum tipo de perturbação mental, estas necessidades básicas poderão não ser atendidas (Schwenck et al. 2020). Para além disso, muitas vezes estes cuidadores não pedem ajuda devido ao medo que sentem por as crianças lhes poderem ser retiradas (Schwenck et al. 2020).

A evidência de que várias adversidades estão associadas a menor qualidade de vida, é motivo de reflexão para a prática de profissionais que trabalham em justiça juvenil e proteção de crianças e jovens em perigo. Todavia, normalmente o motivo de sinalização de um caso em risco ou perigo é em resultado da denúncia de uma adversidade (e.g., negligência), ou a própria consequência dessa negligência, isto é, absentismo ou abandono escolar (CNPDPJC,2021). Por conseguinte, a evidência obtida nesta dissertação reforça a ideia de que quando uma criança ou adolescente é sinalizada, por faltar à escola ou por ter problemas de comportamento, já é o suficiente para que seja feita uma avaliação por parte do gestor de caso para verificar que outras experiências adversas podem existir, porque normalmente, quando ocorre uma experiência podem ocorrer outras (Simões et al. 2016), tal como confirmou este estudo.

As Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), muitas vezes têm de reabrir processos devido ao facto de que as mesmas crianças/jovens são sinalizadas mais do que uma vez no seu percurso de desenvolvimento (Simões et al. 2016). No que diz respeito às sinalizações, nem sempre são feitas pela mesma problemática (Simões et al. 2016). Nesse sentido, uma avaliação do risco que tenha como pressupostos a coocorrência de adversidades poderá prevenir a reincidência do risco e desenvolver planos de promoção e proteção mais adequados e dirigidos a cada caso particular.

Uma vez que as experiências adversas afetam crianças e adolescentes em vários níveis da vida, como a sua saúde mental e física, as consequências destas experiências podem manter-se a longo prazo (Greger et al., 2015). Este estudo em particular revelou evidência que sugere a importância em se recorrer a medidas de qualidade de vida nos contextos de justiça juvenil e proteção de crianças e jovens, uma vez que esta pode ser afetada em resultado da exposição a ACE, para além de outros problemas de saúde

mental tornando possível a intervenção e prevenção também a este nível (Greger et al., 2015).

LIMITAÇÕES

Ao longo da elaboração desta dissertação surgiram algumas limitações que são importantes de referir. Uma das limitações deste estudo é o facto de serem utilizados instrumentos de autorrelato para que os participantes possam responder, o que poderá ter conduzido a uma desejabilidade social, isto é, os participantes respondem conforme o que é habitual na sociedade, acabando por ser difícil de controlar. Uma outra limitação é a utilização de um instrumento de adversidade retrospectiva, ou seja, fazer com que os participantes recorram à sua memória e expliquem o que lhes aconteceu no passado. Uma vez que a memória é falível, quando estes momentos são invocados, algumas experiências adversas poderão não ter sido relatadas ou poderão ter sido interpretadas de outra forma, o que poderia ter sido mitigado de algum modo com uma entrevista. Por último, uma vez que o plano de investigação é transversal, isto significa que todas as variáveis são avaliadas num único momento, não sendo possível inferir uma relação de causalidade. Estudos futuros devem aplicar um plano de investigação longitudinal, de forma a corrigir esta limitação e ser possível compreender as relações entre as variáveis e compreender se as consequências das adversidades experienciadas na infância se alteram com a idade.

CONCLUSÕES

Apesar das limitações identificadas, este estudo permitiu tratar as EAI de forma individual e identificar a que tem maior impacto negativo na qualidade de vida.

Por fim, um técnico que seja confrontado com uma situação em que uma criança/jovem apresente algum tipo de negligência ou problemas de comportamento, pode atuar de várias formas para promover a qualidade de vida nessa mesma criança/jovem. Em primeiro lugar, segundo a literatura anterior, pode realizar uma avaliação não só da experiência adversa a que a criança aparenta ter sido exposta, mas também de outras, de maneira a perceber se ocorreu mais alguma para além dessa. De seguida, para além de realizar uma avaliação na criança, pode recorrer a uma avaliação nos pais, de forma a perceber se estes apresentam algum tipo de perturbação mental, que

possa impedir resposta às necessidades básicas da criança, acabando por causar um impacto negativo na qualidade de vida da mesma, o que acaba por também ser considerado um tipo de adversidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. & Perry, B. D. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Barker, V., Gumley, A., Schwannauer, M., & Lawrie, S. M. (2015). An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(3), 177-180. doi:10.1192/bjp.bp.113.143578
- Chan, K. L. (2013). Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: Prevalence and associations with health. *Preventive Medicine*, 56, 207–210. doi: [10.1016/j.ypmed.2012.12.018](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.12.018)
- Cicchetti D, Toth SL. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 34:541–65
- Coates, D. (2010). Impact of childhood abuse: Biopsychosocial pathways through which adult mental health is compromised. *Australian Social Work*, 63(4), 391-403
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2021). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535

Epstein, S. (1993). Emotion and self-theory. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 313–326). The Guilford Press.

Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult health, well-being, social function, and healthcare.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., & Edwards, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi: [10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M. & Edwards, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.

Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37, 664–674. doi: [10.1016/j.chiabu.2013.03.013](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013)

Finkelhor, David; Shattuck, Anne; Turner, Heather; Hamby, Sherry (2013). *Improving the Adverse Childhood Experiences Study Scale*. *JAMA Pediatrics*, 167(1), 70–. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.420

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. 8. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v.272, n.8, p.619-26, 1994

Gospodarevskaya E. Post-traumatic stress disorder and quality of life in sexually abused Australian children. *J Child Sex Abus.* (2013) 22:277–96. doi: 10.1080/10538712.2013.743953

Grawe K (2007). *Neuropsychotherapy: How the Neurosciences Inform Effective Psychotherapy.* New York: Psychology Press

Greger HK, Myhre AK, Lydersen S, Jozefiak T. Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse Negl.* 2015; 45:122–34.

Hennessey, C. H., Moriarty, D. G., Zack, M. M., Scherr, P. A., & Blackbill, R. (1994). Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Reports*, 109(5), 665–672.

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. 2000. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.* 71:543–62

Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S., Chen, J., Klevens, J., ... Ottley, P. (2019). Vital signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention—25 states, 2015–2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(44), 999. doi: 10.15585/mmwr.mm6844e1

OMS. *Promoción de la salud: glosario.* Ginebra: OMS, 1998.

Phaedra S. Corso, PhD, Valerie J. Edwards, PhD, Xiangming Fang, PhD, and James A. Mercy, PhD (2008). Health-Related Quality of Life Among Adults Who Experienced Maltreatment During Childhood. *American Journal of Public Health* / June 2008, Vol 98, No. 6

Pinto R., Castro M., Silva L., Jongenelen I., Maia A., Levendosky A. (2021). The Impact of Psychopathology Associated with Childhood Trauma on Quality of Life in Portuguese Adolescents: A Two-Wave Longitudinal Study. *Frontiers in Psychiatry, Vol.12, No. 650700*. doi: [10.3389/fpsy.2021.650700](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.650700)

Pinto, R., Correia, L. & Maia, Â. Assessing the Reliability of Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences among Adolescents with Documented Childhood Maltreatment. *J Fam Viol* 29, 431–438 (2014). doi: [10.1007/s10896-014-9602-9](https://doi.org/10.1007/s10896-014-9602-9)

Rizzini, I. & Dawes (2001). Editorial on cultural diversity and childhood diversity. *Childhood*, 8: 811-828. doi: [10.1177/0907568201008003001](https://doi.org/10.1177/0907568201008003001)

Schwenck C, Christiansen H, Goetz M. Children of parents with mental illness (COPMI). In Rey JM, Martin A(eds), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020.

Sektnan, M., McClelland, M. M., Acock, A., & Morrison, F. J. (2010). Relations between early family risk, children's behavioral regulation, and academic achievement. *Early childhood research quarterly*, 25(4), 464-479.

Simões, A. C., Dixe, M. A. C., & Lopes, M. S. (2016). As crianças e jovens referenciadas à CPCJ: O espelho das problemáticas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe. 3)*, 63-66

TANI, G. Esporte, educação e qualidade de vida. In: MOREIRA, W.W.; SIMÕES, R. (Orgs.). Esporte como fator de qualidade de vida. Piracicaba: UNIMEP, 2002. p.103-16

- Taylor, S. E. (2010). Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(19), 8507–8512. doi: 10.1073/pnas.1003890107
- Van Santvoort, F., Hosman, C. M., Janssens, J. M., van Doesum, K., Reupert, A., & van Loon, L. (2015). The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 18(4), 281-299.
- Varni J., Seid M., Kurtin P. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *MEDICAL CARE*, Vol. 39, Number 8, pp 800–812
- Wang, M. T., & Sheikh-Khalil, S. (2014). Does parental involvement matter for student achievement and mental health in high school. *Child development*, 85(2), 610-625.