

Experiências adversas e funcionamento actual: um estudo com jovens portugueses

Ângela Maia (Universidade do Minho)

Cármem Guimarães (Universidade do Minho)

Eunice Magalhães (Universidade do Minho)

Liliana Capitão (Universidade do Minho)

Márcia Campos (Universidade do Minho)

Susana Capela (Universidade do Minho)

angelam@iep.uminho.pt

Resumo/Abstract:

A adversidade vivida na infância tem provado ser um dos factores de risco importantes para o desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta. Do mesmo modo, a investigação tem mostrado a relação entre as adversidades vividas na idade adulta e os sintomas e problemas actuais. A literatura sugere igualmente que a adaptação e sucesso escolar podem ser afectados pelas experiências adversas. Neste trabalho apresentamos os resultados de um estudo sobre o impacto de experiências de vida potencialmente traumáticas (vivas quer na infância, quer na idade adulta) no funcionamento de jovens portugueses, avaliando a sua satisfação com a vida, os sintomas de dissociação e os sintomas de perturbação de stress pós-traumático. Foram avaliados 98 estudantes universitários e 102 jovens não universitários, relativamente a práticas e comportamentos de saúde, exposição a situações potencialmente traumáticas (LAV e ETQ), sintomas de dissociação peri-traumática (QDP) e sintomas de perturbação de stress pós-traumático (EARAT). Foi ainda utilizado um item para avaliação de satisfação com a vida. Os resultados descrevem a prevalência da exposição adversa e de sintomas de psicopatologia comparando os grupos de sujeitos em função da sua escolaridade, bem como as relações existentes entre experiências de vida e as variáveis consideradas. Os dados indicam que existe uma relação entre adversidade vivida e problemas actuais. Estes resultados são discutidos à luz dos modelos teóricos que explicam a forma como as experiências adversas podem influenciar a saúde física e psicológica actual.

Introdução

A concepção desenvolvimental da psicopatologia, frequentemente designada por psicopatologia do desenvolvimento, é um quadro de referência quando se procura compreender porque é que algumas pessoas mantêm um trajecto desenvolvimental normal, enquanto outras exibem sofrimento e sintomas que põem em causa a sua adaptação face aos desafios da vida.

Esta perspectiva reconhece que a história da pessoa e as experiências vividas nos seus diferentes contextos podem constituir-se como factores de risco desenvolvimental e, por isso, aumentar a probabilidade de desenvolver perturbação. O reconhecimento de que as experiências inadequadas (como os maus-tratos e outras experiências traumáticas) não são experiências raras, deu azo ao interesse dos investigadores que têm procurado não só estimar a prevalência das experiências adversas, como a relação desta exposição com a psicopatologia. Paralelamente, tem surgido uma linha de investigação que procura elucidar por que mecanismos alguns sujeitos, ainda que submetidos a experiências muito negativas, conseguem manter alguma adaptação. Por tudo isto, têm vindo a ser cada vez mais enfatizados os processos de resiliência.

Se considerarmos especificamente a relação entre factores de risco e psicopatologia, as experiências de violência interpessoal vividas no seio da família, como acontece com os maus-tratos, destacam-se não só pela sua prevalência, como pelos seus efeitos. Por ocorrerem muito frequentemente numa idade precoce e por tenderem a ser experiências repetidas, o seu efeito tem revelado ser muito perturbador (Éthier, Lemelin & Lacharité, 2004).

Se é reconhecido que o impacto das experiências de abuso e negligência se manifestam desde a infância, os efeitos são igualmente observáveis quer na adolescência quer na idade adulta, abrangendo as mais diversas áreas do funcionamento (cf. Trickett & McBride-Chang, 1995; Azevedo & Maia, 2006).

História de adversidade e psicopatologia

A adversidade refere-se a todas as condições que ameaçam o bem-estar físico e emocional (e.g. Gunnar, 2000). A lista de adversidades a que se pode ser exposto é imensa, desde factores pré e peri-natais, até às situações mais extremas como as que são vividas em zonas de guerra e que muitas vezes põem em causa a própria sobrevivência. As experiências de abuso ou maltrato, que constituem adversidades interpessoais, bem como a exposição a

violência doméstica, a perda ou separação de figuras significativas, ou ser cuidado por pessoas com psicopatologia considerável (como deprimidos severos e abusadores de álcool ou outras substâncias) são alguns exemplos de condições inadequadas para o desenvolvimento do indivíduo.

Devido à prevalência dos maus-tratos e à sua demonstrada relação com a perturbação psicológica, trataremos nos próximos parágrafos deste tema, definindo e delimitando alguns conceitos.

Poucas pessoas têm consciência que uma das principais causas de morte na infância nos países ocidentais é o maltrato físico e a negligência que ocorre dentro das famílias. Por exemplo, nos Estados Unidos, o maltrato é responsável por 76% das mortes até aos 6 anos e 77% dos responsáveis por essas mortes são os pais. Em França e Inglaterra há cerca de 30 000 casos novos registados todos os anos, e em Portugal há cerca de 17000 crianças institucionalizadas, a maioria devido ao facto de os pais não oferecerem as condições adequadas ao seu desenvolvimento. Estes números são assustadores, mas sabe-se que muitas crianças são maltratadas no segredo dos seus lares e, muitos destes casos, só são relatados na idade adulta. De facto, quando se questiona os adultos acerca da sua história, cerca de 20% das mulheres relata situações de abuso sexual, e o abuso físico, psicológico e negligência são ainda mais frequentes. A investigação mostra que entre as pessoas adultas com doenças psiquiátricas a história de adversidade na infância é elevadíssima e que quanto pior a história, mais as doenças físicas e psicológicas (e.g. Edwards, Holden, Felitti & Anda (2003).

Martínez Roig e De Paul (1993, p. 23) definem maus-tratos infantis como “As lesões físicas ou psicológicas não acidentais ocasionadas pelos responsáveis do desenvolvimento, que são consequência de acções físicas, emocionais ou sexuais, de acção ou omissão e que ameaçam o desenvolvimento físico, psicológico e emocional considerado como normal para a criança”.

Os maus-tratos físicos referem-se às agressões físicas e actos perpetrados que deixam sequelas no corpo da criança, enquanto o maltrato psicológico inclui situações em que comportamento hostil ou ameaçador do adulto põe em causa o bem-estar da criança. O abuso sexual implica o envolvimento de uma criança em actos que visam o prazer do adulto (e.g. beijo erótico, exposição do corpo, toque, penetração). Finalmente, a negligência refere-se à ausência de cuidados que são necessários para o desenvolvimento normal, quer a nível físico, quer emocional e cognitivo (cf. Azevedo & Maia, 2006b).

Se, como veremos a seguir, a literatura aponta para uma relação entre exposição a maus-tratos e psicopatologia, é igualmente verdade que as relações pouco sensíveis, inconsistentes ou imprevisíveis, são preditores da emergência de psicopatologia.

Autores como Trickett e McBride-Chang (1995) procuraram distinguir as áreas do desenvolvimento que podem ser afectadas pelas experiências de abuso e negligência, concluindo que desde a infância se pode observar efeitos a nível físico e motor; emocional / social; e académico / cognitivo em função do tipo de vitimação. Como seria de esperar, quando as crianças são vítimas de várias formas de maltrato (o que é frequente) ou quando este decorre durante um tempo significativo, o efeito é ainda maior.

Mais recentemente, o estudo da relação entre história de abuso e várias dimensões do funcionamento adulto tem recebido um enorme interesse, havendo dados que indicam que, quer a nível da saúde física (cf. Maia, 2006), quer psicológica (e.g. Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002), podemos verificar os efeitos devastadores das experiências adversas. Por outro lado, tem-se verificado que entre aqueles que têm diagnóstico de perturbação grave há uma grande percentagem de pessoas com história de abuso e trauma na infância.

A relação entre história de abuso na infância e presença de psicopatologia na idade adulta tem sido estudada quer considerando a prevalência de história de abuso nos utentes dos serviços de psiquiatria, quer em estudos na comunidade. Os resultados da investigação indicam que as histórias de abuso são muito mais frequentes nas pessoas com diagnóstico psiquiátrico do que em populações avaliadas na comunidade, e particularmente presentes nos sujeitos com perturbação de personalidade (cf. Figueiredo, Fernandes, Matos & Maia, 2002).

Tipicamente os investigadores têm encontrado uma relação do tipo *dose – resposta*, isto é, quanto mais exposição a adversidade na infância, mais perturbação psicológica na idade adulta. Edwards, Holden, Felitti e Anda (2003), ao reportarem os resultados de uma das investigações mais abrangentes realizadas nesta temática, o Adverse Childhood Experiences Study – ACE, salientam que numa população de classe média, 64% dos participantes viveram pelo menos uma forma de adversidade na sua infância, sendo que 21,6% dos sujeitos relataram abuso sexual, 20,6% abuso físico e 14,0% testemunharam violência doméstica. Tal como outros autores já tinham verificado, 34,6% dos sujeitos que foram vítimas de alguma forma de maltrato também experienciaram outras, sendo que quanto mais experiências adversas, mais problemas de saúde mental. O mesmo estudo permitiu ainda comparar as

diferentes formas de adversidade, tendo verificado que o maltrato é o melhor preditor de depressão, tentativas de suicídio, alcoolismo e abuso de drogas (cf. Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002; Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004).

Duas perturbações psicológicas destacam-se pela sua relação com a exposição a experiências traumáticas: a Dissociação e a Perturbação de Stress Pós-Traumático. A dissociação ocorre se a pessoa, quando confrontada com uma situação de ameaça intensa, é incapaz de integrar na consciência aquilo que está a acontecer (van der Kolk et al., 1996). Neste caso, os elementos sensoriais e emocionais do acontecimento podem não ser integrados na memória e identidade pessoal, e permanecem isolados da consciência sem integração numa narrativa pessoal (van der Kolk & Fisler, 1985). Uma das formas de dissociação tem sido designada por dissociação peri-traumática e corresponde a sintomas de despersonalização (e.g. sentir o corpo como estranho) ou desrealização (e.g. ver o que está a acontecer como se fosse um filme). Este processo permite diminuir a perturbação naquele momento face ao impacto total do acontecimento (van der Kolk et al., 1996).

Marmar (e.g., Marmar et al., 1994; Marmar et al., 1996; Marmar, 1997) tem sido um dos autores que mais tem contribuído para o estudo da relação entre exposição, dissociação peri-traumática e PTSD, mas outros autores têm igualmente verificado em diversas populações com história de trauma que a dissociação durante o trauma é um preditor significativo do subsequente desenvolvimento de PTSD (e.g. Carlson & Rosser-Hogan, 1991; Bremner et al., 1992; Bremer & Brett, 1997; Cardeña & Spiegel, 1993, Shalev, Peri, Caneti, & Schreiber, 1996, Marmar et al., 1996, etc.).

A Perturbação de Stress Pós-Traumático é uma síndrome que pode decorrer da exposição a trauma. Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) um acontecimento traumático é a vivência de uma situação em que a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros; a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror (Critério A). O diagnóstico de PTSD requer, ainda, a presença de três tipos de sintomas, incluindo: (i) um sintoma de re-experiência do acontecimento traumático (e.g., lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes, sonhos perturbadores recorrentes, *flashbacks*) (Critério B); (ii) três sintomas de evitamento dos estímulos associados ao trauma ou embotamento da reactividade geral (e.g., esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma; esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma; sentir-se

desligado ou estranho em relação aos outros) (Critério C); e (iii) dois sintomas de activação aumentada (e.g., dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir, irritabilidade ou acesso de cólera, resposta de alarme exagerada) (Critério D).

Os dados epidemiológicos sugerem que cerca de 8% dos adultos terão PTSD (APA; 2002), sendo a prevalência diferente em função do tipo de exposição traumática. Por exemplo, cerca de 11,5% das vítimas de acidentes de viação desenvolve PTSD, mas os valores encontrados em vítimas de crimes como a violação oscilam entre 57 e 94% (cf. Maia & Fernandes, 2003).

Um efeito paralelo da experiência de trauma e maltrato, frequentemente associado a sintomas de dissociação e PTSD, é a diminuição da possibilidade de realizar com sucesso as tarefas escolares bem como de ter uma adequação emocional e social que viabilize a integração escolar e a progressão nos estudos. A investigação tem mostrado, de uma forma sistemática, que uma das áreas mais comprometidas em crianças vítimas de cuidados inadequados é a área de realização escolar (e.g. Azevedo & Maia, 2006a), e este efeito permanece e agudiza-se na adolescência, inviabilizando muitas vezes a possibilidade de frequentar o ensino superior.

Em suma, a concepção da perturbação psicológica como um resultado do desenvolvimento sustenta o interesse pela compreensão como as experiências adversas se relacionam com funcionamentos inadaptados. A investigação mostra que, quando se compara crianças, adolescentes e adultos com história adversa com pessoas que não têm essa história, temos uma maior probabilidade de encontrar mais dificuldades especialmente a nível social, emocional e académico/cognitivo entre as vítimas.

O estudo que realizamos compara jovens universitários com jovens que não atingiram esse nível de formação, procurando averiguar quer a prevalência da exposição adversa, quer os sintomas de dissociação e perturbação de stress pós-traumático, partindo de duas hipóteses centrais: os sujeitos com mais história de exposição adversa terão mais sintomas, e os jovens não universitários terão mais exposição adversa e, por isso, mais sintomas.

Metodologia

Participantes

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 200 sujeitos, 98 estudantes universitários e 102 sujeitos em formação profissional. As suas idades variam entre os 18 e os

30 anos, sendo a média de 20.61 ($dp=1.80$; mediana=20). Quanto ao sexo dos participantes, 109 elementos pertencem ao sexo feminino (45%) e 91 ao sexo masculino (55%).

No que respeita à sub-amostra de estudantes universitários, 24 sujeitos são do sexo masculino (24.5%), enquanto 74 pertencem ao sexo feminino (75.5%). As suas idades variam entre os 19 e os 30 anos, sendo a média de 20.71 ($dp=1.96$; mediana=20).

Relativamente ao grupo de sujeitos com formação profissional, 35 (34.3%) são do sexo feminino e 67 (65.7%) são do sexo masculino. As suas idades variam entre os 18 e 27 anos, sendo a média de 20.5 ($dp=1.64$; mediana=20).

Instrumentos

Para avaliar a relação entre adversidade e psicopatologia, procedeu-se à administração de um conjunto de instrumentos, nomeadamente a *Lista de Acontecimentos de Vida* (LAV, *checklist* integrante da CAPS, Clinician –Administered PTSD Scale, Blake et al, 1990, Traduzido por Maia & Fernandes, 2002), o *Early Trauma Questionnaire* (ETQ; Bernstein & Fink, 1997, adaptação portuguesa de McIntyre & Costa, 2004), o *Questionário de Dissociação Peri-traumática* (QDP; Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., 1997, Traduzido por Maia, Fernandes & McIntyre, 2001) e a *Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático* (EARAT; McIntyre, 1993; McIntyre & Ventura, 1996). Além destes instrumentos, incluiu-se também no estudo um item que avaliava o grau de satisfação com a vida dos participantes.

A CAPS é uma entrevista clínica originalmente concebida por Blake que visa e permite estabelecer o diagnóstico de PTSD. No instrumento original consta uma lista de acontecimentos de vida, que foi traduzida por Maia e Fernandes (2002). Foi esta a lista de acontecimentos de vida que utilizámos no nosso estudo (LAV). Esta lista é constituída por 18 itens onde são apresentados alguns acontecimentos (e.g. incêndios, acidentes, violência, morte, entre outros). Cada um dos itens é avaliado numa escala de 4 pontos (“aconteceu-me”, “vi acontecer”, “soube que aconteceu” e “não se aplica”). Neste estudo utilizamos a lista como uma *checklist*, considerando que quanto maior a pontuação obtida pelo indivíduo, mais acontecimentos de vida adversos havia experimentado anteriormente.

O *Early Trauma Questionnaire* (ETQ), por sua vez, foi administrado com o objectivo de avaliar o relato que as pessoas fazem acerca de maus-tratos e os cuidados recebidos durante a infância e adolescência (até aos 15 anos de idade). Neste estudo foram integrados sete situações que devem ser classificadas segundo uma escala de *likert*, e que avaliam a

experiência de maltrato físico (duas questões), maltrato psicológico (uma questão), e abuso sexual (uma questão). As outras três questões avaliam a qualidade dos cuidados recebidos a nível de alimentação, roupa e acompanhamento escolar.

O *Questionário de Dissociação Peritraumática* (QDP) é um questionário composto por 10 itens que visam avaliar a resposta dissociativa durante a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos - *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ). Em Portugal, o instrumento foi traduzido por Maia, Fernandes e McIntyre (2001) e adaptado por Horta-Moreira (2005). No nosso estudo, utilizamos a versão traduzida da escala, constituída por 10 itens que avaliam as experiências dissociativas relacionadas com o acontecimento, cujas possibilidades de resposta se apresentam num escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = nada verdade, 2 = ligeiramente verdade, 3 = algo verdade, 4 = muito verdade e 5 = extremamente verdade).

A *Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático* (EARAT) é constituída por duas partes, correspondendo aos critérios de diagnóstico do DSM-IV para a Perturbação de Stress Pós-Traumático. A primeira parte é descritiva e qualitativa e avalia a exposição a experiências traumáticas (vítima directa ou observador), bem como as respostas envolvidas. A segunda parte é composta por grupos de sintomas e remete para cada um dos critérios de diagnóstico de PTSD, estando dividida em três partes. A primeira, *revivência do acontecimento traumático*, corresponde à fase da intrusão (grupo B dos critérios de diagnóstico, segundo o DSM-IV) e inclui cinco itens. Segue-se a *resposta ao acontecimento*, que avalia respostas de evitamento / entorpecimento, e engloba sete itens (grupo C dos critérios de diagnóstico do DSM-IV). Por último, o agrupamento que avalia *respostas prolongadas*, corresponde à activação e contempla cinco itens (grupo D dos critérios de diagnóstico do DSM-IV).

Segundo o DSM-IV (1994), o sujeito deve responder afirmativamente: a pelo menos uma questão do agrupamento *vivência do acontecimento*; pelo menos três questões do agrupamento *resposta ao acontecimento*; e pelo menos duas questões do agrupamento *respostas prolongadas*. Pode ainda obter-se um total dos sintomas de PTSD, somando-se a pontuação obtida em cada uma das sub-escalas (no total 17 itens).

Finalmente, o nível de satisfação com a vida foi avaliado a partir de uma escala de *lickert*, na qual era pedido aos sujeitos que assinalassem o quanto se sentem satisfeitos com a sua vida numa escala que varia de 0 a 10, sendo o 0 “nada satisfeito” e o 10 “muitíssimo satisfeito”.

Procedimento

No que se refere aos estudantes universitários, após as necessárias autorizações, e obtido consentimento informado, realizou-se a recolha de dados em pequenos grupos.

Para a recolha de dados dos jovens não universitários, foi estabelecido contacto com algumas instituições de ensino profissional. Após as necessárias autorizações, e obtido consentimento informado, realizou-se a recolha de dados em pequenos grupos.

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 efectuaram análises descritivas e inferenciais.

RESULTADOS**História de adversidade na infância**

Conforme referido anteriormente, para averiguar a existência de história de maus-tratos na infância e adolescência (até aos 15 anos) foi administrado o *Early Trauma Questionnaire* (ETQ).

Os resultados que concernem a experiências de abuso e cuidados na infância estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Resultados relativos a experiência de maltrato: ser batido violentamente de modo a ficar com sequelas, ser castigado com violência, ser humilhado e ser abusado sexualmente (amostra total)

	ser batido violentamente n (%)	ser castigado com violência n (%)	ser humilhado n (%)	ser abusado sexualmente n (%)
nunca	183 (91,5%)	162 (81%)	140 (70%)	185 (92,5%)
raramente	10 (5%)	29 (14,5%)	35 (17,5%)	8 (4%)
às vezes	6 (3%)	7 (3,5%)	18 (9%)	1 (0,5%)
frequentemente	0 (0%)	2 (1%)	3 (1,5%)	0 (0%)
muitas vezes	1(0,5%)	0 (0%)	4 (2%)	0 (0%)
Total	200 (100%)	200 (100%)	200 (100%)	194 (97%)

Em relação ao abuso físico, os resultados indicam que a maioria dos sujeitos da amostra total (91,5%) nunca foi agredida violentamente. Além disso, 81% refere nunca ter sido sujeito a castigos violentos durante a infância. Relativamente ao abuso psicológico, 70% da amostra afirma nunca ter sido humilhada por pessoas da família, notando-se que uma percentagem considerável (9%) relata ter sido humilhado pelo menos “às vezes”. A história de abuso sexual é relatada por 9 sujeitos da amostra, verificando-se que 3% dos sujeitos não responde a esta questão.

Quanto à história de cuidados / negligência, a maioria dos sujeitos refere ter recebido roupa e alimentação suficiente “muitas vezes” (84,5% e 86%, respectivamente). Esta percentagem é bastante menor quando nos referimos ao número de sujeitos que recebia acompanhamento escolar por parte da família com bastante frequência (45,5%)(cf. Quadro 2).

Quadro 2. Resultados relativos ao cuidado recebido: alimentação suficiente, roupa necessária (amostra total)

	alimentação suficiente n (%)	roupa necessária n (%)	acompanhamen to escolar n (%)
nunca	5 (2,5%)	2 (1%)	14 (7%)
raramente	2 (1%)	0 (0%)	12 (6%)
às vezes	1 (0,5%)	7(3,5%)	39 (19,5%)
frequenteme nte	18 (9%)	22(11%)	44 (22%)
muitas vezes	172 (86%)	169(84,5%)	91 (45,5%)
Total	200 (100%)	200 (100%)	200 (100%)

Acontecimentos de vida

No quadro seguinte são apresentados os dados relativos ao relato que os sujeitos fazem da exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos.

Quadro 3. Resultados relativos à exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos (LAV) (amostra total)

	<i>Acontecimento</i>	<i>Aconteceu-me</i>	<i>Vi acontecer</i>
1	Experiência Traumática (por exemplo, ferimentos graves, ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)	48 (24%)	27 (13,5%)
2	Desastre natural (por exemplo, inundação, furacão, tornado, tremor de terra)	11 (5,5%)	16 (8%)
3	Fogo ou explosão	17 (8,5%)	56 (28%)
4	Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)	82 (41%)	36 (18%)
5	Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa	16 (8%)	21 (10,5%)
6	Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)	5 (2,5%)	7 (3,5%)
7	Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofeteado, pontapeado, etc.)	34 (17%)	43 (21,5%)
8	Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)	22 (11%)	16 (8%)
9	Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a ter uma actividade sexual pelo uso da força)	8 (4%)	2 (1%)
10	Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável	23 (11,5%)	3 (1,5%)
11	Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)	2 (1%)	5 (2,5%)
12	Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)	3 (1,5%)	2 (1%)
13	Doença ou ferimento que ameaçou a vida	13 (6,5%)	50 (25%)
14	Sufrimento humano intenso	18 (9%)	40 (20%)
15	Morte repentina, violenta (por homicídio, suicídio)	-----	9 (4,5%)
16	Morte inesperada e repentina de alguém próximo (e.g. homicídio ou suicídio)	19 (9,5%)	9 (4,5%)
17	Causar ferimento, dor ou morte a alguém	17 (8,5%)	8 (4%)
18	Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante	57 (28,5%)	12 (6%)

Em relação à exposição a situações potencialmente traumáticas, a primeira constatação que podemos fazer é que 24% dos sujeitos considera que vivenciou uma experiência traumática e 13,5% relata que assistiu a um evento traumático. As experiências mais relatadas pelos sujeitos relata são os acidentes de transporte (41%) e agressão física (17%), seguidas de experiência ou contacto sexual não desejado (11,5%) e ameaça com arma (11%); enquanto os acontecimentos menos relatados são guerra (1%), captura (1,5%), exposição a substância tóxicas (2,5%) e agressão sexual (4%).

Sintomas de Dissociação peri-traumática

Em relação aos sintomas de dissociação recordamos que foram avaliados por um questionário com 10 itens (QDP), em que o sujeito poderia relatar num contínuo desde nada verdade (1) a totalmente verdade (5). No quadro seguinte encontram-se os dados relativos aos resultados nesta escala.

Quadro 4. Resultados relativos ao relato de sintomas de dissociação peri- traumática (QDP) (amostra total)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Dissociação	197	1,00	4,50	1,97	,76

Estes resultados indicam que os sintomas de dissociação têm uma média baixa nesta amostra (1,97).

Sintomas e diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumático

No quadro seguinte encontram-se os dados relativos aos sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático, cujo total pode variar entre 0 e 17.

Quadro 5. Resultados relativos ao relato de sintomas de perturbação de stress pós-traumático (EARAT) (amostra total)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PTSD	168	,00	14,00	3,46	3,71

Para receber o diagnóstico de Perturbação de stress pós traumáticos os sujeitos devem ter pelo menos 1 sintoma de *revivência do acontecimento traumático*, 3 de evitamento e 2 de activação. Os resultados relativos ao diagnóstico de PTSD estão dispostos no quadro 6.

Quadro 6. Resultados relativos ao diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático (EARAT) (amostras parciais e amostra total)

	Em formação profissional	Universitários	Amostra total
	N (%)	N (%)	N (%)
Sem PTSD	64 (78%)	77 (89,5%)	141 (83,9%)
Com PTSD	18 (22%)	9 (10,5%)	27 (16,1%)

A análise dos padrões de resposta dos sujeitos permite concluir que uma percentagem considerável de sujeitos relata sintomas compatíveis com diagnóstico de PTSD (16,1%), sendo esse valor mais elevado nos sujeitos que não atingiram o nível universitário (22%).

Correlação entre variáveis

Sendo um dos objectivos deste estudo averiguar possíveis relações entre variáveis de exposição adversa, sintomas actuais e satisfação com a vida, procedemos à realização de um coeficiente de correlação (Spearman), cujos resultados estão disponíveis no quadro seguinte.

Quadro 7. Matriz de correlação da “Lista de Acontecimentos de vida”, “Early trauma questionnaire”, “Questionário de Dissociação Peri-traumática”, “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático” e satisfação com a vida (amostra total)

	LAV	Abuso/cuidado	Dissociação	PTSD
	r_{sp}	r_{sp}	r_{sp}	r_{sp}
Abuso/cuidado	.13 ⁺			
r_{sp}				
Dissociação	.42***	.32***		
r_{sp}				
PTSD	.12	.20*	.43***	
r_{sp}				
Satisfação com a vida	,02	-,26**	-,16*	-,17*
r_{sp}				

+ $p < .10$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

O teste de Spearman revela que há correlação marginalmente significativa e positiva entre trauma na infância e acontecimentos de vida traumáticos ($r_{sp}=.13$, $p<.10$), existindo, portanto, uma tendência para que a vivência de maus-tratos e cuidados inadequados esteja associada a acontecimentos de vida traumáticos. Além disso, há uma correlação positiva e significativa entre acontecimentos de vida traumáticos e sintomas de dissociação peri-traumática ($r_{sp}=.42$, $p<.001$). Assim, indivíduos que experienciam mais acontecimentos de vida traumáticos relatam mais sintomas de dissociação peri-traumática.

Verifica-se ainda uma correlação positiva e significativa entre maus-tratos na infância e dissociação peri-traumática ($r_{sp}=.32$, $p<.001$), pelo que as experiências negativas na infância estão associadas a mais sintomas de dissociação peri-traumática.

Uma outra relação que deu origem a correlação positiva ($r_{sp}=.20$, $p<.05$), foi a estabelecida entre exposição adversa na infância e os sintomas de PTSD. Deste modo constata-se que os sujeitos que relatam mais experiências negativas na infância são aqueles que têm mais sintomas de stress pós traumático.

A relação que se observa entre os sintomas de dissociação peri-traumática e os sintomas de PTSD é igualmente significativa e positiva ($r_{sp}=.43$, $p<.001$), ou seja, os sujeitos com mais dissociação nos momentos de stress são aqueles que mostram mais sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Finalmente, verifica-se que a satisfação com a vida está negativamente correlacionada com as experiências adversas na infância e os sintomas actuais, sendo de destacar que parecem ser as experiências vividas na infância que estabelecem relações mais fortes (e negativas) com a satisfação com a vida ($r_{sp}=-.26$, $p<.01$).

Diferenças entre grupos em função do nível de formação

No quadro seguinte apresentam-se os resultados do teste de Mann Whitney. Que espelham um outro grande objectivo deste estudo, nomeadamente o de averiguar se existem diferenças entre os jovens portugueses quando se compara sujeitos em formação universitária com sujeitos em formação profissional.

Quadro 8. Teste de Mann Whitney para verificar se existem diferenças ao nível das diferentes variáveis

	Formação Profissional	Formação universitária	Z
	Ordem média	Ordem média	
Acontecimentos de Vida (LAV)	89.98	98.24	-1.04
Maltrato na infância (ETQ)	107.92	84.60	-2.97**
Dissociação Peri-traumática QDP	108.99	88.70	-2.50*
PTSD	88.36	80.82	-1.03
Satisfação com a vida	92,97	105,22	-1,55

**p<.01 *p<.05

O teste de Mann-Whitney revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas ao nível dos acontecimentos de vida adversos quando se compara estudantes universitários e indivíduos com formação profissional ($Z = -1.04$, n.s.). Pelo contrário, o mesmo teste revelou existirem diferenças estatisticamente significativas ao nível do relato que estudantes universitários e indivíduos com formação profissional fazem acerca de maus-tratos e os cuidados recebidos durante a infância e adolescência ($Z = -2.97$, $p < .01$). Mais especificamente, indivíduos com formação profissional referem com maior frequência a vivência de maus-tratos e cuidados de menor qualidade na infância e adolescência do que os estudantes universitários. Do mesmo modo, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da resposta dissociativa durante a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos entre estudantes universitários e indivíduos com formação profissional ($Z = -2.50$, $p < .05$). Com efeito, indivíduos com formação profissional referem ter experienciado mais dissociação peri-traumática do que os estudantes universitários. Quanto à resposta a acontecimentos traumáticos e satisfação com a vida, verifica-se que não há diferenças entre estudantes universitários e indivíduos com formação profissional ($Z = -1.03$, n.s.; $Z = -1.55$, n.s.), embora se constate valores mais elevados de PTSD nos jovens em formação profissional (que têm médias mais baixas de satisfação com a vida).

Discussão dos resultados

Um dos objectivos deste estudo era conhecer a prevalência de experiências adversas vividas na infância, bem como a exposição a outras situações potencialmente traumáticas. Os nossos resultados sugerem que alguns sujeitos relatam experiências de abuso e negligência vividas no seio da sua família, mas este número nunca é muito elevado. As experiências de ser castigado com violência e ser humilhado são aquelas que apresentam maiores valores. Em relação às experiências de cuidado, parece ser a nível do acompanhamento escolar que a negligência mais ocorre.

Para além das experiências vividas na infância, no seio familiar, avaliamos a exposição a situações potencialmente traumáticas, tendo-se verificado que existe uma exposição relativamente elevada (41% relatam a situação mais frequente). Estes valores, apesar de tudo, não se afastam dos obtidos por Breslau e Davis (1992) que estudaram 1007 jovens adultos, tendo verificado que 394 sujeitos relataram ter experienciado um acontecimento traumático durante as suas vidas, o que corresponde a 39,1% por eles estudados. De modo consistente com o que se conhece da realidade portuguesa, são os acidentes de transporte (provavelmente de viação) que constituem a maior percentagem de causa para exposição traumática. Em relação aos sintomas de PTSD, e considerando que existe um total de 17 sintomas que podem ser relatados, a média de sintomas de PTSD observada neste estudo (3,46) mostra que a prevalência de sintomas é considerável.

Quanto à presença de sintomas compatíveis com o diagnóstico de PTSD, no mesmo estudo que antes referimos, Breslau, Davis, Andreski e Peterson (1991) estimaram uma prevalência de 9%, enquanto os nossos dados apontam para 27 sujeitos afectados (16,1%). Esta percentagem mais elevada pode decorrer das diferenças metodológicas ou do tipo de acontecimentos a que os sujeitos foram expostos. Outros sintomas que avaliámos foram o de resposta peri-traumática em momentos de stress. A média dos sintomas de dissociação (média de 1,97 numa escala de 1 a 5), sugere que os sintomas de dissociação não são muito elevados, mas existem.

A avaliação, num item único, da satisfação com a vida, revelou que os jovens que participaram neste estudo estão predominantemente satisfeitos com a vida (numa escala de 0 a 10 a média é de 7,15) e apenas 7,6% avaliam a sua satisfação com a vida de uma forma negativa.

Para além da avaliação da prevalência de exposição e da prevalência de sintomas, este estudo procurava averiguar se existia relação entre a exposição adversa e sintomas

actuais. Os nossos resultados indicam que essa relação existe, e que há uma tendência para os sujeitos com histórias mais adversas na infância relatarem mais exposição traumática ao longo da vida. Este dado é consistente com algumas investigações que mostram que o abuso na infância aumenta a probabilidade de vitimizações posteriores

A relação entre exposição e dissociação peri-traumática que encontramos neste estudo está de acordo com o que se sabe: a história prévia de trauma é uma das variáveis mais conhecida e frequentemente associada ao desenvolvimento de perturbação aguda de stress e PTSD (Blanchard, Hickling, Taylor, Loos & Geradi, 1994; Blanchard, Hickling, Taylor, Loos, Forneris & Jaccard, 1996; Barton, Blanchard & Hickling, 1996). A tendência para os indivíduos responderem com dissociação perante o trauma, segundo Spiegel e Cardena (1991; cit. Barton, Blanchard & Hickling, 1996), está associada com a experiência de traumas repetidos em fases precoces da vida. Salientamos ainda as relações negativas entre exposição adversa na infância, sintomas e satisfação com a vida, o que mostra a forma como as experiências desenvolvimentais têm impacto ao longo da vida.

A comparação entre os dois grupos revelou diferenças significativas quer em relação à história de abuso, quer em relação à dissociação peri-traumática, sendo os sujeitos que não atingiram o nível universitário aqueles que revelam valores mais elevados. Estes dados estão de acordo com a nossa hipótese, atendendo aos conhecidos efeitos da adversidade na infância e sintomatologia a ela associada sobre a capacidade de adaptação escolar e sucesso académico. As diferenças não se verificam a nível da PTSD, mas é necessário salientar que neste estudo uma variável muito importante para a prevalência de PTSD pode estar aqui a interferir nestes resultados: De facto sabe-se que é no sexo feminino que normalmente se observam os valores mais elevados de PTSD e neste estudo a percentagem de jovens do sexo feminino é muito mais elevado na sub-amostra dos universitários e muito mais baixo na sub-amostra dos jovens em formação profissional. Assim, pode estar a observar-se um efeito do género que obscurece outros efeitos.

CONCLUSÃO

Este estudo tem várias limitações, nomeadamente em relação ao número de sujeitos e distribuição dos sujeitos por ambos os sexos nos dois grupos, o que pode dificultar algumas conclusões. Nesse sentido o nosso grupo de investigação está a trabalhar de modo a ampliar a amostra e estudar outros grupos potencialmente ainda mais expostos a adversidade, para além

de avaliar outras dimensões do funcionamento actual. Apesar destas limitações, os resultados indicam que a história de cuidados inadequados na infância está relacionada com sintomas actuais, e que os sujeitos que não atingem o nível universitário se diferenciam dos jovens universitários, quer na adversidade vivida, quer nos sintomas. Estes dados devem contribuir para uma reflexão sobre as medidas que devem ser consideradas, de modo a diminuir a probabilidade de ocorrência de experiências negativas na infância e/ou atenuar os seus efeitos nos sujeitos que delas foram vítimas. Para além disso, o número de jovens deste estudo que já passou pela situação potencialmente traumática que é um acidente, mostra que os acidentes de viação não só são a primeira causa de morte nos jovens desta idade, como também são um factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologia.

Em suma, reconhecer o problema do maltrato na infância e dos acidentes de viação, denunciá-los e procurar diminuí-los, deve constituir-se como um objectivo para todos.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2000-2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Azevedo, M.C. & Maia, A. C. (2006a). Maus-tratos e rendimento académico num meio sócio-económico desfavorecido. *Infância e Juventude*, 1, 27-58

Azevedo, M. C. & Maia, A. C. (2006b). *Maus-tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi.

Bernstein, D.P, & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.,

Blake, D.D.; Weathers, F.W., Nagy, L. M. (1990). A Clinician Rating Scale for Assessing Current and Lifetime PTSD: The CAPS 1. *Behavior Therapist* 13:187-188.

Blanchard, E. & Hickling, E (1997). *After The Crash: Assessment and Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors*. Washington: APA.

Blanchard, E., Hickling, E., Buckley, T., Taylor, A., Volmmer, A. & Loos, W. (1996). Psychophysiology of posttraumatic stress disorder related to motor vehicle accidents: Replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 742-751.

Barton, K.A. Blanchard, E.B & Hickling, E.J. (1996). Antecedents and consequences of acute stress disorder among motor vehicle accident victims, *Behaviour Research and Therapy* 34, 805-813.

Bremner, J., & Brett, E., (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 37-49.

- Bremner, J., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., & Charney, D. (1992). Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Combat Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332
- Breslau, N., Davis, G. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 400- 422.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Cardeña, E., & Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, 150, 474-478.
- Carlson, E., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma Experiences, Posttraumatic Stress, Dissociation, and Depression in Cambodian Refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1548-1451.
- Chapman, D., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V. J& Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders* , 82, 217-225
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addict Behavior*, 27,:713-25.
- Edwards VJ., Holden, G.W., Felitti, V.J. & Anda, M.D. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences Study. *American Journal of Psychiatry* 160:1453-1460.
- Éthier, L. Lemelin, J.P. & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems, *Child Abuse and Neglect*, 28, 1265-1278
- Figueiredo, B; Fernandes, E; Matos, R.; Maia, A. (2001). Maus tratos na infância: Trajectórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na idade adulta. In R.A. Gonçalves e C. Machado (coord), *Violência e vítimas de crimes*. Vol. 1. Coimbra. Quarteto.
- Gunnar, M. R. (2000). Early adversity and the development of stress reactivity and regulation. In C.A. Nelson (Ed). *The effects of adversity on neurobehavioral development*. *Minnesota Symposia on Child Psychology*, Volume 31, (pp 163-200).

- Horta-Moreira, S. (2004). *Bombeiros e Episódios de Emergência Pré-Hospitalar: O Impacto da Exposição a Acontecimentos Traumáticos*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Maia, A. & Fernandes, E (2003). Epidemiologia da perturbação pós- stress traumático e avaliação da resposta ao trauma. In M.G. Pereira & M. Ferreira (Eds). *Stress Traumático* (pp. 35-54). Lisboa. Climepsi Editores.
- Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e saúde. In C.L.Pires (Ed.) *Stress traumático. Modelos, abordagens e Práticas*. Leiria: ADFa, Editorial Presença
- Marmar, C. (1997). Trauma and dissociation. *PTSD Research Quarterly*, 8, 2-8.
- Marmar, C., Weiss, D., & Metzler, T. (1997). The peritraumatic dissociative experience questionnaire. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 413-428). New York: The Guilford Press.
- Marmar, C., Weiss, D., Schlenger, W., Fairbank, J., Jordan, K., Kulka, R., & Hough, R. (1994). Peritraumatic dissociation and Posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry* 151, 902-907.
- Marmar, C., Weiss, D., Metzler, T., & Delucchi, K., (1996) Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry* 153, 94-102.
- Martínez Roig, A & Paúl Ochotorena, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- McIntyre, T., & Ventura, M. (1996). Escala de Avaliação da Resposta ao acontecimento Traumático: Versão Adolescentes. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, IV*, 567-576.
- Shalev, A., Peri, T., Caneti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors. *American Journal of Psychiatry*, 53, 219-224.
- Trickett, PK, & C. McBride-Chang (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311-337.
- van der Kolk, B., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Review and experimental confirmation. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- van der Kolk, B, van der Hart, O., & Marmar, C. (1996a). Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. In B. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 303-327). New York: The Guilford Press.