



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E
POLÍTICAS PÚBLICAS

JOCÉLIA MEDEIROS XIMENES

**EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA COMO PREDITORAS DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E DE ESTRESSE EM JOVENS ADULTOS**

SOBRAL/CE

2021

JOCÉLIA MEDEIROS XIMENES

**EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA COMO PREDITORAS DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E DE ESTRESSE EM JOVENS ADULTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Psicologia e Políticas Públicas. Área de concentração: Clínica, Saúde e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr^a. Maria Suely Alves Costa.
Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo da Silva Maia.

SOBRAL/CE

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

X34e Ximenes, Jocelia Medeiros.

Experiências Adversas na Infância como preditoras de Sintomas Depressivos, Ansiosos e de Estresse em jovens adultos / Jocelia Medeiros Ximenes. – 2021.

130 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas, Sobral, 2021.

Orientação: Profa. Dra. Maria Suely Alves Costa.

Coorientação: Prof. Dr. Rodrigo da Silva Maia.

1. Experiências Adversas na Infância. 2. Desenvolvimento Infantil. 3. Depressão. 4. Ansiedade. I. Título.

CDD 302.5

JOCÉLIA MEDEIROS XIMENES

EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA COMO PREDITORAS DE SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E DE ESTRESSE EM JOVENS ADULTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestra em Psicologia e Políticas Públicas. Área de concentração: Clínica, Saúde e Políticas Públicas.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Maria Suely Alves da Costa (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Rodrigo da Silva Maia (Coorientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Miguel Basto Pereira

Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA)

Prof. Dr^a. Darlene Pinho Fernandes de Moura

Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de tudo à Deus por me conceder saúde física e mental para prosseguir nessa caminhada, por sempre estar comigo nos momentos mais difíceis e ser minha força.

Aos meus pais, Edvaldo e Célia, por todo incentivo e dedicação de uma vida inteira para que eu conquistasse os meus objetivos. Vocês são a minha fonte inspiradora.

À minha irmã, Mariana, por toda inspiração e motivação para continuar essa jornada e por me acolher em todos os momentos. Você é luz na minha vida.

À minha orientadora, Dra Suely Alves, por todo ensinamento e paciência nessa condução e pelo presente de desenvolver esta pesquisa, que me possibilitou expandir os conhecimentos sobre as experiências adversas na infância e seus efeitos na idade adulta.

Agradecer também ao meu coorientador, Dr Rodrigo Maia, pelas horas dedicadas, bem como pelas orientações, colaboração, carinho e leveza nos momentos complicados.

Aos docentes do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, por tornarem esse percurso mais humano, ético e reflexivo. Sem dúvida, vocês possibilitaram o meu crescimento para além do profissional.

Aos profissionais e jovens que aceitaram colaborar com a pesquisa.

Aos membros da banca de qualificação e defesa pela disponibilidade, atenção e contribuições.

Ao meu amor, Heyder Sampaio, pela demonstração de carinho, companheirismo e incentivo. Sua presença na minha vida me dá forças para continuar nessa caminhada.

E, obrigada a mim por não desistir quando acreditei que não fosse capaz e por aceitar viver essa experiência enriquecedora e desafiadora que me fez uma profissional mais capacitada.

RESUMO

XIMENES, Jocelia Medeiros. Experiências adversas na infância como preditoras de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse em jovens adultos. 2021. 129f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicologia e Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2021.

Introdução: As Experiências Adversas na Infância (EAIs) vêm sendo cada vez mais estudadas em suas diversas formas devido às suas sérias e duradouras repercussões cumulativas a médio e longo prazo na vida dos indivíduos. Apesar da robusta produção internacional sobre essa temática, no Brasil, a abordagem conjunta destas experiências ainda é escassa. Visando contribuir para um maior aprofundamento da discussão em nosso meio, esta Dissertação tem como objetivo geral: Avaliar as Experiências Adversas na Infância como preditora dos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse em jovens adultos. **Método:** É uma pesquisa quantitativa, exploratória, transversal e psicométrica, composta por quatro estudos. O primeiro estudo, uma revisão sistemática, revisa os últimos cinco anos da literatura científica no que tange artigos sobre experiências adversas infantis (EAI) e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, publicados em revistas, periódicos, bases de dados e bibliotecas virtuais. O segundo estudo consiste em um artigo que versa sobre as propriedades psicométricas da escala Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21), intitulado “Ansiedade, Depressão e Estresse: Um estudo com jovens adultos na região norte do Ceará”. O terceiro artigo que compõe esta dissertação refere-se às análises de correlação e diferença entre a escala EADS-21 e o questionário Adverse Childhood Experience – ACE, cujo nome é “Um estudo sobre as variáveis de predição e diferença de Experiências Adversas na Infância para sintomas ansiosos, depressivos e de estresse”. E, para encerrar este estudo o quarto artigo apresentado tem como título “A estabilidade do Questionário Adverse Childhood Experience - ACE: Avaliando o nível de concordância do instrumento”. **Resultados:** No primeiro estudo “Experiências Adversas na Infância como preditoras de Transtornos de Humor e outras comorbidades em jovens adultos” foram selecionados 13 artigos para revisão, que confirmaram a existência do aumento na probabilidade de ocorrência de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse em indivíduos que vivenciaram experiências adversas durante a infância. Os resultados do segundo estudo apontaram que a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EADS-21) apresentou boas evidências psicométricas, sendo o Alfa de *Cronbach* desta pesquisa de .94. Já o terceiro estudo indicou a existência de correlações significativas entre aquelas e estes, demonstrando uma porcentagem de 32,5% de predição. Por fim, o quarto artigo evidenciou a estabilidade de tal instrumento no tempo por meio do teste estatístico Kappa. **Conclusão:** Diante do exposto, infere-se que a presente dissertação constitui um estudo até então pouco desenvolvido para a região norte do estado do Ceará, em que se verificou as evidências psicométricas dos instrumentos, bem como a relação de predição entre as variáveis (experiências adversas na infância e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse) e seus resultados apontaram para um efeito negativo das diversas formas de experiências adversas na infância sobre os sintomas depressivos, ansiosos e de estresse na idade adulta.

Palavras-chave: Experiências Adversas na Infância, Desenvolvimento Infantil, Depressão, Ansiedade.

ABSTRACT

XIMENES, Jocelia Medeiros. Adverse childhood experiences as predictors of depressive, anxiety and stress symptoms in Young adults: psychometric parameters. 2021. 80f. Dissertation (Professional Master in Psychology and Public Policy) – Federal University of Ceará, Sobral, 2021.

Introduction: Adverse Childhood Experience (ACEs) have been increasingly studied in their various forms due to their serious and long-lasting cumulative repercussions in the medium and long term in the lives of individuals. Despite the robust international production on this theme, in Brazil, the joint approach to these experiences is still scarce. Aiming to contribute to a greater deepening of the discussion in our environment, this Dissertation aims to: Evaluate Adverse Childhood Experiences as a predictor of depressive, anxiety and stress symptoms in Young adults. Method: It is a quantitative, exploratory, transversal and psychometric research, consisting of three studies. The first study, a systematic review, reviews the last five years of scientific literatura regarding articles on adverse childhood experiences (ACEs) and depressive, anxiety and stress symptoms, published in magazines, journals, databases and virtual libraries. The second study consists of an article that deals with the psychometric properties of the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21), entitled “Anxiety, Depression and Stress: A study with Young adults in the northern of Ceará”. The third article that composes this dissertation refers to the correlation and difference analysis between the EADS-21 scale and the Adverse Childhood Experience – ACE questionnaire, whose name is “A study on the prediction and difference variables of Adverse Childhood Experience for anxiety, depressive and stress symptoms”. And, to conclude this study, the fourth article presented is entitled “The stability of the Adverse Childhood Experience Questionnaire – ACE: Assessing the instrument’s level of agreement”. Results: In the first study “Adverse Childhood Experience as predictors of Mood Disorders and Other comorbidities in Young adults”, 13 articles were selected for review, which confirmed the existence of an increased probability of occurrence of depressive, anxiety and stress symptoms in individuals who had adverse experiences during childhood. The results of the second study indicated that the Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS-21) presented good psychometric evidence, with the Cronbach’s Alpha of this research being .94. The third study, indicated the existence of significant correlations between them and these, demonstrating a prediction percentagem of 32,5%. Finally, the fourth article evidenced the stability of such an instrument over time through the Kappa statistical test. Given the above, it is inferred that this dissertation constitutes a study so far underdeveloped for the northern region of the state of Ceará and its results pointed to a negative effect of diferente forms of adverse childhood experiences on depressive, anxiety and depression symptoms, stress in adulthood.

Keywords: Adverse Childhood Experience, Child Development, Depression, Anxiety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quantidade de artigos encontrados e selecionados, de acordo com critérios de seleção (inclusão e exclusão). Sobral, Ceará, Brasil, 2020.	45
Figura 2. Análise de Diferença.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Dados bibliométricos dos artigos revisados	46
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Categoria, questões e pontuações do Questionário ACE	36
Tabela 2. Características sociodemográficas	32
Tabela 3. Análise Descritiva da Amostra	84
Tabela 4. Avaliação das dimensões dos instrumentos avaliados (EADS-21 e ACE)	86
Tabela 5. Classificação das dimensões do EADS-21	87
Tabela 6. Avaliação das dimensões dos instrumentos avaliados (ACE)	87
Tabela 7. Comparação entre grupos de sexo (feminino e masculino) em função da abuso sexual (Teste U de Mann-Whitney)	88
Tabela 8. Comparação entre grupos de ter uma religião (sim e não) em função da componente total EADS-21 e das sub-escalas (ansiedade, depressão e estresse) e em função das experiências adversas na infância (ACE) componente total e a subescala de abuso emocional	88
Tabela 9. Comparação entre grupos de ter problemas com a policia (sim e não) em função da componente total EADS-21 e da sub-escala de ansiedade e da subescala de abuso emocional do ACE (Teste U de Mann-Whitney)	89
Tabela 10. Comparação entre grupos de ter problemas problema grave de doença mental (sim e não) em função da componente total EADS-21, subescala escala depressão, componente total ACE, abuso emocional e abuso sexual. (Teste U de Mann-Whitney).....	89
Tabela 11. Comparação entre grupos de prática de esportes (sim e não) em função da componente total EADS-21 da sub-escala depressão. (Teste U de Mann-Whitney)	90
Tabela 12. Correlação entre o ACE e demais variáveis.	90
Tabela 13. A regressão linear simples demonstrou que a ACE prevê EADS-21.....	90
Tabela 14. A regressão múltipla demonstrou que religião, doença mental, uso de drogas predizem ACE.....	91
Tabela 15. Categoria, questões e pontuações do Questionário ACE	107
Tabela 16. Características sociodemográfica.....	108
Tabela 17. Descrição Estatística de Experiências Adversas na Infância nos Dois Tempos.	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACEs	Adverse Childhood Experiences
AFE	Análise Fatorial Exploratória
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFA	Análise Fatorial Confirmatória
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
EADS-21	Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse
EAI	Experiências Adversas na Infância
HPA	Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
RS	Revisão Sistemática
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 REVISÃO DE LITERATURA	14
1.1 Histórico e Definições das Experiências Adversas na Infância	14
1.2 Prevalências, Distribuição e Coocorrência das Experiências Adversas na Infância no Mundo e no Brasil	17
1.3 Consequências Negativas das Experiências Adversas na Infância: Sintomas Depressivos, Ansiosos e de Estresse	19
1.3.1 <i>Sintomas depressivos, ansiosos e de estresse</i>	20
1.4 Principais modelos explicativos para os efeitos das Experiências Adversas na Infância sobre os sintomas depressivos, ansiosos e de estresse.....	26
2 JUSTIFICATIVA	28
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo Geral:	29
3.2 Objetivos Específicos:	29
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 Desenho do estudo.....	30
4.2 Amostra.....	30
4.3 Perfil Geral da Amostra	31
4.3.1 <i>Participantes</i>	31
4.4 Instrumentos.....	34
4.5 Análise Estatística	39
5 RESULTADOS.....	39
5.1 Artigo 1	40
5.2 Artigo 2.....	57
5.3 Artigo 3.....	66
5.4 Artigo 4.....	92
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	113
ANEXOS	1231

INTRODUÇÃO

Esta Dissertação faz parte da pesquisa “An Internacional Study of Pro/Antisocial Behavior in Young Adults: Cross-Cultural Research” (Basto-Pereira, Queiroz-Garcia, Maciel, Leal, & Gouveia-Pereira, 2019) coordenada pelo Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida - ISPA – Portugal e liderada no Brasil pelo curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, sob título “Estudo Internacional sobre Comportamentos Pró/antissociais no início da idade adulta (SOCIALDEVIANCE1820) – Brasil 2018”. O objetivo principal desta pesquisa foi investigar e aprofundar o entendimento do efeito de experiências adversas na infância e adolescência nos comportamentos e atitudes pró/antissociais. A abordagem metodológica delineada foi quantitativa, exploratória e transversal, e a população contemplada foi os jovens adultos com idade entre 18 e 20 anos, residentes na região norte do estado do Ceará.

As Experiências Adversas na Infância (EAIs), do inglês *Adverse Childhood Experiences (ACEs)*, vêm ganhando notoriedade a partir dos anos 90. Segundo Felitti et al. (1998) o termo faz referência a um conjunto de eventos precoces e estressantes que a criança pode experimentar, sendo estes classificados em: violências em geral, negligências e ambiente familiar disfuncional. Ademais, os autores reiteram que o estresse intenso e constante advindo destas experiências pode estar associado à adoção de comportamentos de risco e a problemas de saúde física e mental, bem como impactar de forma direta o desenvolvimento neuronal (Bellis, Leckenby, Hughes, & Harrison, 2014). Além disto, outra característica que as envolve é a sua ocorrência de forma conjunta, ou seja, a exposição a mais de uma adversidade de maneira simultânea, coocorrendo. Em suma, uma criança pode ser abusada sexualmente e sofrer abuso psicológico simultaneamente (Bright & Thompson, 2018).

Diante de tais constatações, esta pesquisa teve como objetivo principal avaliar as Experiências Adversas na Infância como preditoras dos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse em jovens adultos residentes na região norte do estado do Ceará. Além de investigar a relação de correlação entre as variáveis EAI, sintomas depressivos, ansiosos e de estresse na idade adulta e as variáveis sociodemográficas com as anteriores.

Como será visto adiante, trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, transversal e psicométrico, com dados coletados entre agosto e dezembro de 2019, em

uma escola de ensino médio pública, uma universidade pública e duas universidades privadas, no município de Sobral e Reriutaba. A coleta foi realizada em sala de aula, por meio de questionários estruturados de autopreenchimento com questões concernentes às variáveis investigadas, sendo a amostra selecionada de forma não probabilística, na qual cerca de 200 jovens adultos participaram.

A Dissertação está organizada em oito seções: Revisão de Literatura, Justificativa, Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados, Considerações Finais, Referências e Anexos. A Revisão de Literatura contempla a relação entre EAI e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse e é composta por 4 subseções que abordam o histórico e algumas definições das EAI encontradas na literatura; prevalência, distribuição e coocorrência das experiências adversas na infância no mundo e no Brasil; as consequências negativas das EAI na saúde a médio e longo prazo; e os principais modelos explicativos dos efeitos das EAI sobre os sintomas depressivos, ansiosos e de estresse.

Após a Revisão de Literatura, avança-se para a Justificativa da realização desta pesquisa, o objetivo principal e os específicos. Na quarta seção são apresentados os Materiais e Métodos para a realização do estudo. Nesta, são descritos o desenho e cenário da pesquisa, população de estudo, aspectos relacionados à coleta de dados e processamento dos dados. Já na seção Resultados, serão apresentados os manuscritos “Experiências Adversas na Infância como preditores de Transtornos de Humor e outras comorbidades em jovens adultos”, submetido e aceito para publicação na revista *Saúde e Desenvolvimento Humano*; “Ansiedade, Depressão e Estresse: Um estudo com jovens adultos na região norte do Ceará”, publicado na Ata do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (ISBN: 978-989-8384-58-4); “Experiências Adversas na Infância como Preditora de Sintomas Ansiosos, Depressivos e de Estresse em jovens adultos” e “A estabilidade do questionário *Adverse Childhood Experience – ACE*: Avaliando o nível de concordância do instrumento” a serem submetidos posteriormente a uma revista científica. Em seguida, apresentam-se as Considerações Finais da Dissertação, as Referências Bibliográficas e os Anexos.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Histórico e Definições das Experiências Adversas na Infância

As experiências adversas na infância são eventos estressantes ou traumáticos experimentados antes dos 18 anos e são divididos em três categorias: abuso, negligência e disfunção familiar (Anda et al., 2006). Há uma relação dose-resposta entre o número de EAIs e as consequências negativas à saúde de forma que, quanto maior a exposição maiores as chances de desenvolver uma doença ou comportamento de risco (Hughes et al. 2017).

Eventos adversos ocorrendo durante a infância são notavelmente prevalentes na população em geral, na qual 53,4% dos adultos em um estudo epidemiológico experimentaram pelo menos uma forma de adversidade infantil antes dos 18 anos (Liu, 2017).

Além disso, tais eventos variam em gravidade, cronicidade, comumente ocorrem no ambiente familiar ou social da criança e causam danos ou sofrimento, prejudicando a saúde física e psicológica e o desenvolvimento dela (Kalmakis & Chandler, 2015). Podem afetar a saúde e o bem-estar das crianças, não se restringindo ao momento em que ocorrem, mas também em outras fases do desenvolvimento e são reconhecidos como um problema de saúde pública (Felitti et al. 1998; Kalmakis & Chandler, 2015). Os estudos desenvolvidos por estes autores têm verificado que as EAIs são simultaneamente comuns e destrutivas, mesmo nos primeiros anos de vida. O que as torna um fenômeno de extrema influência na saúde e no bem-estar dos indivíduos (Felitti et al. 2019).

As experiências adversas na infância (EAIs), embora sejam um problema presente nas sociedades há séculos, ganhou notoriedade nas pesquisas em saúde apenas na década de 90 do século XX. Os primeiros estudos que investigaram o impacto das experiências adversas na infância sobre o estado de saúde na idade adulta foram liderados por Felitti et al. (1998) – pesquisadores pertencentes ao Instituto *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, os quais comprovaram a existência de uma densa correlação entre estas e comportamentos de risco na fase adulta (alcoolismo, uso de drogas ilícitas, depressão, suicídio, obesidade grave).

Os resultados preliminares advindos do *The Adverse Childhood Experiences Study (ACEs Study)*, forneceram embasamento sobre o impacto de apenas duas formas de adversidade, a saber: abuso sexual e abuso físico a longo prazo. No entanto, os pesquisadores perceberam a necessidade de integrar outros tipos de eventos ao rol das experiências adversas na infância, tais como: abuso emocional, negligência física,

negligência emocional, abuso de drogas e/ou álcool pelos pais, violência doméstica, membro da família encarcerado, entre outros, que podem ocorrer no ambiente familiar (Hughes et al. 2017; Kalmakis & Chandler, 2015).

A partir destes resultados, os pesquisadores do Grupo norte-americano *CDC*, construíram um questionário de autopreenchimento para adultos (questionário *ACE*), com idade igual ou superior a 18 anos, baseado nas recordações das experiências adversas durante a infância. Tal questionário é um instrumento autoaplicável que pretende avaliar a ocorrência de EAIs. Esta avaliação é feita por meio de 10 categorias, divididas em diretas e indiretas.

Tal produção possibilitou estimar um cenário das EAIs mais prevalentes, assim como o perfil de coocorrência destas que, por sua vez, revelou o deletério efeito cumulativo a médio e longo prazo. Como é destacado pelos autores em suas publicações iniciais, à proporção que as EAIs são vivenciadas de forma conjunta, maior a probabilidade de o indivíduo relatar problemas no seu desenvolvimento (Felitti et al. 1998).

À luz dessas constatações, outros estudos foram sendo desenvolvidos e seus achados têm constituído um campo científico sólido de evidências que confirmam o impacto deletério das experiências adversas na infância sobre a saúde de suas vítimas a médio e longo prazo. A esse respeito, uma revisão sistemática realizada confirmou que a exposição à violência na infância pode apresentar entre seus desfechos clínicos negativos, o aparecimento de queixas ou problemas psicológicos nas vítimas, sendo os sintomas depressivos, ansiosos e o transtorno de estresse pós-traumático os mais citados pela literatura (Ximenes, Costa & Maia, No Prelo). Dados ratificados pela metanálise produzida por Humphreys et al. (2020), composta por 68.830 indivíduos, em que se verificou a correlação positiva entre EAIs e sintomas depressivos e/ou diagnóstico de depressão.

Ainda neste escopo, Hughes et al. (2017) sintetizaram indícios acerca do efeito de ser exposto a várias EAIs e mediram sua extensão sobre comportamentos de estilo de vida e condições de saúde que desafiam a saúde pública globalmente, a exemplo do sedentarismo, tabagismo, obesidade, diabetes, uso excessivo de álcool, uso problemático de drogas, doenças cardíacas e respiratórias e doença mental. Tal investigação indicou um expressivo aumento na probabilidade de ocorrência para todos os fatores de risco, entre os indivíduos que relataram exposição a quatro ou mais formas de adversidade. Na mesma direção, a revisão desenvolvida por Liming & Grube (2018),

demonstrou o potencial efeito cumulativo de exposição a várias experiências adversas, ou seja, três ou mais, impactando negativamente no desenvolvimento fisiológico e neurológico, bem como nos problemas comportamentais, tanto externalizantes (agressão, impulsividade) quanto internalizantes (ansiedade, depressão, queixas somáticas).

Perante as constatações trazidas pelas pesquisas, em que é evidenciado o impacto danoso que as experiências adversas na infância podem provocar a médio e longo prazo na vida de suas vítimas, torna-se fundamental o entendimento de tais relações e o conhecimento de como estes eventos se apresentam no Brasil e no mundo.

1.2 Prevalências, Distribuição e Coocorrência das Experiências Adversas na Infância no Mundo e no Brasil

Os indicadores acerca das EAIs variam conforme os diferentes contextos e culturas, já que, são diretamente influenciados pela sua conceitualização, pelos instrumentos que as afere, pelo tempo decorrido entre tais experiências e sua recordação e pelas características da amostra estudada (Kalmakis & Chandler, 2014). Ainda de acordo com estes autores, vale ressaltar também a influência de fatores sociodemográficos e padrões sociais, incluindo desemprego, renda, escolaridade e estilos parentais, desempenhando papel na disposição dessas prevalências (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2006).

Outro fator condicionante para ocorrência de algumas EAIs diz respeito ao gênero. Comumente as mulheres têm maior probabilidade de apresentar mais EAIs do que os homens (Felitti et al. 1998; Lira et al., 2017; Liu, 2017). Com base nos dados disponíveis no *Mapa da violência: crianças e adolescentes do Brasil* (Waiselfisz, 2012), é possível verificar que em todas as faixas etárias (<1 a 19 anos) prepondera o atendimento por violências do sexo feminino (Waiselfisz, 2012). E, no Relatório Mundial da Violência contra Crianças (OMS, 2006), é evidenciado que os meninos apresentam maior risco de sofrer abuso físico, enquanto as meninas enfrentam maior risco de sofrer negligência e abuso sexual. Em ambos os estudos, há o alerta para o risco destes eventos relacionarem-se à idade, ou seja, crianças menores têm maior risco de sofrer abuso físico, enquanto aquelas que alcançaram a maturidade ou adolescência são atingidas principalmente pelo abuso sexual (Gawryszewski et al., 2006).

Ainda sobre as nuances das experiências adversas na infância, constatadas desde a publicação do *ACE Study*, realizado por Felitti, et al. (1998), com a participação de

aproximadamente oito mil indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, 52% dos participantes relataram ter experimentado pelo menos uma experiência adversa e 6,2% quatro ou mais. Entre mulheres, o relato de eventos adversos ocorrendo simultaneamente foi mais presente. À medida que 8,5% destas relataram quatro ou mais, apenas 3,9% dos homens relataram esta situação. As EAIs mais relatadas pela amostra foram o abuso de substâncias como álcool e/ou drogas por parte dos pais (25,6%), abuso sexual (22%) e problemas de saúde mental dos pais (18,8%). Ao estimar a coocorrência de duas categorias de EAIs, os autores (Felitti et al. 1998) identificaram que no grupo de pessoas que vivenciaram morar com familiares que abusavam de substâncias, 34% relataram também ter sido vítima de abuso sexual. Dentre as pessoas que sofreram abuso emocional, 52% também reportaram abuso físico.

Na mesma direção, os autores Waikamp e Serralta (2018) verificaram uma alta prevalência do abuso emocional e negligência emocional, observando a presença destes em 88% dos participantes do estudo, enquanto o abuso físico, negligência física e abuso sexual, demonstraram, respectivamente, prevalências de 8%, 65% e 46% destes. Klumparendt, Nelson, Barenbrügge, e Ehring. (2019) indicaram as seguintes taxas de formas graves e extremas de traumas infantis: 18,4% de negligência emocional, 17% de abuso emocional, 7,1% de negligência física, 6,5% de abuso físico e 5,9% de abuso sexual. No artigo de Soares (2016), composto por uma amostra de 3.951 indivíduos com até 18 anos de idade pertencentes a uma coorte de 1993 de Pelotas/RS, 85% dos adolescentes relataram pelo menos uma EAI. As EAIs que se destacaram foram: separação dos pais (42%), negligência emocional (19,7%), violência doméstica (entre parceiros íntimos ou contra a criança) (10,3%) e morte dos genitores (10,1%), sendo a morte do pai (8,3%) mais frequente do que a da mãe (2,2%).

Baseado nos indicadores do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2021) no ano de 2012, foram notificadas 130.490 denúncias contra crianças e adolescentes, sendo que 68% se referia à negligência, 48% à violência psicológica, 46% violência física e 29% à violência sexual. Em 2013, os dados permaneceram alarmantes, sendo 73% das denúncias correspondentes à negligência, 50% à violência psicológica, 43% à violência física e 26% à violência sexual. Em 2014, foram notificadas 91.342 denúncias contra crianças e adolescentes, sendo 74% direcionadas à negligência, 49% à violência psicológica, 43% à violência física e 25% à violência sexual. Já em 2015 e 2016, as notificações tiveram um decréscimo, mas suas porcentagens foram 73% e 71% para negligência, 46% e 44% para violência psicológica, 42% em ambos os anos para

violência física e 22% e 21% para violência sexual. Em 2017, foram notificadas 84.049 denúncias contra crianças e adolescentes, sendo que 73% corresponderam à negligência, 47% à violência psicológica, 39% à violência física e 24% à violência sexual. Em todos os anos, a prevalência acerca de experiências adversas foi maior entre vítimas do sexo feminino, tendo como agressores pais ou padrastos e o ambiente mais recorrente foi dentro do domicílio (Brasil, 2018).

1.3 Consequências Negativas das Experiências Adversas na Infância: Sintomas Depressivos, Ansiosos e de Estresse

Silva, Alves, e Maia (2015) afirmaram em seu estudo, realizado exclusivamente com mulheres, que 96% da amostra relatou ter sofrido pelo menos uma experiência adversa na infância e verificaram que estas são preditoras da sintomatologia depressiva e tentativa de suicídio. Esses achados corroboram com o estudo de Newbury et al. (2018) quando afirmam que os participantes que foram maltratados durante a infância eram significativamente propensos a ter uma série de problemas psiquiátricos no início da idade adulta. Na mesma direção, Bellis et al. (2014) verificaram que além dos problemas psicológicos, as experiências adversas na infância estão relacionadas a problemas sociais ao longo da vida na população estudada.

Mwachofi, Imai, e Bell (2020) confirmaram a hipótese de que indivíduos que vivenciaram EAI tem probabilidade significativamente maior de serem diagnosticados com depressão. Os autores concluem que há diferenças significativas na saúde mental na idade adulta de afetados por experiências adversas precoces em comparação àqueles que não as experienciaram. Essa conclusão corrobora com o estudo de Carstensen et al. (2020) que afirmaram que os eventos negativos de vida são preditores de transtornos psicológicos.

Ademais, Hajat, Nurius, e Song (2020) inferiram que todas as formas de experiências adversas na infância têm desfechos negativos, embora a intensidade varie. Por isso, os autores acrescentaram que o efeito cumulativo de estressores crônicos e repetidos são extremamente deletérios e alteram o funcionamento de diversos sistemas fisiológicos. Na pesquisa de Günther, Dannlowksi, Kersting, e Suslow (2015), afirmam-se que as experiências adversas na infância são um fator de risco para depressão e que as experiências parentais negativas ou insuficientes, permeadas por críticas e humilhação verbal, bem como falta de apoio, podem levar a uma consolidação de estilos

negativos de pensamento cognitivo. Este achado dialoga com o estudo de Uchida et al. (2018) ao relatar que a negligência emocional é o fator de maior influência para a ocorrência de Transtorno Depressivo Maior e sintomas depressivos em adultos da comunidade.

Vitriol et al. (2017) afirmaram que as EAIs constituem fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de patologias mentais. Os autores inferem que a exposição ao estresse em um período vulnerável do desenvolvimento ocasiona danos específicos nas áreas do cérebro envolvidas na regulação emocional. Achados estes que coadunam com o encontrado no estudo de Badr et al. (2018), em que se verificou uma associação entre exposição intensa a maus-tratos na infância e aumento da prevalência e gravidade de problemas de saúde mental na vida adulta. Já os autores Cohen-Woods et al. (2018) afirmaram que a exposição a maus-tratos precoces pode modificar a experiência epigenética, de modo a predispor o sujeito a um risco maior de desenvolvimento de formas graves de sintomas depressivos.

Esta discussão demonstrou que diferentes tipos de experiências adversas na infância estão associados com transtornos psicológicos na vida adulta, principalmente com os transtornos depressivos, ansiosos e de estresse, revelando que a negligência emocional e o abuso emocional, ocupam a centralidade nas relações de predição entre estas variáveis, aparecendo em 46,2% dos estudos (Badr et al., 2018; Günther et al., 2015; Klumparendt et al., 2019; Mwachofi et al., 2020; Uchida et al., 2018; Waikamp & Serralta, 2018). Ao passo que abuso físico e sexual foram associados com os transtornos depressivos, ansiosos e de estresse, em 23% dos estudos (Carstensen et al., 2020; Newbury et al., 2018; Vitriol et al., 2017), enquanto os demais autores, 30,8%, afirmaram que todas as formas de EAI são deletérias a saúde mental do adulto, com ressalva especial ao seu caráter cumulativo e crônico.

1.3.1 Sintomas depressivos, ansiosos e de estresse

A nível mundial, indicadores apontam a crescente prevalência de transtornos mentais tanto na infância quanto na fase adulta, sendo a ansiedade a líder deste ranking, seguida pela depressão e estresse pós-traumático. Somado a este cenário, o aumento no número de óbitos por suicídio entre jovens é outro indicador que alerta pesquisadores (OMS, 2016).

Em 2017, o Brasil liderou o ranking latino-americano de perturbações mentais e a quinta posição mundial, destacando-se as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor (OMS, 2016). De acordo com este novo Relatório Global, a ansiedade afeta 9,3% (18.657.943) das pessoas que vivem no país. Já distúrbios relacionados à depressão atinge 5,8% da população brasileira (11.548.577).

Atualmente, os transtornos de ansiedade e os relacionados ao estresse/trauma, estão entre as psicopatologias mais prevalentes na população geral e em serviços de saúde, atingindo taxas entre 20 a 40%. Estes índices elevados se associam a altas taxas de incapacitação e sofrimento (Andrade et al. 2012; Mercadante, 2007).

Para regulamentar tais construtos há o Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria, que está em sua quinta edição. Neste referencial, transtorno de ansiedade é definido como um distúrbio caracterizado pela “preocupação excessiva e persistente”, que dura seis meses ou mais, e vem acompanhada de três, dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbação do sono (APA, 2013). Entretanto, os sintomas podem aparecer sem, necessariamente, caracterizar o transtorno. Vale ressaltar que a ansiedade é uma reação natural diante de situações ou sinais que podem sinalizar ameaça, tornando-se patológica quando causar intenso sofrimento ou prejuízo significativo ao indivíduo (APA, 2013).

Na confluência desta definição, encontra-se a descrição de transtornos depressivos, em especial o transtorno depressivo maior. Este transtorno apresenta como características basilares o humor deprimido, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas e a perda de interesse ou prazer nas atividades cotidianas, na maior parte do dia, quase todos os dias. Entretanto, estes devem acontecer associados a outros sintomas, que perduram por duas semanas, sendo estes: perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias; Insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias; pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (APA, 2013).

A ansiedade é um fenômeno referente a diversos eventos subjetivos, a exemplo dos estados internos dos sujeitos e os processos comportamentais emitidos. Para Zamignani e Banaco (2003), a ansiedade consiste na emissão de respostas de fuga e esquiva com o objetivo de eliminar estímulos aversivos. Pode também ser definida como um estado desagradável que gera excitação e sentimento de ameaça (Correia & Linhares, 2007).

Indivíduos que apresentam traços ansiosos ou transtorno de ansiedade tendem a reter mais lembranças negativas dos eventos vividos, as quais são derivadas de interpretações distorcidas de seus comportamentos e das expressões emocionais emitidas pelo interlocutor (Salabérria & Echeburua, 1998). No que diz respeito à etiologia, acredita-se na hipótese de um modelo multicausal. Em outras palavras, haveria não somente fatores ambientais, mas também, uma significativa parcela de predisposição genética para o desenvolvimento do transtorno (Fernandes-Fioresi, 2017; Reinelt et al., 2014).

Em especial, quanto aos fatores ambientais, sugere-se que a presença de pais com repertórios menos acolhedores, superprotetores e/ou religiosos, poderia atuar como fator de risco, bem como a presença de abuso emocional na infância. Por outro lado, a presença de suporte social adequado seria um fator de proteção importante (Bruch, Heimberg, Berger, & Collins, 1989; Klumpp et al., 2019; Mick & Telsh, 1998).

Outro aspecto relevante ligado ao sujeito portador de ansiedade refere-se ao fato de que, além de possuir medo acentuado de ser criticado, possui elevada autoavaliação negativa de seus comportamentos sociais, evidenciando uma personalidade negativista (Darwich & Tourinho, 2005). Na mesma direção, diversos estudos demonstram que crianças vítimas de abusos e negligências emocionais tendem a desenvolver um repertório de enfrentamento empobrecido e padrões desadaptativos de expressão emocional e comportamental, o que corrobora com o desenvolvimento de sofrimento subjetivo na vida adulta. Além disso, identifica-se que o abuso e a negligência emocional são deletérios em maior intensidade, pois afetam em maior grau o desenvolvimento de psicopatologias na vida adulta, do que quando comparado com outras formas de abusos e negligências (Günther et al., 2015; Uchida et al., 2018; Waikamp & Serralta, 2018).

A exposição a ambos os tipos de maus-tratos (físico e emocional) na infância mostrou aumento significativo na prevalência de formas graves de depressão, ansiedade

e estresse em comparação a exposição a apenas uma forma de maus tratos e entre aquelas que não relataram nenhuma exposição (Uchida et al., 2018).

Por fim, é importante destacar a correlação encontrada no estudo de Spinhoven Elzinga, Van Hemert, de Rooij, e Penninx (2016) relacionada à gravidade dos maus tratos durante a infância (em especial abuso emocional) e à presença de níveis mais elevados de estresse, transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma, e risco de desenvolvimento de traços de personalidade mal adaptativos, sobretudo neuroticismo, que aparece de forma mais evidente nestes sujeitos.

Já o termo depressão, segundo o DSM-5, é utilizado com frequência para se referir a qualquer um dos vários transtornos depressivos. Atualmente, é uma preocupação significativa de saúde pública. De fato, o transtorno depressivo maior é a principal causa de incapacidade em todo o mundo (OMS, 2016). No tocante a depressão, a OMS (2016) afirma ser uma doença comum em todo o mundo, com mais de 300 milhões de pessoas afetadas. A depressão é definida como flutuações regulares do humor e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana. Especialmente quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma séria condição de saúde. Esta condição pode levar a pessoa afetada a um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade de 15 a 29 anos.

Teng, Humes, e Demetrio (2005) afirmam que a depressão é um transtorno psiquiátrico cuja prevalência é estimada em torno de 3% a 5% da população geral. As características mais típicas dos estados depressivos são: proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e redução do interesse pelo ambiente. Pode estar associada à fadiga e ao cansaço exagerados, bem como a alterações psicomotoras.

A depressão também pode ser influenciada por aspectos genéticos, psicológicos, culturais ou por mudanças fisiológicas no ciclo vital, sendo um problema cada vez mais comum (Frizzo & Piccinini, 2005).

Existe um suporte considerável para estabelecer um relacionamento entre as adversidades na infância e a depressão em adultos. Surgiram evidências consistentes ligando tais eventos no início da vida com um curso mais crônico para a depressão, bem como para os piores resultados do tratamento (Liu, 2017).

De fato, o papel precoce das EAIs no aumento do risco para o desenvolvimento de sintoma depressivos ou depressão é substancial. Os autores Kessler et al. (2010) estimaram que quase 25% do risco atribuível à população se deve àquelas. Entre as experiências adversas, a negligência e o abuso emocional, bem como as práticas parentais negativas são um fator de risco particularmente potente para a depressão (Humphreys et al., 2020). Dados que corroboram o estudo de Li, D'Arcy & Meng (2016), ao examinar as EAIs e a depressão infantil, em que se constatou um aumento de duas vezes no risco de depressão na idade adulta.

Na pesquisa de Günther et al. (2015), é afirmado que as experiências adversas na infância são um fator de risco para depressão e que as experiências parentais negativas ou insuficientes, permeadas por críticas e humilhação verbal, bem como falta de apoio, podem levar a uma consolidação de estilos negativos de pensamento cognitivo. Vieses negativos no processamento emocional foram discutidos como um fator de vulnerabilidade cognitiva para o desenvolvimento, manutenção e recorrência de sintomas depressivos. Neste estudo somente os abusos emocionais foram associados significativamente a auto-associações depressivas automáticas e estilos inferenciais negativos de pensamento.

Este achado dialoga com o estudo de Uchida et al. (2018) ao relatar que a negligência emocional, ao invés de punição e abuso sexual, é o fator de maior influência para a ocorrência de Transtorno Depressivo Maior e sintomas depressivos em adultos da comunidade. Esta pesquisa demonstrou que as experiências de maus-tratos infantis afetam indiretamente sintomas depressivos através do aumento do traço de ansiedade. Waikamp e Serralta (2018) identificaram uma alta prevalência do abuso emocional e negligência emocional, observando a presença destes em 88% dos participantes do estudo, enquanto o abuso físico, negligência física e abuso sexual, demonstraram, respectivamente, prevalências de 8%, 65% e 46% destes.

De acordo com McEwen e McEwen (2017) uma série de estudos converge em apontar cada vez mais evidências do quanto experiências adversas na infância podem ter efeitos que modificam o desenvolvimento neurológico, cognitivo e comportamental, e o quanto isto está relacionado na precipitação de episódios de ansiedade e depressão, sobretudo em eliciar respostas características do estresse.

O estresse pode ser entendido como um processo complexo de emissão de respostas pelo indivíduo frente a um estressor interno e externo. Zamignani e Banaco (2003) define o estresse como uma alteração na relação do indivíduo com o ambiente,

devido a alterações ambientais aversivas, o que lhe demanda um novo repertório comportamental. Caso o indivíduo não apresente respostas comportamentais adaptativas, o estresse tende a agravar-se.

O estresse pode ser entendido como uma expressão da reação de um organismo frente a situações difíceis ou excitantes, sendo essas provocadoras de alterações psicológicas, físicas e químicas, influenciando os comportamentos dos indivíduos (Gomes & Bosa, 2004).

O estresse foi descrito por Selye (1978) em três fases. A primeira denominada fase de alerta, que se refere ao desequilíbrio homeostático que ocorre quando a pessoa se depara com um evento estressor, fazendo com que ela se prepare para uma “luta ou fuga”. É uma reação que pode ser considerada benéfica à medida que prepara a pessoa para a ação em situações de urgência. A segunda, sendo a fase de resistência, quando a anterior persiste e há longa duração ou grande intensidade do evento estressor, fazendo com que a pessoa utilize suas reservas de energia adaptativa, na tentativa de um reequilíbrio. Por fim, a fase de exaustão, que ocorre quando a pessoa se encontra esgotada pelo grande consumo de energia na tentativa de reestabelecer o equilíbrio homeostático. Esta fase tende a ocorrer quando sua resistência não foi suficiente para lidar com a fonte de estresse ou se houver, em concomitância, a presença de outros estressores (Camelo & Angerami, 2004; Goulart & Lipp, 2011).

Segundo Garland (2015) vivenciar eventos traumáticos precoces, intensos e crônicos na infância pode interromper ou alterar o curso do desenvolvimento saudável, levando à diminuição de recursos psicológicos para enfrentamento de situações adversas e predisposição à vivência de transtornos psicológicos na idade adulta.

A esse respeito Cicchetti e Kim (2010) revelam que a exposição vivida na primeira infância tem efeitos mais deletérios, uma vez que pode comprometer a capacidade da criança de dominar com êxito tarefas inerentes à fase do desenvolvimento, a exemplo da regulação emocional ou estabelecimento de apego seguro. Na mesma direção, a perspectiva da neurociência do desenvolvimento afirma que as adversidades no início da vida podem ser mais prejudiciais, pois ocorrem quando a fundação da arquitetura cerebral e dos sistemas neurobiológicos envolvidos na regulação da emoção, respostas ao estresse e processamento de recompensa estão sendo conectados (McLaughlin et al., 2010). Complementando, Newbury et al. (2018) inferem que a infância é um período do desenvolvimento cerebral em que há a formação e poda

de sinapses, e a exposição a maus-tratos nesta fase tem um maior potencial para se tornar literalmente ligado ao cérebro, perpetuando seus efeitos pelas demais fases.

Nesse sentido, o estresse decorrente dos maus-tratos mostra-se mediador de alterações comportamentais, cognitivas e emocionais tendenciosamente negativas e distorcidas, podendo se apresentar intensamente desproporcionais à realidade. Essa hipersensibilização para expressões negativas de si, dos outros e do mundo provocam vulnerabilidade à emissão de erros na percepção das emoções (Boeckel, 2013), impactando diretamente na capacidade do sujeito de atribuir significados e manter objetivos de vida (Boyer et al. 2010) o que predispõe a ocorrência de transtornos psicológicos na vida adulta (Cancino et al., 2018; Vitriol et al., 2017).

Estas constatações evidenciam o papel das experiências adversas na infância dentro do mosaico dos múltiplos fatores de etiopatogenia, que influenciam o desenvolvimento do transtorno psicológico (Kessler et al. 1997; Pirkola et al. 2005; Rosenman & Rodgers 2004). De acordo com o modelo sugerido por Kendler, Kessler, & Neale (1993), pelo menos quatro dos seguintes fatores de risco, interagindo, são necessários para a compreensão desta etiologia: (a) experiências traumáticas, (b) fatores genéticos, (c) temperamento e (d) relações interpessoais.

1.4 Principais Modelos Explicativos para os Efeitos das Experiências Adversas na Infância sobre os Sintomas Depressivos, Ansiosos e de Estresse

Dentre os estudos revisados sobre os mecanismos envolvidos entre exposição à experiências adversas na infância e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, diversas teorias fundamentaram as explicações desta relação. Destaca-se que as teorias citadas se dividiram entre bases psicanalíticas, cognitivo-comportamentais e de cunho psicofisiológico. As teorias pertencentes ao primeiro grupo foram: teoria da Desesperança da Depressão e teoria Psicodinâmica. Já as teorias da Cognição e da Inoculação do Estresse pertencem a segunda perspectiva e, por fim referindo-se ao último grupo, a teoria do Estresse Precoce.

Na tentativa de abarcar os mecanismos provenientes da negligência emocional e abuso emocional no advento de sintomas psicopatológicos na idade adulta, Günther et al. (2015) se vale da teoria da Cognição, sendo esta alicerçada no conceito de processamento cognitivo negativo de informações emocionais, ou seja, as experiências adversas na infância, em especial as de cunho emocional, consolidam esquemas

distorcidos ou disfuncionais das experiências, aumentando a suscetibilidade ao desenvolvimento da depressão e explicando a persistência e recorrência dos sintomas.

Especificamente quanto a negligência emocional, pode-se citar ainda a teoria intitulada teoria da Desesperança da Depressão (Rose & Abramson, 1992), discutida no estudo de Klumpp et al. (2019) que afirma que esta EAI é a responsável pela dificuldade de regulação emocional, uma vez que este é um processo que ocorre na infância, intermediada pelos cuidadores primários. Os autores alegam que uma atmosfera familiar que expõe a criança a abusos e negligências de forma repetida e crônica contribui para uma tendência desta a atribuir a eventos negativos causas internas, estáveis e globais. Este estilo de atribuição negativo constitui o núcleo da teoria e descreve um risco aumentado para transtornos depressivos. Outrossim, prejudica o desenvolvimento da autorregulação em um nível emocional e cognitivo, como afirma o estudo de Grassi-Oliveira (2007).

Na mesma direção, os autores Waikamp e Serralta (2018), inferem que os cuidados primários são essenciais para a regulação emocional, estruturação psíquica, capacidade reflexiva e autonomia. Desse modo, expor crianças a experiências adversas, especialmente no ambiente intrafamiliar é potencialmente prejudicial, pois acarreta um rompimento de confiança com as figuras de cuidado. Portanto, vivências traumáticas e falhas graves nas relações precoces podem interromper ou alterar o curso desenvolvimento saudável, levando à falta de confiança nos objetos e à diminuição de recursos psicológicos (1983). Estas constatações se deram à luz da teoria Psicodinâmica (1996), que consiste na compreensão do psiquismo em seus processos dinâmicos.

Compondo o leque de estudos desta revisão sistemática, há ainda as pesquisas que buscam integrar os conhecimentos biológicos à explicação da relação entre o papel da negligência emocional e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, a exemplo do estudo de Uchida et al. (2018). Os autores hipotetizam que estas experiências induzem a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e hipofunção do hipocampo. Ressaltam que esta alteração também é identificada na ansiedade e pode ser um fator de vulnerabilidade para a depressão induzida pelo estresse. Essas mudanças biológicas associadas à maus-tratos na infância e o aumento da ansiedade são apontados como a base neural para o início da depressão.

Além dos autores anteriores, Badr et al. (2018) e Vitriol et al. (2017) produzem estudos que abordam a interlocução entre experiências adversas na infância e alteração no sistema neuroimunoendócrino. Os autores discorrem sobre a relevância da

negligência emocional e do abuso emocional no curso do desenvolvimento do indivíduo. O estresse desenvolvido como uma ramificação para os maus-tratos na infância está associado à interrupção do desenvolvimento inicial do cérebro, e formas severas de estresse podem prejudicar o desenvolvimento do sistema nervoso e imunológico (2016).

Sob a mesma ótica de integração, Hajat et al. (2020) embasaram seu estudo à luz da teoria do Estresse Precoce (Norman et al., 2012). Essa teoria evidencia que quando o estresse ocorre precocemente, ele passa a desempenhar um importante elemento na produção e exacerbação de uma variedade de modificações fisiológicas e psicológicas, acarretando “cicatrices” biológicas e psicológicas que dificilmente irão cicatrizar. E que estão fortemente associadas à depressão, desesperança, ideação suicida e ansiedade, conforme observado em outros estudos (2015).

Carstensen et al. (2020) citam a teoria da Inoculação do Estresse. Esta teoria alerta para o caráter crônico e recorrente das experiências adversas na infância, bem como seus efeitos deletérios ao esgotar os mecanismos compensatórios na restauração da homeostase. Em lógica concorrente, os autores Cohen-Woods et al. (2018) objetivaram mapear os genes envolvidos na interação entre as adversidades da infância e depressão.

2 JUSTIFICATIVA

A discussão apresentada anteriormente evidencia que as experiências vivenciadas na infância podem ter inúmeras repercussões a médio e longo prazo. Caso, tais experiências sejam adversas, seus impactos podem reverberar na saúde mental, contribuindo para o aparecimento de sintomas depressivos ou ansiosos; na saúde física, desencadeando doenças crônicas; ou no comportamento, tornando-os de risco.

As experiências adversas na infância são consideradas um problema de saúde pública, devido ao seu impacto negativo na saúde dos indivíduos. No entanto, estas podem ser prevenidas, com a oferta de programas de prevenção. Para tanto, necessário se faz o desenvolvimento de pesquisas para compreender as EAIs, especialmente o modo como elas são distribuídas na população, sua prevalência, seus determinantes e suas consequências (OMS, 2006).

Conforme é apontado na literatura citada, a frequência de coocorrência das EAIs é alta. Tal característica torna o indivíduo mais vulnerável, uma vez que aumenta o potencial deletério para o seu desenvolvimento, em especial para a saúde mental – foco desta pesquisa. Deste modo, conhecer este padrão em nossa população é fundamental para compreender melhor o fenômeno e, com isso, propor intervenções mais eficazes para seu enfrentamento e fortalecimento de políticas públicas para crianças e adolescentes, bem como amenizar seus impactos na saúde.

Tendo como cenário a escassez de estudos nacionais (Waikamp & Serralta, 2018) em detrimento da valorização da temática em nível internacional (Badr et al., 2018; Bellis et al., 2014; Carstensen et al., 2020; Günther et al., 2015; Klumparendt et al., 2019; Mwachofia et al., 2020; Newbury et al., 2018; Silva et al., 2015; Uchida et al., 2018; Vitriol et al., 2017), relevante se torna abordar e discutir sobre a relação existente entre as experiências adversas na infância e os transtornos psicológicos em jovens adultos, a fim de incentivar a produção científica brasileira sobre esse tema (Li et al, 2016) e intervenções capazes de atuar sobre tal problemática. Portanto, promover pesquisas que ampliem nosso conhecimento a respeito das EAIs presentes em nosso contexto cultural, social e econômico, mostra-se importante.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar as Experiências Adversas na Infância como preditora dos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse em jovens adultos.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar qualidades psicométricas da Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse, versão reduzida (EADS-21).
- Investigar a relação entre Experiências Adversas na Infância (ACE) e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse (DASS-21).

- Verificar se há diferença entre as variáveis sociodemográficas e experiências adversas na infância e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse.
- Avaliar o nível de concordância do questionário *Adverse Childhood Experience – ACE*, por meio da análise estatística de Kappa.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Este estudo trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, correlacional e de caráter transversal.

Desse modo, as etapas consistiram em: 1) submissão ao Comitê de Ética; 2) contato com escolas estaduais e profissionalizantes, universidades e população em geral; 3) aplicação dos questionários sociodemográficos (Basto-Pereira et al., 2019) e os de avaliação psicológica ACE e DASS nos participantes; 4) validação da escala de avaliação psicológica ACE (Silva & Maia, 2008) que visa mensurar as experiências adversas na infância em jovens adultos; 5) compilação e análise dos dados obtidos.

Esta pesquisa é um desmembramento de um estudo internacional sobre comportamentos pró / antissocial em jovens adultos (SOCIALDEVIANCE1820). Este é um projeto de pesquisa longitudinal intercontinental, liderado por pesquisadores portugueses, que inclui dados coletados em múltiplos países dos cinco continentes, entre eles o Brasil. O SOCIALDEVIANCE1820 – Brasil é um projeto de investigação que foi conduzido na cidade de Sobral, Ceará. Nos anos de 2018 e 2019, foram entrevistados 423 jovens adultos da comunidade, com idades compreendidas entre os 18 e os 20 anos. Seu objetivo consiste em explorar a universalidade intercultural dos fatores de risco e proteção associados ao comportamento pró / antissocial e ajustamento psicossocial durante o início da idade adulta (Basto-Pereira et al., 2019).

4.2 Amostra

A amostra foi composta por 201 sujeitos, compreendidos entre 18 e 20 anos, estudantes de ensino médio, escola profissionalizante, curso pré-vestibular e

universitários, bem como sujeitos da comunidade em geral, por meio de uma amostra não probabilística por conveniência e representativa da população.

Para definição de tal amostra foi utilizado o cálculo tomando como base o valor total da população a ser entrevistada (aproximadamente 6 mil sujeitos), bem como a definição da confiabilidade girando em torno de 90%. Em suma, foi determinado uma amostragem de 400 participantes, obtendo margem de erro de 4%. A amostragem da pesquisa se consolidou em 423 estudantes, fato que representa uma quantidade considerável, uma vez que quanto maior o tamanho da amostragem, melhor ela representa o todo, dessa forma, a margem de erro diminui, nesta pesquisa consolidou-se uma margem de 3,87% (Triola, 1999). Também se teve atenção para o cálculo amostral contemplando os critérios de realização das análises fatoriais das escalas de avaliação psicológica presentes nesta pesquisa, uma vez que o tamanho da amostra deve ter proporção de dez respondentes para cada item do questionário, o que permitiria trabalhar com 350 respondentes (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2005).

Como critérios de inclusão para compor a amostra deste estudo foram elencados: 1) residir na região norte do estado do Ceará – CE; 2) ter idades compreendidas entre os 18 e os 20 anos; 3) saber ler e escrever. E como critérios de exclusão, incluiu-se: 1) ter escolaridade inferior a quatro anos ou não compreender a língua portuguesa; 2) ter psicopatologia muito grave, que o impeça de compreender e responder às questões colocadas no questionário.

4.3 Perfil Geral da Amostra

4.3.1 Participantes

Participaram 201 jovens adultos brasileiros, sendo ($n=112$, 55.7%) homens e ($n=89$, 44.3%) mulheres, com uma média de idade de 18.57 anos ($DP=0.77$; $Min=18$; $Max=20$). Em termos de escolaridade referente a anos de estudo, maioritariamente ($n=66$, 32.8%) estudaram 15 anos, 83,6 % não repetiram ao passo que 11,4% repetiram um ano. No que tange a independência financeira, maioritariamente, referem não ter independência ($n=171$, 85.1%). Quanto a ocupação, ($n=136$, 65.4%) apenas estudam e ($n=2$, 1%) trabalham e estudam, estando ($n=168$, 84%) a residir com os pais. Referente ao lazer, (113 56,2%) dizem ter tempo destinado ao lazer e maioritariamente ($n=170$

(84,6%) referem ter uma religião. No tocante a percepção sobre sua saúde mental, (n=195 97%) disseram não ter problemas graves de saúde mental. Com relação ao consumo de álcool e outras drogas, (n=25 12,4%) falaram ter consumido drogas e (n=176 87,6%) falaram nunca ter consumido drogas. Já no que se refere a bebida alcoólica (n=102 50,7%) afirmaram ter feito ingestão, enquanto (n=98 48,8%) afirmaram nunca ter ingerido tal substância.

Quanto a escolaridade do pai (n= 92, 67,8%) têm educação básica, 38 (14%) concluíram o ensino médio, 16 (7,7%) são analfabetos, 9 (4,4%) não concluíram o ensino médio, 2 (1%) tem graduação completa e 1 (0,5%) têm pós-graduação. Com relação a profissão mais citada agricultor liderou 48 (23,1%), seguido de autônomo 32 (11,6 %) e 14 (6,8%) pedreiro.

Já com relação a escolaridade e profissão da mãe foi apresentado os seguintes dados: educação básica: (n=86, 41,9%), ensino médio completo: (n= 55, 26,5%), graduação: (n= 14, 6,7%), ensino médio incompleto: (n= 9, 4,4%), analfabeta: (n= 8, 3,9%) e pós-graduação: (n=3, 1,5%). No que tange a profissão, a mais citada foi dona de casa (n=56, 26,9%), autônoma: (n= 42, 22,7%), agricultora: (n=17, 8,2%), professora: (n=20, 8,7%), trabalhadoras da saúde (enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, assistente bucal e agente de saúde): (n= 11, 4,8%) e técnica administrativa: (n=1, 0,5%).

Tabela 1. Características sociodemográficas

Variáveis categóricas		Frequência absoluta	%
Sexo	Feminino	89	44.3
	Masculino	112	55.7
Anos de escolaridade	15 anos de escolaridade	66	32.8
	14 anos de escolaridade	45	22.3
	13 anos de escolaridade	19	9.4
	12 anos de escolaridade	45	22.3
Repetência de anos escolares	Repetiram	23	11.4
	Não repetiram	168	83.6
Independência financeira	Sim	28	13.9
	Não	171	85.1

Ocupação	Apenas estudam	136	65.4
	Trabalham e estudam	2	1
Residir	Com os pais	168	84
	Com companheiro	18	8.9
	Sozinho	01	0.4
Lazer	Sim	113	56.2
	Não	44	21.8
Religião	Ter uma religião	170	84.6
	Não ter religião	31	15.4
Problemas com Saúde Mental	Sim	06	2.9
	Não	195	97
Consumo de drogas ilícitas	Sim	25	12.4
	Não	176	87.6
Ingestão de bebida alcoólica	Sim	102	50.7
	Não	98	48.8
Escolaridade do pai	Analfabetos	16	7.7
	Educação básica	92	67.8
	Ensino médio completo	38	14
	Ensino médio incompleto	9	4.4
	Graduação completa	2	1
	Pós-graduação	1	0.5
Profissões exercidas pelos pais	Agricultor	48	23.1
	Autônomo	32	11.6
	Pedreiro	14	6.8
Escolaridade da mãe	Analfabetas	8	3.9
	Educação básica	86	41.9
	Ensino médio completo	55	26.5
	Ensino médio incompleto	9	4.4
	Graduação completa	14	6.7

	Pós-graduação	3	1.5
Profissões exercidas pelas mães	Dona de casa	56	26.9
	Autônoma	42	22.7
	Agricultora	17	8.2
	Professora	20	8.7
	Trabalhadoras da saúde (enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, assistente bucal e agente de saúde)	11	4.8
	Técnica administrativa	1	0.5
	Total	201	100,00
Variáveis intervalar			
Idade		Min-Max	Média (DP)
	18.57	18-20	0.77

4.4 Instrumentos

Os instrumentos de avaliação que foram administrados nesta pesquisa fazem parte dos utilizados no estudo SOCIALDEVIANCE1820, a saber: Questionário Geral sobre a situação social e familiar (Basto-Pereira et al., 2020); O Questionário da História de Adversidade na Infância (Silva & Maia, 2008) e escala Depression Anxiety Stress Scale (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

O questionário geral sobre a situação social e familiar dos sujeitos foi desenvolvido especificamente para o Estudo Internacional sobre Comportamentos Pró / Antissocial em jovens adultos (SOCIALDEVIANCE1820), tendo por objetivo fazer uma avaliação das características sociodemográficas, sociais e familiares atuais, incluindo questões sobre a informação sociodemográfica; estado civil, histórico escolar e profissional e estrutura familiar.

O questionário História de Adversidade na Infância é uma escala de avaliação psicológica, de origem norte-americana, conhecida como *Adverse Childhood Experiences – ACE* e trata-se de um questionário de autorrelato para adultos, que

pretende avaliar as experiências de adversidade ocorridas na infância – *Family ACE Questionnaire* (Felitti et al. 1998). Se propõe a avaliar diferentes dimensões de experiências de adversidade, quer voltadas para o sujeito, quer para o ambiente familiar disfuncional. É composta por 10 categorias agrupadas em três dimensões: contra o indivíduo (abuso emocional, físico e sexual) e negligência (física e emocional), e ambiente familiar disfuncional (abuso de substâncias, doença mental ou suicídio, exposição a violência doméstica, prisão de um membro da família e divórcio ou separação parental). Os estudos realizados têm demonstrado que esse instrumento apresenta boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,875). Todavia, é importante ressaltar que o processo de validação dessa escala para o contexto brasileiro seguirá as etapas preconizadas pelos autores Borsa, Damásio, e Bandeira (2012).

As primeiras são relacionadas ao indivíduo: abuso físico, sexual e emocional; negligência física e emocional. As últimas relacionam-se às experiências que tornam o ambiente familiar disfuncional. Sendo avaliadas pelos seguintes eventos: 1) abuso de substância por membro da família, 2) divórcio ou separação dos pais, 3) encarceramento de um membro familiar, 4) agressão física à mãe/madrasta no domicílio e 5) algum familiar com doença mental ou que tentou/cometeu suicídio (Felitti et al. 1998). Para tanto é composto por 36 itens organizados em questões dicotômicas, embora alguns itens se apresentem no formato de escala tipo Likert de cinco pontos (Silva & Maia, 2008).

Em seguida será apresentada uma breve sumarização de cada uma das categorias que o compõe (Felitti et al. 1998).

1. **Abuso emocional** (itens 26 e 27) é uma categoria cotada numa escala likert que varia entre 1 (nunca) e 5 (muitíssimas vezes) sobre situações de insulto ou medo de violência física.
2. **Abuso físico** (itens 28, 29, 30 e 31) é uma categoria cotada numa escala likert que varia entre 1 (nunca) e 5 (muitíssimas vezes) de situações em que a criança foi agredida por algum adulto de forma violenta deixando sequelas.
3. **Abuso sexual** (itens 33, 34, 35 e 36) é uma categoria cotada em formato dicotômico e é definido pela existência de experiências sexuais antes dos 18 anos com um adulto ou uma pessoa pelo menos cinco anos mais velha.
4. **Exposição a violência doméstica** (itens 7, 8, 9 e 10) é cotada em escala Likert que varia entre 1 (nunca) e 5 (muitíssimas vezes) e avalia a ameaça ou agressão física à mãe ou madrastra.

5. **Abuso de substâncias no ambiente familiar** (itens 5 e 6) é avaliado por questões categoriais e avalia o consumo de álcool ou drogas por alguma pessoa que residisse com o indivíduo.
6. **Divórcio ou separação parental** (item 4) foi avaliado a partir de uma questão dicotômica.
7. **Prisão de um membro da família** (item 3) é avaliada por uma questão dicotômica.
8. **Doença mental ou suicídio** (itens 1 e 2) é avaliada por questões dicotômicas e caracteriza-se pela existência de algum integrante da família que apresentasse, durante a infância do indivíduo, algum tipo de doença mental ou tivesse realizado alguma tentativa de suicídio.
9. **Negligência física** (itens 11, 12, 14, 16 e 24) é avaliada por meio de afirmações diretas e invertidas em que se averigua, numa escala de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) a atitude passiva e de não responsividade às necessidades básicas da criança quer a um nível físico, quer biológico.
10. **Negligência emocional** (itens 15, 17, 19, 22 e 25) é cotada numa escala de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) e investiga a atitude passiva e de não responsividade às necessidades emocionais e afetivas da criança.

Para cotação do instrumento ACE é feita a contagem de pontos em cada categoria de adversidade separadamente. Posteriormente, calcula-se uma nova variável, a ACE Total. Seu somatório surge do valor com que o sujeito foi classificado em cada uma das categorias, em que se atribui “zero” se o sujeito não relata essa forma de adversidade ou “um” se essa adversidade é relatada. A ACE Total pode variar entre zero (se o sujeito não é positivo em qualquer das categorias) e dez (se o sujeito obtém pontuação positiva em todas as categorias).

Tabela 2. Categoria, questões e pontuações do Questionário ACE

Categoria de Adversidade	Pontuação
Avaliação de abuso emocional: Dois itens (por exemplo “Com que frequência um pai, um padrasto ou adulto que mora em sua casa te xingou ou insultou?”)	Uma resposta algumas vezes ou muitas vezes a pelo menos um dos itens.
Abuso Físico: Quatro itens (por exemplo “Enquanto você estava crescendo, isto é, durante seus primeiros 18 anos de vida, quantas vezes seu pai, padrasto ou adulto morando em sua casa lhe empurrou, agarrou, bateu ou jogou algo	Uma resposta algumas vezes ao primeiro item ou algumas vezes, muitas vezes ou muitíssimas vezes para o segundo, terceiro e quarto itens.

em você?”)	
Abuso Sexual: Quatro itens (por exemplo “Durante os primeiros 18 anos de sua vida, algum adulto, parente, amigo da família ou estranho já tocou ou acariciou seu corpo de forma sexual?”)	Uma resposta sim para algum dos itens.
Negligência Emocional: Cinco itens com pontuação reversa (por exemplo “Havia alguém em minha família que me ajudou a me sentir importante ou especial?”)	Uma resposta de nunca ou raramente em resposta a pelo menos um dos cinco itens.
Negligência Física: Cinco itens (dois com pontuação reversa) (por exemplo “Eu não tinha o suficiente para comer”; “Eu sabia que havia alguém lá para cuidar de mim e me proteger”)	Uma resposta de nunca ou raramente em resposta a pelo menos um dos dois itens com pontuação reversa; e muitas vezes ou muitíssimas vezes para pelo menos um dos três itens.
Avaliação da disfunção familiar: Violência doméstica: Quatro itens (por exemplo “Durante seus primeiros 18 anos de vida, quantas vezes seu pai, padrasto ou namorado da sua mãe ou madrasta tiveram qualquer um dos seguintes comportamentos: empurrar, agarrar, dar um tapa ou jogar algo nela?”)	Uma resposta de algumas vezes, muitas vezes e muitíssimas vezes a pelo menos um dos dois primeiros itens; raramente, algumas vezes, muitas vezes e muitíssimas vezes a pelo menos um dos dois últimos itens.
Abuso de substância em casa: Dois itens (por exemplo “Durante os primeiros 18 anos de sua vida você morava com alguém que usava drogas?”)	Uma resposta sim para qualquer um dos dois itens.
Doença mental na casa: Dois itens (por exemplo “Durante os primeiros 18 anos de sua vida, morando na sua casa, havia alguém deprimido ou com alguma doença mental?”)	Uma resposta sim para qualquer um dos dois itens.
Separação ou divórcio dos pais: Um item (por exemplo “Durante os primeiros 18 anos de sua vida, seus pais eram separados ou divorciados?”)	Uma resposta sim para o item.
Membros da família encarcerados: Um item (por exemplo “Durante os primeiros 18 anos de sua vida, alguém em sua casa já esteve preso?”)	Uma resposta sim para o item.

Fonte: Pinto & Maia, 2013.

Já a escala DASS foi criada pelos estudiosos Lovibond e Lovibond (1995). Estes autores desenvolveram esta escala que, teoricamente, se propunha cobrir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que fornecessem uma discriminação máxima entre os dois construtos. (Pais-Ribeiro et al., 2004). No entanto, no desenvolvimento do instrumento surgiu um novo construto, que foi denominado de Stress. Este se propunha a medir um

conjunto de sintomas que podiam ser diferenciados da depressão e da ansiedade, como um estado de ativação e tensão persistentes (Crawford & Henry, 2003).

O EADS-21 é constituído por três dimensões que medem em separado os sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Não obstante os autores apontam que a discriminação perfeita das medidas parece inviável, pois as correlações da escala não se restringem unicamente a carga dos fatores isolados, mas sim em relação, e a correlação entre os fatores pode surgir devido a existência de causas comuns subjacente a ambas (Lovibond e Lovibond, 1995).

O EADS-21 se fundamenta no modelo tripartido, o qual propõe a existência de três dimensões: afeto negativo, afeto positivo e excitação somática. O afeto negativo refere-se aos sintomas inespecíficos comuns à ansiedade e à depressão, que podem ajudar a compreender a comorbilidade, a sobreposição de sintomas, e a forte associação entre as medidas dos dois constructos (e.g., insónia, inquietação, irritabilidade e falta de concentração). O baixo afeto positivo abrange os sintomas de anedonia específicos da depressão, tais como a falta de entusiasmo, excitação e energia. Por fim, a excitação somática é a dimensão relativamente específica da ansiedade, que inclui sintomas como tensão e hiperexcitação (Holander-Gijsman et al. 2012; Watson et al., 1995).

Os autores Lovibond e Lovibond (1995) conceituaram a depressão como um transtorno composto por sintomas tipicamente associados com estado de ânimo disfórico (como a tristeza, desesperança, autodepreciação). Descritivamente, este transtorno é caracterizado pela perda da autoestima, associada a uma baixa probabilidade de desempenhar as atividades de vida diária. A ansiedade é descrita em torno dos sintomas físicos de excitação, ataques de pânico, tensão muscular e medo. Já o estresse é descrito como certa tendência a reações a acontecimentos estressantes com sintomas de tensão, dificuldade de relaxar, irritabilidade e ativação persistente.

Em 2016, Patias, Machado, Bandeira e Dell’Aglío procederam à adaptação e validação brasileira da versão reduzida da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), designada Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21). Os resultados obtidos demonstraram que esta apresenta boas qualidades psicométricas, semelhantes à versão original, constituindo-se, portanto, como uma medida útil quer para a investigação quer para o uso clínico (Patias et al., 2016). Neste estudo, será utilizado esta designação.

Os sujeitos completaram o questionário padronizado e as escalas de avaliação psicológica, que incluíram dados sociodemográficos (Basto-Pereira et al., 2020),

experiências adversas na infância (Adverse Childhood Experience; ACE) (Silva & Maia, 2008) – esta escala será validade neste estudo, entretanto tem a permissão dos autores, uma vez que faz parte do estudo internacional, bem como, a escala EADS-21 (Depression, Anxiety and Stress) (Vignola & Tucci, 2014). Evidenciando que todos os participantes deram seu consentimento livre e esclarecido, por meio da assinatura do referido termo. O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEVA- CE, CAAE: 22224619.0.0000.5053.

4.5 Análise Estatística

Todos os dados serão introduzidos no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23.0).

Pretendendo responder aos objetivos da pesquisa, os testes estatísticos utilizados serão: testes de diferença e testes correlacionais e de predição, uma vez que se busca conhecer a relação entre as variáveis estudadas, estabelecer diferença entre grupos e conhecer os efeitos de predição a saber: variáveis sociodemográficas e as variáveis das escalas psicossociais. E, em complemento busca-se estabelecer correlações entre as variáveis mensuradas nas escalas psicossociais.

5 RESULTADOS

Este tópico será destinado a exposição dos artigos oriundos desta dissertação. Serão quatro artigos dispostos em subseções, cada uma respondendo a um objetivo traçado inicialmente. A primeira subseção diz respeito a uma revisão sistemática acerca do tema central da pesquisa que é a relação de predição entre experiências adversas na infância e transtornos de humor e suas comorbidades em jovens adultos. Este artigo foi submetido e aceito para publicação na revista *Saúde e Desenvolvimento Humano*, tendo como exigência para submissão a formatação *Van Couver*, portanto não segue o padrão da dissertação como um todo. Da mesma forma o segundo artigo, intitulado: “Ansiedade, Depressão e Estresse: Um estudo com jovens adultos na região norte do Ceará”, obedece às exigências do Congresso ao qual foi submetido e à Acta de publicação. Já o terceiro e quarto artigos, nas subseções 3 e 4, estão em processo de finalização para serem submetidos à periódicos.

5.1 Artigo 1

Título: Experiências Adversas na Infância como Preditoras de Transtornos de Humor e Outras Comorbidades em Jovens Adultos

RESUMO

Introdução: A literatura revela que a exposição às experiências adversas na infância pode causar danos significativos em seu desenvolvimento, como também está associada à psicopatologia na vida adulta.

Materiais e Métodos: Este estudo é do tipo revisão de literatura. As buscas foram realizadas na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Além disso, foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde. A pesquisa compreendeu as publicações de janeiro de 2015 a março de 2020.

Resultados e discussão: A presente revisão incluiu 13 artigos. Os instrumentos de medida mais utilizados para aferir as experiências adversas na infância foram o Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e a Escala Adverse Childhood Experience (ACE). No tocante ao desenho do estudo, 100% optou por um desenho de estudo quantitativo.

Conclusão: Todos os estudos desta revisão evidenciaram uma relação significativa entre experiências adversas na infância e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. Constatação que fundamenta a importância de se deter sobre essa temática nos serviços assistenciais e de saúde à população. E, como apontado pelos estudos, a priorização em políticas públicas que favoreçam intervenções de prevenção.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Maus-Tratos infantis; Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Introduction: The literature reveals that exposure to adverse childhood experiences can cause significant damage to their development, as well as being associated with psychopathology in adulthood.

Materials and Methods: This study is a literature review. The searches were carried out in the database of the Scientific Electronic Library Online and Coordination for the

Improvement of Higher Education Personnel. In addition, searches were carried out at the Virtual Health Library. The research comprised publications from January 2015 to March 2020.

Results and discussion: This review included 13 articles. The measurement instruments most used to measure adverse childhood experiences were the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and the Adverse Childhood Experience Scale (ACE). Regarding the study design, 100% opted for a quantitative study design.

Conclusion: All studies in the review showed a significant relationship between adverse childhood experiences and depressive, anxious and stress symptoms. A finding that underlies the importance of focusing on this theme in health care and health services for the population. And, as pointed out by the studies, the prioritization of public policies that favor preventive interventions.

Keywords: Child development; Child abuse; Mental Disorders.

RESUMEN

Introducción: La literatura revela que la exposición a experiencias adversas en la niñez puede causar daños importantes en su desarrollo, además de asociarse con psicopatología en la edad adulta.

Materiales y métodos: este estudio es una revisión de la literatura. Las búsquedas se realizaron en la base de datos de la Biblioteca Electrónica Científica en Línea y Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior. Además, se realizaron búsquedas en la Biblioteca Virtual en Salud. La investigación comprendió publicaciones desde enero de 2015 hasta marzo de 2020.

Resultados y discusión: Esta revisión incluyó 13 artículos. Los instrumentos de medición más utilizados para medir las experiencias adversas de la infancia fueron el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ) y la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE). En cuanto al diseño del estudio, el 100% optó por un diseño de estudio cuantitativo.

Conclusión: Todos los estudios de esta revisión mostraron una relación significativa entre las experiencias adversas de la infancia y los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés. Un hallazgo que subraya la importancia de enfocar este tema en la atención de la salud y los servicios de salud para la población. Y, como señalan los estudios, la priorización de políticas públicas que favorezcan las intervenciones preventivas.

Palabras claves: Desarrollo infantil; Abuso infantil; Desordenes mentales.

INTRODUÇÃO

A literatura revela que a exposição às experiências adversas na infância pode causar danos significativos em seu desenvolvimento, como também está associada à psicopatologia na idade adulta (1,2). Segundo Kalmakis e Chandler (3) estas experiências se referem a uma constelação de eventos negativos relacionados e à falta de recursos individuais, familiares ou ambientais para lidar com eles satisfatoriamente, tornando-os potencialmente traumáticos. Pesquisas internacionais têm mostrado que o trauma infantil pode ter um impacto dramático na saúde mental da criança e gerar danos psicológicos na vida adulta (4).

Há evidências consistentes de que as experiências adversas na infância são um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, tais como: depressão e transtorno de ansiedade (5,6). Nesta mesma direção, estudos expõem cada vez mais as relações entre EAI e a ocorrência de comportamentos prejudiciais à saúde (7).

Estas constatações evidenciam o papel das experiências adversas na infância dentro do mosaico dos múltiplos fatores de etiopatogenia, que influenciam o desenvolvimento do transtorno psicológico (8-10). De acordo com o modelo sugerido por Kendler et al. (11), pelo menos quatro dos seguintes fatores de risco, interagindo, são necessários para a compreensão desta etiologia: (a) experiências traumáticas, (b) fatores genéticos, (c) temperamento e (d) relações interpessoais.

Segundo Garland (12) vivenciar eventos traumáticos precoces e intensos na infância pode interromper ou alterar o curso do desenvolvimento saudável. Como apontou os resultados do estudo de Teicher e Samson (13), em que se constatou uma associação positiva em pacientes depressivos com histórico de EAI, apresentando sintomas precoces, de alta gravidade, de caráter crônico e com baixa responsividade a tratamentos, assim como maior número de internações, sintomas psicóticos e história de tentativas de suicídio (14-16). Além destes efeitos, as adversidades na infância são frequentemente ligadas a uma menor qualidade de vida (17).

Kerr-Corrêa et al. (18) relatam que o transtorno depressivo é a principal consequência mental adulta do trauma infantil, além de causar sintomas ligados à impulsividade, agressividade e introspecção. Indicando uma significativa prevalência de problemas comportamentais e reduzida competência social em crianças expostas à violência (19). Ademais, a fase do desenvolvimento em que a exposição aos maus-tratos

ocorre, pode estar relacionado a maior vulnerabilidade aos transtornos psicológicos subsequente (20).

A esse respeito Cicchetti e Kim (21) revelaram que a exposição vivida na primeira infância tem efeitos deletérios, uma vez que pode comprometer a capacidade da criança dominar com êxito tarefas inerentes à fase do desenvolvimento, a exemplo da regulação emocional ou estabelecimento de apego seguro. Na mesma direção, a perspectiva da neurociência do desenvolvimento afirma que as adversidades no início da vida podem ser mais prejudiciais, pois ocorrem quando a fundação da arquitetura cerebral e dos sistemas neurobiológicos envolvidos na regulação da emoção, respostas ao estresse e processamento de recompensa estão sendo conectados (22). Complementando, Newbury et al. (23) inferem que a infância se caracteriza por ser um período em que o desenvolvimento cerebral apresenta a formação e poda de sinapses, e a exposição a maus-tratos nesta fase tem um maior potencial para se tornar literalmente ligado ao cérebro, perpetuando seus efeitos pelas demais fases.

Todavia há que se ponderar as relações familiares estabelecidas na primeira infância, uma vez que as figuras prestadoras de cuidados primários são elementos essenciais para a estruturação cognitiva do funcionamento do eu (24). Segundo o autor, as experiências precoces com o cuidador primário iniciam o que depois se generalizará nas expectativas sobre si mesmo, os outros e o mundo em geral, com implicações importantes na constituição psicológica em desenvolvimento. Quando essa experiência estabelece sentimento de segurança em relação aos cuidadores, a criança acredita em si própria, torna-se independente e explora sua liberdade (25).

Ao passo que quando exposta a figuras de apego desatentas ou abusivas com relação ao seu estado mental, o modelo de funcionamento do eu, ainda em desenvolvimento, pode sofrer deformações, estruturando-se de forma rígida, mal adaptada e inapropriada (25). Podendo provocar a desorganização e desestruturação dos mecanismos de regulação emocional (26). Nesse sentido, o estresse decorrente dos maus-tratos mostra-se mediador de alterações comportamentais, cognitivas e emocionais tendenciosamente negativas. Essa hipersensibilização para expressões negativas provocam vulnerabilidade à emissão de erros na percepção das emoções (27), impactando diretamente na capacidade do sujeito de atribuir significados e manter objetivos de vida (28) o que predispõe a ocorrência de transtornos psicológicos na vida adulta (29).

Desse modo, o objetivo desta revisão é analisar na literatura, estudos científicos que abordem a relação entre as variáveis experiências adversas na infância e transtornos psicológicos em jovens adultos, investigando a repercussão destas na psicopatologia da vida adulta. O estudo desta associação é um relevante dado acerca do impacto potencialmente destrutivo das experiências estressoras infantis em relação aos transtornos mentais e, conseqüentemente, no desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social dos indivíduos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é do tipo revisão de literatura, no qual se utilizou o método sistemático de revisão. Para a pesquisa de publicações de artigos científicos acerca da predição entre experiências adversas na infância e transtornos mentais em jovens adultos, foram utilizados os termos “experiência(s) adversa(s) na infância”, “depressão”, “ansiedade” e “estresse” também utilizou-se os termos em inglês “adverse childhood experience”, “predictor”, “depression”, “anxiety”, “maltreatment childhood” associados aos operadores booleanos “AND”, “OR” e “NOT”, a exemplo: “adverse childhood experience AND predictor AND (depression OR anxiety) NOT suicidal ideation”.

As buscas foram realizadas na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Além disso, fora realizada busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando artigos disponíveis nas bases de dados de Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). A pesquisa compreendeu as publicações de janeiro de 2015 a março de 2020. A busca dos estudos baseou-se na presença dos termos no título do trabalho, nas palavras-chave e/ou no resumo.

A proposta foi selecionar os artigos científicos que contemplassem o assunto. Para tanto, o presente estudo tem como critérios de inclusão: (1) estudos divulgados em formato de artigos científicos, disponibilizados na íntegra; (2) publicados de janeiro de 2015 até março de 2020; (3) estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; (4) que tratassem de experiências adversas/maus-tratos na infância e a predição com sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: (1) apresentação sob formato de livro ou capítulo de livro, dissertação, tese, editorial, comentário, crítica, resenha, revisões, anais e outros relatórios científicos; (2) estudos que focalizavam estritamente questões biológicas e

fisiológicas do transtorno, sem estabelecer a predição com a variável experiências adversas na infância; (3) artigos que tratavam exclusivamente de conceitos, práticas clínicas, resiliência ou outros transtornos mentais, na medida em que o foco desta revisão é a predição entre as variáveis. A figura 1 demonstra o quantitativo de artigos encontrados na presente busca.

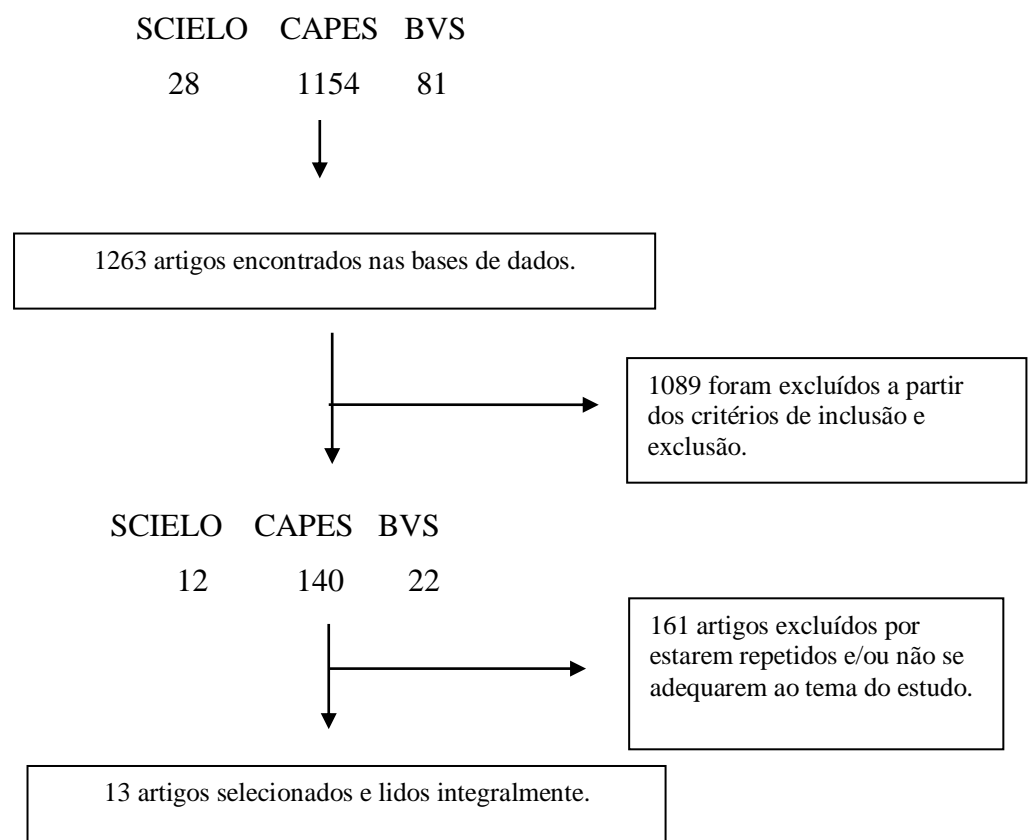


Figura 1. Quantidade de artigos encontrados e selecionados, de acordo com critérios de seleção (inclusão e exclusão). Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelas autoras do estudo.

Após todo o processo de seleção, os 13 artigos selecionados foram lidos na íntegra e, a partir da leitura, foi realizada uma caracterização da produção encontrada. Organizaram-se os achados com base nos seguintes dados: I – Título dos artigos; II – Nome dos Autores e Ano do Estudo; III – Origem do Estudo; IV - Objetivo do estudo; V - Desenho do estudo; VI – Instrumentos do estudo; VI – Amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática incluiu um total de 13 artigos. Em relação a localidade de realização do estudo, verificou-se nesta revisão que os estudos acerca desta temática têm maior produtividade na Europa (46,1%), seguido pela América do Norte, especificamente Estados Unidos (15,4%), logo depois América do Sul (15,4%) e Ásia (15,4%), e por fim Oceania (7,7%). Também foi constatado que os instrumentos de medida mais utilizados para aferir as experiências adversas na infância foram o Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e a Escala Adverse Childhood Experience (ACE). No tocante ao desenho do estudo, 100% optou por um desenho de estudo quantitativo. Dos estudos incluídos, 12 usaram o coorte transversal e retrospectivo e 1 utilizou o método longitudinal. Os demais dados bibliométricos estão explicitados no quadro 1.

Quadro 1

Dados bibliométricos dos artigos revisados.

Quadro 1. Dados bibliométricos dos artigos revisados

Autores	Origem do estudo	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Instrumentos de medida	Amostra
Pinto, Alves e Maia (30)	Portugal	Caracterizar a prevalência das experiências adversas autorrelatadas em mulheres adultas portuguesas e sua relação com sintomas depressivos.	Quantitativo; exploratório; transversal.	Escala Adverse Childhood Experience (ACE); Brief Symptoms Inventory (BSI).	225 mulheres com idades entre 18 e 78 anos.
Bellis et al (31)	Reino Unido	Examinar associações entre experiências adversas na infância e maus resultados sociais e de saúde ao longo do curso da vida.	Quantitativo; Transversal.	Escala Adverse Childhood Experience (ACE); AUDIT-C 22; Escala de Bem-Estar Mental (SWEMWBS).	1500 participantes e 67 usuários de substância, com idades entre 18 e 70 anos.
Günther et al (32)	Alemanha	Explorar relações entre maus-tratos na infância e atenção tendenciosa na depressão em adultos.	Quantitativo; Transversal.	Questionário de Trauma da Infância (CTQ); Inventário de Depressão de Beck (BDI-II); Beck Anxiety Inventory (BAI);	45 pacientes que sofrem de depressão maior.
Vitriol et al (35)	Chile	Determinar as condições clínicas e variáveis psicossociais associadas a uma	Quantitativo;	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional;	394 pacientes com depressão

		maior frequência de efeitos das experiências adversas na infância em pacientes que consultam para depressão nas Clínicas Primária de Saúde no Chile.	Descritivo; Transversal; Correlacional.	Questionário sobre Violência por parceiro; Life Experience Survey (LES); Escala de Avaliação de Hamilton para depressão (HRDS).	maior.
Badr et al (36)	Kuwait	Examinar a associação entre exposição a maus-tratos na infância, fatores sociodemográficos e estado de saúde mental e auto-estima dos estudantes.	Quantitativo; Transversal.	DASS-21; Escala de auto-estima de Rosenberg.	1270 estudantes entre 18 e 25 anos do Kuwait.
Uchida et al (33)	Tokyo	Esclarecer os efeitos indiretos da experiência de maus-tratos na infância sobre sintomas depressivos e avaliação de eventos de vida em idade adulta através do traço de ansiedade.	Quantitativo; Transversal.	Health Questionnaire-9; Inventário de Ansiedade STAI-Y; Escala de Abuso e Trauma Infantil – CATS; Life Experiences Survey.	404 participantes.
Cohen-Woods et al (37)	Australia	Investigar a interação entre exposição a maus-tratos na infância e a extensa variação genética dentro da via da inflamação (PCR, IL1b, IL-6, IL11, TNF, TNFR1 e TNFR2) em relação ao diagnóstico de depressão.	Quantitativo; Transversal.	Questionário de Trauma da Infância (CTQ).	550 participantes sendo 262 diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior e 288 controles não afetados.
Newbury et al (23)	Inglaterra	Explorar a validade e a utilidade de auto-relatos retrospectivos versus prospectivos de maus-tratos na infância.	Quantitativo; Longitudinal.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).	2055 participantes.
Waikamp e Serralta (34)	Brasil	Examinar as influências dos traumas infantis nos sintomas psicopatológicos na vida adulta.	Quantitativo; Transversal; Correlacional Explicativo.	Questionário de Trauma da Infância (CTQ); Brief Symptom Inventory – (BSI).	201 participantes.
Klumparendt et al (38)	Alemanha	Compreender melhor os processos psicológicos mediadores de maus-tratos infantis e depressão maior.	Quantitativo; Transversal.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ); Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9); Escala de Dificuldade em Regulação Emocional (DERS); Questionário de Atribuições Depressivas	1027 participantes.

				(DAQ);	
Mwachofi et al (39)	United States	Examinar os efeitos das experiências adversas na infância na vida adulta.	Quantitativo; Transversal.	Escala Adverse Childhood Experience (ACE);	13900 participantes com idades entre 18 e 70 anos.
Carstensen et al (40)	Dinamarca	Descrever a ocorrência de eventos adversos da vida em uma grande amostra representativa da população da Dinamarca.	Quantitativo; Transversal.	Medida de Adversidade (CLAM).	7493 participantes.
Hajat et al (41)	Washington.	Examinar perfis de diferentes trajetórias de adversidade ao longo da vida e investigar sua associação com resultados socioeconômicos e de saúde.	Estudo descritivo; Transversal.	Escala Kessler-6.	7953 adultos com 18 anos ou mais.

Nota. Elaborado pelos autores do estudo. Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Todos os estudos selecionados utilizaram questionários de autorrelatos para coleta de informações. Cinco estudos (38,5%) adotaram as experiências adversas na infância como uma variável “guarda-chuva”, uma vez que incluíram nas investigações todas as suas formas: abuso sexual, físico e psicológico; negligência física e emocional e conflitos/violência familiares. Ao passo que, oito estudos (61,5%) optaram por investigar uma ou duas variáveis, sendo as mais citadas: práticas parentais negativas e/ou insuficientes, negligência/abuso emocional e/ou físico e histórico de doença mental em algum membro da família.

Entre os artigos, 38,5% afirmaram que as experiências adversas na infância coocorrem e são prevalentes. Corroborando com este achado, constatou-se que 46,2% dos estudos relataram o efeito deletério provocado pelo acúmulo destas experiências ao longo do tempo. E 15,3%, evidenciaram a associação entre vivências de maus-tratos a comportamentos de risco à saúde física.

Como especificado no quadro 1, os estudos selecionados utilizaram vários instrumentos de medida para mensurar e analisar os aspectos da exposição às experiências adversas na infância, bem como a associação com transtornos psicológicos. O enfoque dado a estes últimos se concentrou, primeiramente, na depressão, seguido por ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático.

A seguir, são apresentadas sínteses dos principais resultados e conclusões dos estudos revisados. Pinto, Alves e Maia (30) afirmam em seu estudo, realizado

exclusivamente com mulheres, que 96% da amostra relatou ter sofrido pelo menos uma experiência adversa na infância e verificaram que estas são preditoras da sintomatologia depressiva e tentativa de suicídio. Esses achados corroboram com o estudo de Newbury et al. (23) quando afirmam que os participantes que foram maltratados durante a infância eram significativamente propensos a ter uma série de problemas psiquiátricos no início da idade adulta. Na mesma direção, Bellis et al. (31) verificaram que além dos problemas psicológicos, as experiências adversas na infância estão relacionadas a problemas sociais ao longo da vida na população estudada.

Na pesquisa de Günther et al. (32), afirmam-se que as experiências adversas na infância são um fator de risco para depressão e que as experiências parentais negativas ou insuficientes, permeadas por críticas e humilhação verbal, bem como falta de apoio, podem levar a uma consolidação de estilos negativos de pensamento cognitivo. Este achado dialoga com o estudo de Uchida et al. (33) ao relatar que a negligência emocional é o fator de maior influência para a ocorrência de Transtorno Depressivo Maior e sintomas depressivos em adultos da comunidade.

Os autores Waikamp e Serralta (34) identificaram uma alta prevalência do abuso emocional e negligência emocional, observando a presença destes em 88% dos participantes do estudo, enquanto o abuso físico, negligência física e abuso sexual, demonstraram, respectivamente, prevalências de 8%, 65% e 46% destes. Os autores identificaram que o índice de trauma total prediz o nível de sofrimento psicológico.

Vitriol et al. (35) afirmaram que as EAIs constituem fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de patologias mentais. Os autores inferem que a exposição ao estresse em um período vulnerável do desenvolvimento ocasiona danos específicos nas áreas do cérebro envolvidas na regulação emocional. Achados estes que coadunam com o encontrado no estudo de Badr et al. (36), em que se verificou uma associação entre exposição intensa a maus-tratos na infância e aumento da prevalência e gravidade de problemas de saúde mental na vida adulta. Já os autores Cohen-Woods et al. (37) afirmaram que a exposição a maus-tratos precoces pode modificar a experiência epigenética, de modo a predispor o sujeito a um risco maior de desenvolvimento de formas graves de sintomas depressivos.

Klumparendt et al. (38) confirmaram uma forte relação de predição entre experiências adversas infantis e transtornos psicológicos. Os resultados indicaram as seguintes taxas de formas graves e extremas de traumas infantis: 18,4% de negligência emocional, 17% de abuso emocional, 7,1% de negligência física, 6,5% de abuso físico e

5,9% de abuso sexual. Também verificaram a correlação positiva entre EAI e sintomas depressivos, em que níveis altos de EAI correspondiam a presença de uma maior quantidade de sintomas depressivos graves.

Mwachofi et al (39) confirmaram a hipótese de que indivíduos que vivenciaram EAI tem probabilidade significativamente maior de serem diagnosticados com depressão. Os autores concluem que há diferenças significativas na saúde mental na idade adulta de afetados por experiências adversas precoces em comparação àqueles que não as experienciaram. Essa conclusão corrobora com o estudo de Carstensen et al. (40) que afirmaram que os eventos negativos de vida são preditores de transtornos psicológicos.

Ademais, Hajat et al (41) inferiram que todas as formas de experiências adversas na infância têm desfechos negativos, embora a intensidade varie. Por isso, os autores acrescentaram que o efeito cumulativo de estressores crônicos e repetidos são extremamente deletérios e alteram o funcionamento de diversos sistemas fisiológicos.

Esta revisão sistemática da literatura demonstrou que diferentes tipos de experiências adversas na infância estão associados com transtornos psicológicos na vida adulta, principalmente com os transtornos depressivos, ansiosos e de estresse, revelando que a negligência emocional e o abuso emocional, ocupam a centralidade nas relações de predição entre estas variáveis, aparecendo em 46,2% dos estudos (32-34,36,38,39). Ao passo que abuso físico e sexual foram associados com os transtornos depressivos, ansiosos e de estresse, em 23% dos estudos (23,35,40), enquanto os demais autores, 30,8%, afirmaram que todas as formas de EAI são deletérias a saúde mental do adulto, com ressalva especial ao seu caráter cumulativo e crônico.

Dentre os estudos revisados, diversas teorias fundamentaram as explicações desta relação. Destaca-se que as teorias citadas se dividiram entre bases psicanalíticas, cognitivo-comportamentais e de cunho psicofisiológico. As teorias pertencentes ao primeiro grupo foram: teoria da Desesperança da Depressão e teoria Psicodinâmica. Já as teorias da Cognição e da Inoculação do Estresse pertencem a segunda perspectiva e, por fim referindo-se ao último grupo, a teoria do Estresse Precoce.

Na tentativa de abarcar os mecanismos provenientes da negligência emocional e abuso emocional no advento de sintomas psicopatológicos na idade adulta, Günther et al. (32) se vale da teoria da Cognição, sendo esta alicerçada no conceito de processamento cognitivo negativo de informações emocionais, ou seja, as experiências adversas na infância, em especial as de cunho emocional, consolidam esquemas

distorcidos ou disfuncionais das experiências, aumentando a suscetibilidade ao desenvolvimento da depressão e explicando a persistência e recorrência dos sintomas.

Especificamente quanto a negligência emocional, pode-se citar ainda a teoria intitulada teoria da Desesperança da Depressão (42), discutida no estudo de Klumpp et al. (38) que afirma que esta EAI é a responsável pela dificuldade de regulação emocional, uma vez que este é um processo que ocorre na infância, intermediada pelos cuidadores primários. Os autores alegam que uma atmosfera familiar que expõe a criança a abusos e negligências de forma repetida e crônica contribui para uma tendência desta a atribuir a eventos negativos causas internas, estáveis e globais. Este estilo de atribuição negativo constitui o núcleo da teoria e descreve um risco aumentado para transtornos depressivos. Outrossim, prejudica o desenvolvimento da auto-regulação em um nível emocional e cognitivo, como afirma o estudo de Grassi-Oliveira (43).

Na mesma direção, os autores Waikamp e Serralta (34), inferem que os cuidados primários são essenciais para a regulação emocional, estruturação psíquica, capacidade reflexiva e autonomia. Desse modo, expor crianças a experiências adversas, especialmente no ambiente intrafamiliar é potencialmente prejudicial, pois acarreta um rompimento de confiança com as figuras de cuidado. Portanto, vivências traumáticas e falhas graves nas relações precoces podem interromper ou alterar o curso desenvolvimento saudável, levando à falta de confiança nos objetos e à diminuição de recursos psicológicos (44). Estas constatações se deram à luz da teoria Psicodinâmica (45), que consiste na compreensão do psiquismo em seus processos dinâmicos.

Compondo o leque de estudos desta revisão sistemática, há ainda as pesquisas que buscam integrar os conhecimentos biológicos à explicação da relação entre o papel da negligência emocional e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, a exemplo do estudo de Uchida et al. (33). Os autores hipotetizam que estas experiências induzem a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e hipofunção do hipocampo. Ressaltam que esta alteração também é identificada na ansiedade e pode ser um fator de vulnerabilidade para a depressão induzida pelo estresse. Essas mudanças biológicas associadas à maus-tratos na infância e o aumento da ansiedade são apontados como a base neural para o início da depressão.

Além dos autores anteriores, Badr et al. (36) e Vitriol et al. (35) produzem estudos que abordam a interlocução entre experiências adversas na infância e alteração no sistema neuroimunoendócrino. Os autores discorrem sobre a relevância da

negligência emocional e do abuso emocional no curso do desenvolvimento do indivíduo. O estresse desenvolvido como uma ramificação para os maus-tratos na infância está associado à interrupção do desenvolvimento inicial do cérebro, e formas severas de estresse podem prejudicar o desenvolvimento do sistema nervoso e imunológico (46).

Sob a mesma ótica de integração, Hajat et al. (41) embasaram seu estudo à luz da teoria do Estresse Precoce (47). Essa teoria evidencia que quando o estresse ocorre precocemente, ele passa a desempenhar um importante elemento na produção e exacerbação de uma variedade de modificações fisiológicas e psicológicas, acarretando “cicatrizes” biológicas e psicológicas que dificilmente irão cicatrizar. E que estão fortemente associadas à depressão, desesperança, ideação suicida e ansiedade, conforme observado em outros estudos (48).

Carstensen et al. (40) citam a teoria da Inoculação do Estresse (49). Esta teoria alerta para o caráter crônico e recorrente das experiências adversas na infância, bem como seus efeitos deletérios ao esgotar os mecanismos compensatórios na restauração da homeostase. Em lógica concorrente, os autores Cohen-Woods et al. (37) objetivaram mapear os genes envolvidos na interação entre as adversidades da infância e depressão.

Superando as diversidades teóricas, há uma unidade que intersecciona todos os estudos, as intervenções clínicas e assistenciais. Em todos as pesquisas analisadas, os autores indicaram que a intervenção/tratamento deve ter uma abordagem específica para sobreviventes de experiências adversas na infância. Em alguns estudos esse apontamento aparece sistematizado, como é o caso dos autores Vitriol et al. (35). Estes reforçam que a complexidade clínica dos pacientes com psicopatologia na fase adulta e histórico de trauma na infância exigiria um tratamento diferenciado, e propõem o modelo de tratamento do trauma informado (TIT).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que todos os estudos desta revisão sistemática evidenciaram uma relação significativa entre experiências adversas na infância e sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. É importante destacar que os estudos citados acima foram realizados em populações por todo o globo, indicando o consistente efeito prejudicial destas experiências na saúde física e mental na idade adulta. Constatação que fundamenta a importância de se deter sobre essa temática nos serviços assistenciais e de saúde à população. E, como apontado pelos estudos, a priorização em políticas públicas que favoreçam intervenções de prevenção e articulação de esforços intersetoriais.

Portanto, esta revisão aponta à necessidade do desenvolvimento de estudos brasileiros, que investiguem esse fenômeno e compreenda suas nuances.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Felitti VJ, Anda, RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM. 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*. 1998 May; 14(4): 245-258.
2. Hovens JGFM, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BWJH, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011 Dec 19; 126(3): 198-207.
3. Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*. 2013 Nov 9; 70(7): 1489– 1501.
4. Li M, D'arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*. 2016; 46(4): 717-730.
5. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JGFM, Roelofs K, Zitman FG, Penninx BWJH. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2010 March 20; 126: 103–112.
6. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, Straten A. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*. 2011 Jul 20; 65(6): 354-64.
7. Greenfield SF, Pettinati HM, O'Malley S, Randall PK, Randall CL. Gender Differences in Alcohol Treatment: An Analysis of Outcome from the COMBINE Study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 October 1; 34(10): 1803–1812.
8. Kessler RC. The Effects of Stressful Life Events on Depression. *Rev. Psych*. 1997 Feb; 48:191–214.
9. Rosenman S, Rodgers B. Childhood adversity in an Australian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004 Mar 10; 39: 695–702.
10. Pirkola S, Isometsä E, Aro H, Kestilä L, Hämäläinen J, Veijola J, Kiviruusu O, Lönnqvist J. Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders Results from the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 2005 Nov; 40(10):769-77.

11. Kendler KS, Kessler RC, Neale MC. A Longitudinal Twin Study of Personality and Major Depression in Women. *Archives of General Psychiatry*. 1993 Dec; 50(11): 853-62.
12. Garland C. Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado. In: C. L. Eizirik, R.W. Aguiar, & S.S. Schestatsky, S. S. (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
13. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*. 2013; 170: 1114–1133.
14. Alvarez MJ., Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà J, Arrufat FX. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011; 199: 156–161.
15. Gil A, Gama CS, De Jesus DR, Lobato MI, Zimmer M, Belmonte-de-Abreu P. The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse and Neglect*. 2009; 33: 618–624.
16. Larsson S, Aas M, Klungsøyr O, Agartz I, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Rossberg JI, Melle I, Andreassen OA, Lorentzen S. Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC Psychiatry*. 2013 Mar 22; 13: 97.
17. Sala R, Goldstein BI, Wang S, Blanco C. Childhood maltreatment and the course of bipolar disorders among adults: epidemiologic evidence of dose-response effects. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Aug; 165: 74–80.
18. Kerr-Corrêa F, Tucci AM, Formigoni LOS. Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse and Neglect*. 2010 Feb; 34 (2): 95-104.
19. Wolfe DA, Jaffe PJ, Wilson S, Zak L. Children of battered women: Relation of child behavior to family violence and maternal stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1985; 53 (5): 657–665.
20. Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC. Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 11: 176-84.
21. Cicchetti D, Kim J. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51(6), 706–716.

22. McLaughlin KA, Kubzansky LD, Dunn EC, Waldinger R, Vaillant G, Koenen KC. Childhood Social Environment, Emotional Reactivity to Stress, and Mood and Anxiety Disorders across the Life Course. *Depress Anxiety*. 2010 Dec; 27(12): 1087–1094.
23. Newbury JB, Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Danese A, Baldwin JR, Fisher HL. Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal Psychiatric Research*. 2018 Jan; 96: 57-64.
24. Bowlby J. Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas. 1989.
25. Dalbem JX, Dell'Aglio DD. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2005; 57(1): 12-24.
26. Mikulincer M, Shaver PR. Boosting Attachment Security to Promote Mental Health, Prosocial Values, and Inter-Group Tolerance. *Psychological Inquiry*. 2007; 18 (3): 139–156.
27. Boeckel MG. Ambientes familiares tóxicos: impactos da violência conjugal na vinculação entre mães e filhos, no reconhecimento de emoções e nos níveis de cortisol. 2013. 41 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
28. Boyer L, Simeoni MC, Loundou A, D'Amato T, Reine G, Lancon C, Auquier P. The development of the S-QoL 18: a shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. *Journal Schizophrenia Research*. 2010; 121: 241–250.
29. Labonté B, Suderman M, Maussion G, Navaro L, Yerko V, Mahar I, Bureau A, Mechawar N, Szyf M, Meaney MJ, Turecki G. Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 2012 July; 69 (7): 722-731
30. Pinto VCP, Alves JFC, Maia AC. Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. *Estudos de Psicologia*. 2015 Out; 32(4): 617-625.
31. Bellis MA, Leckenby HLN, Hughes K, Harrison D. Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*. 2015 April 14; 36 (1): 81–91.
32. Günther V, Dannlowski U, Kersting A, Suslow T. Associations between childhood maltreatment and emotion processing biases in major depression: results from a dot-probe task. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 123-132.
33. Uchida Y, Takahashi T, Katayama S, Masuya J, Ichiki M, Tanabe H, Kusumi I, Inoue T. Influence of trait anxiety, child maltreatment, and

adulthood life events on depressive symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018 Dec 22; 14: 3279–3287.

34. Waikamp V, Serralta FB. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciências Psicológicas*. 2018 Mar 19; 12 (1): 137 - 144.

35. Vitriol V, Cancino A, LeiVa-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S, Cáceres C, MazáBal M, Asenjo A. Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile. *Rev Med Chile*. 2017 Ago 28; 145: 1145-1153.

36. Badr HE, Naser J, Al-Zaabi A, Al-Saedi A, Al-Munefi K, Al-Houli S, Al-Rashidi D. Childhood maltreatment: A predictor of mental health problems among adolescents and young adults. *Child Abuse & Neglect*. 2018 Mar 10; 80: 161–171.

37. Cohen-Woods S, Fisher HL, Ahmetspahic D, Douroudis K, Stacey D, Hosang GM, Korszun A, Owen M, Craddock N, Arolt V, Dannlowski U, Breen G, Craig IW, Farmer A, Baune BT, Lewis CM, Uher R, McGuffin P. Interaction between childhood maltreatment on immunogenetic risk in depression: Discovery and replication in clinical case-control samples. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2018 Sep 1; 67: 203–210.

38. Klumpparentt A, Nelson J, Barenbrügge J, Ehring T. Associations between childhood maltreatment and adult depression: a mediation analysis. *BMC Psychiatry*. 2019 Jan. 22; 19 (1).

39. Mwachofi A, Imai S, Bell RA. Adverse childhood experiences and mental health in adulthood: Evidence from North Carolina. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Feb 12; 267: 251–257.

40. Carstensen TBW, Ornbol E, Fink P, Jorgensen T, Dantoft TM, Madsen AL, Buhmann CCB, Eplöv LF, Frostholm L. Adverse life events in the general population – a validation of the cumulative lifetime adversity measure. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020 Feb 10; 11: 1- 14.

41. Hajat A, Nurius P, Song C. Differing trajectories of adversity over the life course: Implications for adult health and well-being. *Child Abuse & Neglect*. 2020 Feb. 04; 102: 104392.

42. Rose DT, Abramson LY. Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. In Cicchetti D.; Toth, S. Rochester symposium of developmental psychopathology. New York: University of Rochester Press. 1992.

43. Grassi-Oliveira R. Traumatologia Desenvolvimental: O Impacto da Negligência na Infância na Memória de Adultos. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

44. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre o desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Brasil: ARTMED. 1983.

45. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo, Brasil: Martins Fontes. 1996.
46. Organização Mundial da Saúde (OMS). Maus tratos infantis. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>
47. Shonkoff JP. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2012 Oct. 16; 109 (2): 17302–17307.
48. Sousa MBC, Silva HP, Galvão-Coelho NL. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. *Estudos de Psicologia*. 2015 Jan.; 20(1): 2-11.

5.2 Artigo 2

Título: Ansiedade, Depressão e Estresse: Um Estudo com Jovens Adultos na Região Norte do Ceará

Em 2017 o Brasil liderou o ranking latino-americano de perturbações mentais e a quinta posição mundial, destacando-se as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor (OMS, 2017). De acordo com o novo Relatório Global, a depressão atinge 5,8% da população brasileira (11.548.577).

Os distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9.3% (18.657.943) das pessoas que vivem no país (OMS, 2017). A ansiedade é um fenômeno referente a diversos eventos subjetivos, a exemplo dos estados internos dos sujeitos e os processos comportamentais emitidos. Para Zamignani & Banaco (2005), a ansiedade consiste na emissão de respostas de fuga e esquiva com o objetivo de eliminar estímulos aversivos. Pode também ser definida como um estado desagradável que gera excitação e sentimento de ameaça (Correia & Linhares, 2007). Portanto evidencia-se que este fenômeno envolve aspectos psicológicos, fisiológicos e sociofamiliares (Gorenstein & Andrade, 1998).

No tocante a depressão a OMS (2017) afirma ser uma doença comum em todo o mundo, com mais de 300 milhões de pessoas afetadas. A depressão é diferente das flutuações regulares de humor e das respostas emocionais de curta duração aos

desafios da vida cotidiana. Especialmente quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma séria condição de saúde. Esta condição pode levar a pessoa afetada a um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade de 15 a 29 anos (OMS, 2017).

Nas situações adversas, o estresse vem como uma resposta adaptativa (Costa, 2015). O estresse pode ser entendido como um processo complexo de emissão de respostas pelo indivíduo frente a um estressor interno e externo. Zamignani & Banaco (2005) definem o estresse como uma alteração na relação do indivíduo com o ambiente, devido a alterações ambientais aversivas, o que lhe demanda um novo repertório comportamental. Caso o indivíduo não apresente respostas comportamentais adaptativas, o estresse tende a agravar-se. (Lipp, 2006; Lipp & Malagris, 2001; Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

A depressão e ansiedade como construtor teórico são bem delimitadas e distintas, assim como seus critérios diagnósticos. No entanto na investigação clínica tende a ser uma tarefa difícil, uma vez que os sintomas tendem a sobrepor-se; a aparecer de forma simultânea ou numa relação de comorbidade (Lovibond & Lovibond, 1995). Por isto, as medidas tradicionais não conseguem distinguir claramente os eventos ansiosos dos eventos depressivos (Antony, Cox, Enns & Swinson, 1998). Com o propósito de ultrapassar esta limitação foi criada a escala Depression Anxiety Stress Scale (DASS) de Lovibond & Lovibond (1995) e adaptada com uma versão resumida em 2004, por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal. Sendo assim, da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), resultou a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21). Em 2016, Patias, Machado, Bandeira & Dell'Aglio procederam à adaptação e validação brasileira da versão reduzida da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), designada Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21). (Patias, et al., 2016). O modelo teórico que fundamenta os estudos das escalas DASS-21/EADS-21 se fundamenta no modelo tripartido, o qual propõe a existência de três dimensões: afeto negativo, afeto positivo e excitação somática (Holander-Gijsman, et al., 2012; Watson & Clark, 1995).

Frente à elevada prevalência de perturbações de ansiedade e depressivas na população brasileira e evidência que estudos de adaptação e validação de instrumentos

em saúde mental requer uma adaptação cultural, o objetivo central do presente estudo é avaliar as qualidades psicométricas da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Pais-Ribeiro, et al., 2004), verificar os níveis de ansiedade, depressão e estresse em jovens adultos e analisar diferenças nestes sintomas emocionais considerando variáveis sociodemográficas.

MÉTODO

Participantes

Participaram 366 jovens adultos brasileiros, sendo ($n = 211$, 57.7%) mulheres e ($n = 155$, 42.3%) homens, com uma média de idade de 18.72 anos ($DP = 0.79$; $Min = 18$; $Max = 20$). Em termos de escolaridade referente a anos de estudo, maioritariamente, ($n = 112$, 30.6%) estudaram 15 anos. No que tange a independência financeira, maioritariamente, referem não ter independência ($n = 329$, 89.9%). Quanto a ocupação, ($n = 279$, 76.2%) apenas estudam e ($n = 78$, 21.3%) trabalham e estudam, estando ($n = 281$, 77%) a residir com os pais. Referente ao lazer, ($n = 266$, 72.7%) dizem ter tempo destinado ao lazer e maioritariamente ($n = 312$, 85.2%) referem ter uma religião. No tocante a percepção sobre sua saúde mental, ($n = 356$, 97.3%) disseram não ter problemas graves de saúde mental. Com relação ao consumo de álcool e outras drogas, ($n = 48$, 13.1%) falaram ter consumido drogas e ($n = 318$, 86.9%) falaram nunca ter consumido drogas. Já no que se refere a bebida alcoólica ($n = 162$, 44.3%) afirmaram ter feito ingestão, enquanto que ($n = 203$, 55.5%) afirmaram nunca ter ingerido tal substância.

Material

Neste estudo utilizou-se dois instrumentos. O *Questionário Geral* sobre a situação social e familiar (Basto-Pereira, et al., 2019), pretende fazer uma avaliação das características sociodemográficas, sociais e familiares atuais, incluindo questões sobre a informação sociodemográfica; estado civil, histórico escolar e profissional e estrutura familiar. Este questionário foi desenvolvido para o estudo mais amplo, qual esta pesquisa faz parte (SOCIALDEVIANCE1820, 2018).

A *Escala Depressão, Ansiedade e Stress* (EADS-21), desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995), teve como objetivo abarcar a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão em medida válida e confiável. Porém o instrumento

desenvolvido pelos referidos autores, por meio de uma análise fatorial, demonstrou um novo fator em que foram inclusos itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e depressão. Estes novos itens foram agrupados num fator denominado “Estresse” dizem respeito às dificuldades em relaxar, irritabilidade, agitação (Pais-Ribeiro, et al., 2004). A versão brasileira da Escala EADS-21 ratificou possuir propriedades semelhantes às da versão original, verificando-se o modelo tripartido: depressão, ansiedade e estresse, tendo coeficiente de consistência interna de .81 (Pais-Ribeiro, et al., 2004). O Alfa de *Cronbach*’s desta pesquisa foi de .94.

Procedimento

O Questionário Geral e a Escala EADS-21 foram aplicadas de forma individual ou coletiva em local reservado, atendendo aos procedimentos éticos de aplicação da resolução 466/2012 do Comitê de Ética, que regula pesquisas com seres humanos, buscando amenizar qualquer interferência que pudesse vir a atrapalhar a pesquisa.

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva das respostas dos 366 participantes no estudo. A estrutura fatorial do instrumento EADS-21 numa amostra de jovens adultos na região norte do Ceará, foi primeiramente avaliada através da análise fatorial exploratória (AFE) com o software *IBM SPSS Versão 23* para Windows. Para testar a validade do instrumento, procedeu-se a uma análise de componentes principais utilizando rotação Varimax. A análise de confiabilidade de consistência interna dos itens de cada dimensão (depressão, ansiedade e estresse), efetuou-se recorrendo ao alfa de *Cronbach*.

Por fim, para haver uma maior uma maior confiabilidade dos dados procedeu-se à análise fatorial confirmatória (CFA), por meio do software *IBM SPSS Amos 23*, considerando-se a matriz de covariâncias e adotando o método de estimação ML (Maximum Likelihood). O modelo foi testado tendo em conta os principais índices de ajustamento ($X^2/g.l.$; GFI; CFI e RMSEA).

Por outro lado, esperou-se haver diferenças estatisticamente significativas ao nível de ansiedade, depressão e estresse em função do sexo e idade.

RESULTADOS

Resultados descritivos do EADS-21

Referente a subescala *Ansiedade*, os participantes obtiveram uma média total de 6.30, sendo que os resultados mínimo e máximo situaram-se entre 0 e 21 pontos. Relativamente à análise da consistência interna da subescala, no presente estudo, o alfa de *Cronbach* foi de .90. Relativamente à *Depressão*, verifica-se uma média total de 6.69, sendo que os resultados mínimo e máximo situaram-se entre 0 e 21 pontos. O alfa de *Cronbach* para esta subescala foi de .88. Referente ao *Estresse*, verifica-se uma média total de 8.70, sendo que os resultados mínimo e máximo situaram-se entre 0 e 21 pontos, sendo o alfa de *Cronbach* foi de .70.

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Os resultados da AFE realizada indicam uma estrutura fatorial com 3 fatores, KMO de 0.95, teste de esfericidade de Bartlett = 4197,329 (210); $p < 0.001$ e variância total explicada de 58.17%, o que indica uma muito boa adequabilidade da AFE.

Análise Fatorial Confirmatória (CFA)

Com o objetivo de comprovar a unidimensionalidade da escala, realizou-se uma análise fatorial confirmatória (CFA) pelo método de estimação Maximum Likelihood (ML). De acordo com a CFA, observaram-se os seguintes resultados: $X^2/g.l. = 3.02$; GFI = 0.86; CFI = 0.90; RMSEA = .074. A figura 1 representa a CFA.

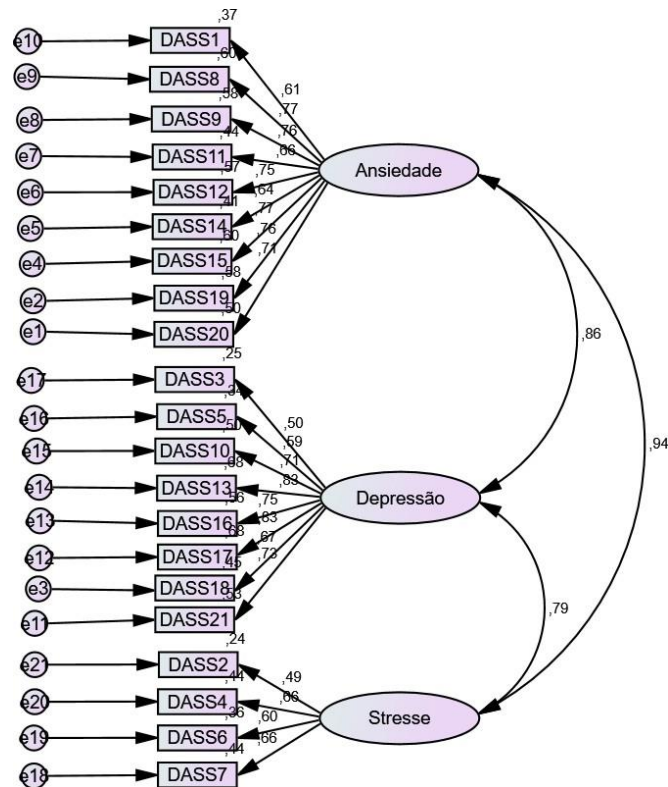


Figura 2. Análise de Diferença

$\chi^2/g.l. = 3.02$; $GFI = 0.86$; $CFI = 0.90$; $RMSEA = .074$

Análise de Diferenças

Não há diferenças significativas ao nível da ansiedade $t(.364) = -.642$, $p = .521$, depressão $t(.362) = .678$, $p = .498$ e estresse $t(.360) = -1.098$, $p = .273$ em função do sexo. Também não há diferenças significativas ao nível da ansiedade $t(.364) = -.783$, $p = .434$, depressão $t(.360) = -1.497$, $p = .839$ e estresse $t(.360) = -1.098$, $p = .135$ em função da escolaridade.

DISCUSSÃO

Este estudo visou avaliar as qualidades psicométricas da Escala EADS-21, verificar os níveis de ansiedade, depressão e estresse em jovens adultos e analisar diferenças nestes sintomas emocionais considerando variáveis sociodemográficas (sexo e escolaridade). Em termos dos níveis de ansiedade, depressão e estresse desta amostra de jovens adultos, tendo em conta a média obtida,

verifica-se que estes são reduzidos de acordo com as três subescalas. Portanto, estes participantes parecem apresentar respostas adaptativas ao meio em que vive. Contudo, a subescala estresse têm uma média mais elevada, porém, ainda assim, considerada baixa ($M = 8.70$).

Referente ao estudo psicométrico da EADS-21, realizado a partir das análises fatoriais exploratória e confirmatória, verifica-se que ambas têm um bom ajustamento aos dados. Mesmo sendo considerado as três subescalas e os itens terem saturados em subescalas diferentes correspondem ao esperado em termos teórico, pois, é relevante ter em conta a população a qual o instrumento é validado. Além disso, as subescalas apresentam níveis adequados de consistência interna comparado ao original. Apesar de dois itens possuírem pesos fatoriais abaixo de .30, fez-se sentido deixar no modelo tendo em consideração a semântica entre os itens, e principalmente, o ajuste do modelo aos dados.

É de salientar, no entanto, que nesta validação apenas a subescala depressão manteve maioritariamente os itens iguais ao original, sendo acrescentado o item 18. Assim os itens da subescala depressão nesta população são: Itens: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 18 e 21 e o alfa de *Cronbach* .88. Contudo, a subescala ansiedade e depressão, os itens saturaram em subescalas diferentes. Assim, de acordo com o original a subescala ansiedade os itens são: 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20, nesta validação permanece o mesmo nome da subescala, devido a semântica de conteúdo existente entre eles, pois os itens abordam aspetos acerca de sintomas da ansiedade (dificuldades em relaxar, alteração no coração, etc), porém com os seguintes itens: 1, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 19 e 20 e com o alfa de *Cronbach* .90. Apesar dos participantes neste estudo, não apresentarem ansiedade de acordo com a média, a literatura refere que os jovens no contexto em que vivem podem identificar e identificar-se no dia a dia com os sintomas de ansiedade (Lopez, et al., 2013), por isso, também pode-se considerar a semântica dos itens nesta subescala.

Na subescala *estresse* de acordo com o original os itens são: 6, 8, 11, 12, 14 e 18, contudo, nesta validação permanece o mesmo nome da subescala, também devido a semântica de conteúdo existente entre eles, pois os itens abordam aspetos acerca de sintomas de estresse (falta de respirar, tremores, etc), porém com os seguintes itens: 2, 4, 6 e 7 e com o alfa de *Cronbach* .70.

Os resultados deste estudo também vão ao encontro da literatura, pois o estudo desenvolvido por Pinto e colaboradores (2015), com a aplicação do EADS-21 em

jovens portugueses, também não encontraram diferenças significativas nos sintomas emocionais a partir das variáveis sociodemográficas sexo e escolaridade.

Pode-se concluir que este estudo confirma as propriedades psicométricas da presente versão da EADS-21, de acordo com o modelo (Ansiedade, depressão e estresse) desenvolvido por Watson & Clark (1995), sendo considerada uma ferramenta relevante para ser utilizada na detecção de estados emocionais negativos em vários contextos: escolar, cuidados de saúde primário, entre outros, no sentido de avaliar a dimensão dos níveis de ansiedade, depressão e estresse e poder intervir de forma mais eficaz, contribuindo para melhorar as referidas dimensões emocionais.

REFERÊNCIAS

- Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W. and Swinson, R.P. (1998) Psychometric Properties of the 42-Item and 21-Item Versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in Clinical Groups and a Community Sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181. DOI: 10.1037/1040-3590.10.2.176
- Basto-Pereira, M., Queiroz-Garcia, I., Maciel, L., Leal, I., & Gouveia-Pereira, M. (2019). An International Study of Pro/Antisocial Behavior in Young Adults. *Cross-Cultural Research*. DOI: 1069397119850741.
- Correia, L. L.; & Linhares, M. B. M (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 1-8. DOI: 10.1590/S0104-11692007000400024
- Costa, T. S. (2015). *Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro* (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Brasil. Recuperado de <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/wp-content/uploads/dissertacoes-e-teses/ciencias-da-saude/doutorado/2015/2015-Tarciana-Sampaio-Costa-DO.pdf>
- Gorenstein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 245-250.
- Holander-Gijsman, M., Wardenaar, K., Beurs, E., Wee, N., Mooijaart, A., Buuren, S., & Zitman, F. (2012). Distinguishing symptom dimensions of

- depression and anxiety: An integrative approach. *Journal of Affective Disorders*, 136, 693-701. DOI: 10.1016/j.jad.2011.10.005
- Lipp, M. E. (2006). Teoria de temas de vida do stress recente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVI, 3, 82-93.
- Lipp, M. E., & Malagris, L. E. N. (2001). O estresse emocional e seu tratamento. Em: B. Range (Org.) *Terapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 475-489). São Paulo: Artmed.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. DOI: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria RS*, 25, 65-74. DOI: 10.1590/S0101-81082003000400008
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:autenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839. Acesso em: 16 de novembro. 2019.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond & Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Patias, N. D., Machado, W. L., Bandeira, D. R. & Dell'aglio, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptation and Validation for Brazilian Adolescents. *Psico-USF* [online]. 21(3), 459-469.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163. DOI: 10.15309/15psd160202
- Zamignani, D. R., & Banaco, J. S. (2005). *Propostas Analítico-Comportamentais para o Manejo de transtornos de ansiedade: análise de casos clínicos*. In: H. M. Sadi e N. M. S. Castro: ciência do comportamento: conhecer e avançar. Santo André: ESETec.
- Watson, D., & Clark, L. (1995). Testing a Tripartite Model: I. Evaluating the

Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14. DOI: 10.1037/0021-843X.104.1.

5.3 Artigo 3

Título: Um Estudo sobre as Variáveis de Predição e Diferenças de Experiências Adversas na Infância para Sintomas Ansiosos, Depressivos e de Estresse

Questões ainda não respondidas sobre experiências adversas na infância (EAI) ganham cada vez mais espaço como problemas de pesquisa, seja para o entendimento dos efeitos da negligência emocional e física, seja para a investigação das repercussões do abuso físico, psicológico ou sexual (Humphreys et al, 2020), ou ainda para compreensão do impacto das disfunções familiares no curso do desenvolvimento (Felitti et al. 1998).

Devido ao seu alto teor de morbimortalidade e impacto negativo na qualidade de vida, a exposição às experiências adversas na infância é considerada um grave problema de saúde pública. Desse modo, exerce forte pressão sobre sistemas de saúde, de justiça criminal e sobre os serviços de atendimento social (Jia & Lubetkin, 2020). Portanto, induz consequências sociais e de saúde, graves e permanentes (Reichenheim et al., 2015) podendo acarretar graves sequelas biopsicossociais (Brasil, 2016).

Com base em estudos atuais (Calza et al. 2016), pode-se constatar que a forma mais prevalente de adversidade relatada é a negligência, além das violências física e psicológica. A maioria dos casos de violência física ocorre na faixa etária de 5 a 12 anos, em meninos, crianças com problemas de saúde e que também vivenciam a violência cometida pelo parceiro íntimo em suas residências (Brasil, 2019). Por sua vez, a violência sexual tem sido mais notificada junto às meninas brasileiras. Todavia, a esse respeito Lira et al. (2017) atentam para a defasagem dos indicadores reais, uma vez que a maioria dos casos nunca é revelada devido aos sentimentos de culpa, vergonha, ignorância e tolerância da vítima.

Nesta perspectiva, Faleiros (2000) supõe que de 10 a 15% dos casos sejam revelados. Apesar desta disparidade entre os dados reais e os dados notificados, é

possível conhecer por meio do demonstrativo de notificações disponibilizado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2019), que só no ano de 2011, foram notificadas 82.139 denúncias contra crianças e adolescentes. Sendo o primeiro lugar ocupado pela negligência (63,03%), seguido da violência física (50,89%), violência psicológica (44,48%), e por fim, violência sexual (34,73%). Como também, em 2018, foram notificadas 76.216 denúncias contra crianças e adolescentes, permanecendo a negligência em primeiro lugar (72,66%), seguido da violência psicológica (48,76%), violência física (40,62%) e violência sexual (22,40%) (BRASIL, 2019).

Estima-se que um bilhão de crianças de 2 a 17 anos tenham sido vítimas de violência em todo o mundo em 2014 (Hugues et al. 2017). Dados que alarmam, pois há um crescente corpo de evidências que identifica maus-tratos a crianças como um indicador de problemas psicológicos (sintomas depressivos, sintomas ansiosos, TEPT) e de saúde, como uso problemático de álcool e drogas (Ross et al. 2020). Uma recente metanálise de 11621 referências (Hugues et al. 2017) evidenciou fortes associações entre exposição precoce a EAIs e comportamento sexual de risco (múltiplos parceiros e sem uso de preservativo), doença mental e uso problemático de álcool. Ademais, revelou uma relação mais forte para o uso problemático de drogas e violência interpessoal e autodirigida.

Outra metanálise, que examinou 192 estudos acerca da associação entre maus-tratos infantis e depressão, evidenciou um risco significativamente aumentado para escores mais altos de sintomas de depressão e transtornos depressivos (geralmente atendendo aos critérios para Transtorno Depressivo Maior - TDM) em função da maior gravidade relatada de maus-tratos infantis. Por meio de análises consistentes inferiram que todos os tipos de maus-tratos foram associados a escores de depressão significativamente mais altos e maior risco de atender aos critérios para TDM. É importante ressaltar, no entanto, que o abuso emocional e a negligência emocional tiveram as associações mais fortes com a depressão, enquanto, que os achados para abuso sexual e físico e negligência física demonstraram associações mais fracas (Humphreys et al. 2020).

De todo modo, é imperativo evidenciar que os mecanismos pelos quais as experiências adversas na infância atuam frente aos desfechos negativos ainda é desconhecido. Entretanto, especula-se que a exposição prolongada e intensa, a relação com o agressor, bem como a idade em que a exposição ocorre contribuem para efeitos

mais nocivos a longo prazo (Poole, Dobson & Pusch, 2018; Lira et al. 2017; McQuaid et al. 2019).

O principal objetivo deste estudo foi explorar o papel da exposição a diferentes formas de experiências adversas infantis na predição de sintomas ansiosos, depressivos e de estresse em jovens adultos. Para alcançar este objetivo, primeiramente avaliou-se a associação entre os diferentes tipos de adversidade precoce em jovens adultos influenciando os sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Nosso segundo momento examinou-se se as experiências adversas na infância são capazes de prever ansiedade, depressão e estresse. E por fim, analisou-se se as variáveis sociodemográficas e clínicas predizem as experiências adversas na infância.

2. MÉTODOS

2.1. Participantes e procedimentos

O estudo incluiu 201 jovens adultos residentes na cidade de Sobral – CE, região Norte do estado do Ceará, compreendidos entre as idades de 18 a 20 anos. Os participantes da amostra foram identificados por meio de escolas profissionalizantes ou técnicas, universidades e comunidade. Para a realização desta pesquisa, foi estabelecido contato formal com as instituições de ensino e aprovação pelo Comitê de Ética sob protocolo 3.744.510. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e a garantia do sigilo foi explicada a cada entrevistado. Depois de assinar o TCLE, os participantes preencheram o questionário. Para garantir a confidencialidade, no mesmo dia, o consentimento informado foi separado do questionário.

2.2. Medidas

2.2.1. Questionário sociodemográfico.

Este questionário foi usado para coletar informações sociodemográficas sobre gênero, idade, etnia, desempenho escolar, composição familiar, ocupação, religião, ciclo social, uso de álcool e/ou outras drogas, percepção sobre saúde mental, entre outras (Basto-Pereira et al. 2019).

2.2.2. Questionário do estudo de experiências adversas na infância (ACE).

O questionário do estudo ACE (Felitti et al. 1998; versão portuguesa Pinto & Maia, 2008) avalia experiências adversas na infância e na adolescência. As perguntas presentes neste instrumento abordam três dimensões gerais sobre as experiências durante a infância: abuso, negligência e disfunção familiar, durante os primeiros 18 anos de vida. Neste questionário dez experiências adversas diferentes são avaliadas: abuso sexual (4 itens), abuso físico (4 itens) e abuso emocional (3 itens); negligência física (5 itens) e negligência emocional (3 itens); e disfunção familiar: presenciar violência doméstica contra mãe ou madrasta (3 itens), divórcio dos pais (1 item), abuso de substâncias (2 itens), ter um familiar com doença mental ou que tentou/cometeu suicídio (2 itens) e encarceramento de um dos pais (1 item). A decodificação das experiências sobre abuso, negligência ou testemunho de violência doméstica são apresentadas numa escala likert de “0 = Nunca” a “4 = Muitas vezes”. Já as demais experiências, são dispostas em um formato dicotômico “Sim” ou “Não”. Cada experiência adversa foi codificada de acordo com as instruções do autor original (ver Felitti et al., 1998; Pinto et al., 2014). O questionário apresentou alfa de Cronbach = 0,875 no estudo de validação portuguesa (Pinto et al., 2014), sendo replicada no estudo brasileiro de validação (Ximenes et al. No Prelo), com alfa de Cronbach = 0,834.

2.2.3. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Versão Portuguesa de Ribeiro et al., 2004, versão brasileira Vignola e Tucci, 2014).

A EADS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; Ribeiro et al., 2004) se fundamenta no modelo tripartido, o qual propõe a existência de três dimensões: afeto negativo, afeto positivo e excitação somática, avaliadas de acordo com sua frequência de “0 = Nunca” a “4 = Muitas vezes”. O afeto negativo refere-se aos sintomas inespecíficos comuns à ansiedade e à depressão, que podem ajudar a compreender a comorbilidade, a sobreposição de sintomas e a forte associação entre as medidas dos dois constructos (e.g., insônia, inquietação, irritabilidade e falta de concentração). O baixo afeto positivo abrange os sintomas de anedonia específicos da depressão, tais como a falta de entusiasmo, excitação e energia. Por fim, a excitação somática é a dimensão relativamente específica do estresse, que inclui sintomas como tensão e hiperexcitação (Holander-Gijsman et al. 2010; Holander-Gijsman et al. 2012; Watson & Clark, 1995). O estudo brasileiro da EADS-21, apresentou coeficiente de Cronbach de .81. Já o

estudo sobre as propriedades psicométricas da EADS-21 na presente amostra, revelou o alfa de Cronbach de .94.

2.3. Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas no SPSS 23.0 (SPSS; Versão 23.0). Foram aplicadas análises descritivas para obter o perfil da amostra e para as análises paramétricas foram avaliados e satisfeitos os pressupostos (Field, 2009).

As correlações do Coeficiente de Spearman foram realizadas para analisar a associação entre Experiências Adversas na Infância e as variáveis Ansiedade, Depressão, Estresse (subescala do EADS-21 e subescala do ACE).

Foram realizados os testes de Mann-Whitney para análise de diferenças entre o gênero dos participantes em função da depressão, ansiedade e estresse, além das experiências adversas da infância (sub-escalas). No que se refere à cor da pele em função da depressão, ansiedade, estresse, e das experiências adversas da infância (subescalas) utilizamos o teste Kruskal Wallis.

Para avaliar os preditores de Experiências Adversas na Infância foi realizada uma regressão simples (método enter), na qual foram introduzidas apenas as variáveis consideradas dependentes. Assim, foram incluídas a Experiência Adversa na Infância (Adversidade total) para prever Ansiedade, Depressão e Estresse (DASS total).

Já para avaliar os preditores de Experiências Adversas na Infância foi realizada uma regressão múltipla (método enter) com as variáveis sociodemográficas (anos de escolaridade, gênero, independência financeira, cor da pele, religião, lazer e esporte) e clínicas (problemas comportamentais, problemas com a saúde mental, uso de álcool e outras drogas e ter sido preso).

2.3.1 Análise Descritiva do perfil da Amostra

Participaram 201 jovens adultos brasileiros, sendo ($n=112$, 55.7%) homens e ($n=89$, 44.3%) mulheres, com uma média de idade de 18.57 anos ($DP=0.77$; $Min=18$; $Max=20$). Em termos de escolaridade no que se refere a anos de estudo foi verificado que a maioria ($n=66$, 32.8%) estudou 15 anos. Deste total, uma fração de 83,6% que não repetiram o ano letivo, ao passo que 11,4% repetiram um ano. Sobre a independência financeira, os participantes majoritariamente referiram não ter independência ($n=171$, 85.1%). Quanto à ocupação, ($n=136$, 65.4%) apenas estudam e ($n=2$, 1%) trabalham e estudam, estando ($n=168$, 84%) a residir com os pais. Referente ao lazer, ($n=113$,

56,2%) dos respondentes relataram que destinam tempo ao lazer. E, (n=170, 84,6%) afirmaram ter uma religião. No tocante a percepção sobre sua saúde mental, (n=195, 97%) disseram não ter problemas graves de saúde mental. Com relação ao consumo de drogas ilícitas, (n=25, 12,4%) confirmaram ter consumido e (n=176, 87,6%) negaram o consumo. O oposto se mostrou na variável acerca da ingestão de bebida alcoólica, em que (n=102, 50,7%) afirmaram ter ingerido, enquanto (n=98 48,8%) negaram o uso de tal substância.

Quanto a escolaridade do pai, os dados apresentados foram os seguintes: 16 (7,7%) são analfabetos, 92 (67,8%) tem educação básica, 38 (14%) concluíram o ensino médio, 9 (4,4%) não concluíram o ensino médio, 2 (1%) tem graduação completa e 1 (0,5%) tem pós-graduação. Ocupando a liderança das profissões exercidas por eles, as mais citadas foram: agricultor, (n=48, 23,1%), seguido de autônomo 32 (11,6 %) e 14 (6,8%) pedreiro.

Em relação a escolaridade e profissão da mãe foram sistematizados os seguintes dados: 8 (3,9%) analfabeta, 86 (41,9%) educação básica, 55 (26,5%) ensino médio completo, 9 (4,4%) ensino médio incompleto, 14 (6,7%) graduação e 3 (1,5%) pós-graduação. No que tange a profissão, a mais citada foi dona de casa (n=56, 26,9%); autônoma: (n= 42, 22,7%); agricultora: (n=17, 8,2%); professora: (n=20, 8,7%); trabalhadoras da saúde (enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, assistente bucal e agente de saúde): (n= 11, 4,8%) e técnica administrativa: (n=1, 0,5%). (Vide tabela 3)

Descritores das frequências da escala e do questionário.

A utilização da Escala EADS-21 e do questionário ACE teve como objetivo avaliar, respectivamente, os níveis de ansiedade, depressão e estresse, além de compreender as experiências adversas vivenciadas na infância por jovens adultos. A seguir, as frequências obtidas através dos escores das variáveis categóricas serão apresentadas, levando em consideração a média, o mínimo, o máximo e o desvio-padrão (DP) para variáveis discretas.

Pôde-se constatar na subescala da ansiedade que a amostra apresentou uma média de 6.42, desvio-padrão de 5.35, sendo o mínimo de 0 e máximo de 21.0. Quando comparados com os valores de ponto de corte para ansiedade: Normal 0 – 7, Leve 8 – 9, Moderada 10 – 14, Severa 15 – 19 e Extremamente Severa 20+ (Lovibond & Lovibond,

1995; Pais-Ribeiro et al. 2004), todos os jovens adultos demonstraram ausência de ansiedade.

Já no que tange à depressão, os jovens adultos apresentaram média de 7.25 e desvio-padrão de 5.92, tendo como mínimo 0 e máximo 21.0. Os pontos de corte para esta subescala são: Normal (0 - 9), Leve (10-13), Moderado (14-20), Severo (21-27) e Extremamente Severo 28+ (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Desse modo, conclui-se que há ausência de depressão nos participantes.

Os valores oriundos da subescala estresse foram os seguintes: média de 8.66, desvio-padrão de 5.67, mínima de 0 e máxima de 21.0. Para este contexto, seus escores comparativos indicam: Normal 0-18; Moderada 19-25 e Grave e muito Grave 26 a 42 (Borges, Figueiredo & Souto, 2017). Dessa forma, é averiguado que os jovens adultos apresentaram níveis de estresse não alarmantes. (Vide tabela 4).

Já no que diz respeito às subescalas do ACE, é possível pontuar os resultados das frequências obtidas por meio dos escores codificados para variáveis dicotômicas. Na subescala de negligência física, constatou-se que a amostra apresentou uma média de 10.36, desvio-padrão de 2.07, sendo o mínimo de 5.0 e máximo de 19.0. No tocante à categoria negligência emocional, demonstrou uma média de 10.67, desvio-padrão de 4,61, sendo o mínimo de 5.0 e o máximo de 25.0. Os valores referentes a dimensão abuso foram: abuso emocional com média de .25 e desvio-padrão de .47, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 2.0; abuso físico com média de .41 e desvio-padrão de .59, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 2.0; abuso sexual com média .42 e desvio-padrão de 1.07, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 4.0. Na subescala, morar em uma casa com violência doméstica possui média de .49 e desvio-padrão de 1.11, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 4.0. (Vide tabela 5)

A respeito da dimensão que avalia a disfunção familiar, verificou-se quanto a presença de doença mental na família, 136 (68%) negaram possuir um familiar com doença mental e 64 (32%) afirmaram possuir um familiar com doença mental. No que se refere à condição conjugal dos pais, 146 (72.1%) relataram que os pais não eram divorciados e 56 (27,9%) afirmaram que os pais são divorciados. No item relativo ao uso de substâncias psicoativas em casa por algum familiar, 104 (51.7%) relataram que nenhum dos familiares faz uso de substâncias psicoativas, em detrimento de 97 (48.3%) que inferiu o oposto. Quanto à questão sobre algum familiar que esteve ou está preso, 186 (92.5%) negaram que houvesse acontecido, enquanto 15 (7.5%) relataram que já teve um familiar preso. (Vide tabela 6)

3. Resultados

Diferenças entre grupos

Foram realizados os testes de Mann Whitney para análise de diferenças entre grupos de sexo (feminino e masculino) em função do abuso sexual. Constatou-se que existem diferenças significativas para abuso sexual entre os gêneros [U = 4454; P<0.05], sendo a maior ocorrência em mulheres (Posto Médio 106.96) em relação aos homens (Posto Médio 96.27). (Vide tabela 7)

Ainda utilizando o teste de Mann Whitney para analisar diferenças, dessa vez verificando a religião em função das subescalas EADS-21 (ansiedade, depressão e estresse), à significância de 5%. Foram encontradas diferenças significativas, [U = 1742; P<0.05]; Posto Médio: Sim = 94.43 e Não = 126.81, na depressão como subescala em função da religião [U = 1728.5; P<0,05]; Posto Médio: Sim = 94.79 e Não = 128.24, assim como para a subescala estresse [U = 1774.5; P<0.05]; Posto Médio: Sim = 95.5 e Não = 127.76. Não ocorrendo a mesma confirmação na subescala de ansiedade, embora a significância seja marginal [U = 2078.0; P>0,05]; Posto Médio: Sim = 97.72 e Não = 118.97. Não obstante, pode-se verificar a presença de diferenças significativas não só entre religião e experiências adversas na infância como componente total [U = 15058.5; p<0.05]; Posto Médio: Sim= 91.26 e Não = 128.5, como também entre àquela e a subescala de abuso emocional [U = 1918.5; P<0.05]; Posto Médio: Sim = 95.6 e Não = 114.84. (Vide tabela 8)

Prosseguindo com as análises de diferença, por meio do uso do teste Mann Whitney a 5% de significância, dessa vez elencando a variável problemas com a polícia em função das subescalas do EADS-21 foi possível confirmar a existência de diferenças significativas [U = 646.5; P<0.05]; Posto Médio: Sim = 133.23 e Não = 96.98, especialmente, em função da subescala ansiedade [U = 578.5; P <0.05]; Posto Médio: Sim = 142.41 e Não = 98.06. Ademais, também foi identificada diferenças significativas com a subescala do abuso sexual [U = 810; P< 0.05]; Posto Médio: Sim = 121.36 e Não = 99.29. (Vide tabela 9)

Ao analisar a variável problema grave de doença mental em função da ansiedade, da depressão e do estresse, pelo teste de Mann Whitney a 5% de significância, foram achadas diferenças significativas [U = 18822.0; P<0.05]; Posto Médio: Sim = 146.42 e Não = 98.03, evidenciando uma diferença significativa para

depressão [U = 213.0; P<0.05]; Posto Médio: Sim = 161 e Não = 98,10. Já em função das experiências adversas na infância também foram encontradas diferenças significativas, [U = 199.5; P<0.05]; Posto Médio: Sim = 156.25 e Não = 94.57, com destaque para o abuso emocional [U = 220.5; P<0.05]; Posto Médio: Sim = 155.75 e Não = 96.17, e abuso sexual [U = 376.5; P<0.05]; Posto Médio: Sim = 135.75 e Não = 99.93. (Vide tabela 10)

Inferiu-se a presença de diferenças significativas pela prática de esportes, pelo teste de Mann Whitney a 5% de significância, em função da ansiedade, da depressão e do estresse, [U = 4041,5; P<0,05]; Posto de Média: Sim = 92,24; Não = 108,54, destacando a relação entre aquela em função da depressão, [U= 3981,5; P<0,05]; Posto de média: Sim = 91,87 e Não = 110,26. (Vide tabelas 11)

Correlações

Foram realizadas as correlações de Pearson entre as variáveis sociodemográficas (religião, família monoparental, doença mental, detenção, uso de drogas, uso de álcool) e as variáveis psicossociais: depressão, ansiedade, estresse e experiências adversas na infância, analisadas com os valores totais dos instrumentos. Foi verificada a existência de correlação positiva entre religião e depressão, ansiedade, estresse ($r=0.169$)*; religião e experiências adversas na infância ($r=0.268$)**. Existe correlação negativa entre ser educado por apenas uma pessoa e depressão, ansiedade, estresse ($r=- 0.146$)*; e experiências adversas na infância ($r=- 0.260$)**. (Vide tabela 12)

Existem correlações positivas entre doença mental e experiências adversas na infância $\chi^2 (1) = 36.97$, $p = .001$. Enquanto na presença da doença, 6% dos jovens adultos referiram ter vivenciado experiências adversas na infância. Dos que não relataram, 186% dos participantes referiram não ter vivenciado experiências adversas. Há correlações positivas entre detenção e experiências adversas na infância $\chi^2 (1) = 31.16$, $p = .001$. Enquanto na presença de detenção, 1% dos jovens adultos referiu ter vivenciado experiências adversas na infância, nos que não relataram detenção, 191% afirmaram não ter vivência de experiências adversas. Também foi encontrada correlação positiva entre uso de drogas e experiências adversas na infância $\chi^2 (1) = 38.80$, $p = .001$. Enquanto na presença de uso de drogas, 24% dos jovens adultos disseram ter vivenciado experiências adversas na infância, já nos que não relataram uso de drogas, 168% dos participantes referiram não ter vivência de experiências adversas. Existem

correlações positivas entre uso de álcool e experiências adversas na infância $\chi^2 (1) = 34.75, p = .002$. Pois na presença de uso de álcool, 99% dos jovens adultos relataram ter vivenciado experiências adversas na infância, nos que negaram o uso do álcool, 92% dos participantes afirmaram não ter vivência de experiências adversas.

Nas correlações de Spearman das variáveis psicossociais: depressão, ansiedade, estresse, analisadas como subescalas e experiências adversas na infância, analisada com os valores totais, existem relações positiva entre depressão e experiências adversas na infância ($r = 0.518$)**; ansiedade e experiências adversas na infância ($r = 0.494$)** e estresse e experiências adversas na infância ($r = 0.544$)**. Para as correlações entre as variáveis psicossociais: depressão, ansiedade, estresse, analisadas e as subclasses das experiências adversas na infância (abuso emocional, abuso físico e abuso sexual). Foram verificadas correlações positivas entre depressão e abuso emocional ($r = 0.308$)**; depressão e abuso físico ($r = 0.329$)**; depressão e abuso sexual ($r = 0.287$)**, ansiedade e abuso emocional ($r = 0.296$)**; ansiedade e abuso físico ($r = 0.358$)**; ansiedade e abuso sexual ($r = 0.340$)**; estresse e abuso emocional ($r = 0.375$)**; estresse e abuso físico ($r = 0.390$)**; estresse e abuso sexual ($r = 0.280$)**. (Vide tabela 12)

Não foram encontradas correlações com variáveis sociodemográficas como sexo, idade, escolaridade, pessoas que vivem na mesma casa, lazer, esporte, amigos que tem, amigos que estiveram (ou estão) presos.

Regressão

O modelo de regressão simples aplicado prediz 37.2% de variância da ansiedade, depressão e estresse, $[F (1,187) = 110.58, p < 0.01; R^2 = 0.372]$, sendo as experiências adversas na infância um preditor significativo ($t = 110.584, p = .01$). Jovens adultos que passaram por experiências adversas na infância apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão e estresse. (Vide Tabela 13)

Foram realizadas análises de regressão múltipla para verificar se as variáveis, religião, doença mental, detenção, uso de drogas, uso de álcool predizem experiências adversas na infância. O modelo de regressão múltipla aplicado prediz 22,5% da variância das experiências adversas na infância $[F (12, 177) = 4,29; P < 0,01; R^2 = 0,17]$, sendo a religião ($\beta = 0,909; T = 2,023; P < 0,05$), a doença mental ($\beta = -2,425; T = -2,652; P < 0,05$) e o uso de drogas ($\beta = -1,314, T = -2,650; P < 0,05$) preditores

significativos das experiências adversas na infância. Contudo, detenção ($\beta = -0,527$; $T = -0,233$; $P > 0,05$) e uso de álcool ($\beta = -0,354$; $T = -1,859$; $P > 0,05$) não predizem a vivência de experiências adversas na infância. (Vide tabela 14)

Discussão

Os resultados das análises descritivas apontam para uma maior prevalência de abuso sexual em vítimas do sexo feminino (65,5%), corroborando os achados de outros estudos, a exemplo dos indicadores trazidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) evidenciando um total de 18% de vítimas do sexo feminino em contraste com 8% para o sexo masculino. Nesse mesmo sentido, o estudo realizado pelo Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico nº 27 (2018), revelou que 92,4% das notificações eram do sexo feminino enquanto 7,6% eram do sexo masculino. Outro estudo comprovando os apontamentos trazidos, desenvolvido por Assis et al. (2012) observou que o tipo de violência mais comum entre crianças de 1 a 9 anos foi a violência sexual, sendo esta relatada em 41,7% dos casos notificados, mais entre meninas do que em meninos. Na pesquisa de Dubowitz (2017) o abuso sexual tendeu a ser duas a três vezes maior entre as meninas do que entre meninos. E, Stoltenborgh et al. (2015) em sua metanálise, que envolveu 217 estudos, identificou uma média global para vitimização por abuso sexual de 11,8%. Destes, 18% para as meninas e para os meninos, 7,6%. Apesar deste cenário, é relevante considerar que meninos também têm sido vitimizados e a discrepância nos dados pode estar associada a maiores dificuldades destes em revelar o fato, em virtude de sentimentos como medo e vergonha (Rovinski & Pelisoli, 2020).

Deve-se levar em conta, neste contexto, as consequências na vida da vítima. Segundo Lira et al. (2017), a exposição a este evento representa fator de risco para o desencadeamento de diversas alterações de ordem psicológica e funcional, entre as quais estão depressão, ideias suicidas, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). Nas análises estatísticas do estudo de Adams, Mrug e Knight (2018) é possível confirmar que os efeitos mais expressivos desta experiência são: maiores níveis de depressão, ansiedade e TEPT. Tais constatações corroboram com os achados deste estudo em que foi verificada a existência de correlação positiva entre abuso sexual e sintomas depressivos, sintomas ansiosos e de estresse. Além disso, as vítimas referem ter problemas graves de doença mental.

A esse respeito, Florentino (2015) infere que as repercussões desta exposição podem ser graves, extensas e diversas. O autor a considera um facilitador para o desenvolvimento de psicopatologias graves e para prejuízos à evolução psicológica, social e afetiva da vítima. Ademais, acrescenta que a brutalidade com que ocorre essa violência, somada ao fato de a criança ou adolescente não estar preparado em termos desenvolvimentais (desenvolvimentos físico e psicológico) para atividades de natureza sexual, contribui para que o abuso seja potencialmente traumático. De resto, Rovinski e Pelisoli (2020), atentam para a nuance envolvida na modalidade intrafamiliar de violação de direitos da criança e do adolescente para suscitar mais impacto emocional à vítima, devido ao seu caráter prolongado e a confusão de papéis no núcleo familiar.

A exposição prolongada às experiências adversas na infância submete o sujeito a situações de estresse constante e elicia a emissão de respostas alostáticas do organismo, a fim de manter sua homeostase (Sousa, Silva e Galvão-Coelho, 2015). A literatura tem apresentado evidências que comprovam a existência de efeitos neurobiológicos associados a estes eventos frente a desregulação na manutenção da homeostase (Grassi-Oliveira et al. 2008). Este constante tensionamento sobrecarrega os mecanismos responsáveis pelo equilíbrio homeostático e quando a resposta alostática é excessiva ou ineficaz, o organismo desenvolve uma carga alostática (Danese et al. 2012; McEwen, 2012). Estar num estado crônico de carga alostática pode tornar os indivíduos suscetíveis a manifestar alterações na capacidade de resposta a estressores, no reconhecimento e regulação das emoções, nas funções inflamatórias e hormonais, dentre outros (DeBellis, 2005). Tais desfechos representam um risco expressivo para o desenvolvimento de psicopatologias (Ross et al. 2020).

Esse panorama é verificado nesta pesquisa por meio dos resultados encontrados, os quais se justificam pela confirmação de correlações positivas entre problemas mentais na idade adulta e experiências adversas na infância. Enquanto na presença de doença, 6% dos jovens adultos referem ter vivenciado experiências adversas na infância, dos que não relatam doença mental, 186% afirmam não ter vivência de experiências adversas.

Ainda, no que se refere aos mecanismos envolvidos na emissão de respostas do organismo frente às experiências adversas na infância, foi identificado que o estresse oriundo desta exposição atua como possível mediador de modificações comportamentais, cognitivas e emocionais tendenciosamente negativas (Bodenschatz et al. 2019). Isso é consistente com a ideia de que sofrer abuso e/ou negligência,

especialmente emocional, durante a infância promove o desenvolvimento de um conjunto rígido e duradouro de crenças negativas sobre si, o mundo e o futuro (Beck et al. 1985). Essa suscetibilidade para processamentos negativos de informações acarreta uma tendência à erros na interpretação das emoções (Gunther, 2015), tal distorção se configura como fator de risco para a ocorrência de transtornos psicológicos na vida adulta (Duque et al. 2015).

Neste tocante, este estudo destaca diferenças significativas entre abuso emocional na infância e doença mental grave na idade adulta. Esta constatação está de acordo com a literatura (Shapero et al. 2014; Günther et al. 2015; Uchida et al. 2018; Cohen-Woods et al. 2018; Klumparendt et al. 2019) que confirmam esta associação. Outrossim, o abuso emocional também esteve correlacionado positivamente com sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. O resultado obtido pode ser explicado por meio da relação substancial que o abuso emocional durante a infância tem na consolidação de estilo de atribuição cognitivo negativo (Gibb, 2002). Acredita-se que esses estilos são mediados por experiências traumáticas na infância, especialmente as que envolvem a família de origem e/ou os cuidadores principais (Alaie et al. 2020). Tal afirmação encontra subsídio em estudos longitudinais atuais que apontam para um papel preditor de adversidades precoces na relação familiar na predição de depressão na idade adulta (Fergusson, McLeod & Horwood, 2013; Bohman et al. 2017).

É digno de nota enfatizar que neste estudo foi reproduzido o que traz a literatura acima, por meio da confirmação de correlação positiva entre depressão e o escore total do ACE, bem como sua relação com abuso físico, emocional e sexual. A esse respeito, os autores Mandelli, Petrelli, & Serretti (2015) revelam que indivíduos vítimas de abuso sexual na infância relatam uma história de vida de depressão em cerca de 30-40%. Esmiuçando os achados, Klein & Kotov (2016) documentam em seu estudo prospectivo que maior adversidade na infância está associada a depressão mais crônica. Nesta mesma direção, Hayashi et al. (2015) inferem que o abuso infantil tem efeitos negativos a longo prazo aumentando o risco de doenças psiquiátricas, como transtorno depressivo na idade adulta. Além de influenciar na sua gravidade, cronicidade, início precoce e redução das respostas ao tratamento. Corroborando com os demais, Infurna et al. (2016) em sua metanálise também encontra dados consistentes para justificar as ligações entre depressão e abuso emocional na infância, abuso físico e negligência.

Todavia, as consequências das experiências adversas na infância não se limitam ao desfecho clínico de sintomas depressivos. Porém, têm mostrado impactar

negativamente em uma variedade de problemas mentais que perduram na idade adulta, a exemplo dos sintomas ansiosos. Na presente pesquisa é possível identificar o estabelecimento de correlação positiva entre ansiedade e o escore total do ACE, bem como entre abuso físico, emocional e sexual. Aproximando-a dos achados da metanálise de estudos prospectivos em que foram encontradas associações positivas entre abuso na infância e ansiedade (Li et al., 2016). Evidências substanciais produzidas pelo estudo Nurius et al. (2015) indicam que as EAIs influenciam desfavoravelmente os resultados de saúde mental, como ansiedade. Em seu trabalho sobre fatores de risco às psicopatologias, Pollak (2003) sugere que a inserção de crianças em famílias com práticas parentais punitivas, torna-as sensíveis a estímulos ameaçadores expondo-as precocemente à raiva e outras emoções negativas advindas do abuso físico, tal sensibilização à ameaça aumentaria o risco para ansiedade. Suposição confirmada pela inferência de Shackman et al. (2007) em que a atenção excessiva para a raiva explica o motivo pelo qual jovens abusados fisicamente apresentam mais sintomas de ansiedade em comparação aos não abusados.

Não obstante, há que se considerar outros possíveis desdobramentos das EAIs que tangem os comportamentos de risco à saúde física. Nessa linha, o estudo revela a existência de diferenças significativas entre experiências adversas na infância e detenção, uso de drogas e uso de álcool. À luz desses achados, há um alinhamento com as inferências elaboradas por Hughes et al. (2017) as quais direcionam para uma associação forte entre várias EAIs e uso problemático de álcool, assim como para consumo de drogas. Seguindo esse fluxo, Exley, Norman & Hyland (2015) declaram que o abuso de substâncias compõe a miríade de efeitos deletérios. Norman et al. (2012) afirmam que a exposição prolongada a estes eventos ocasiona quase duas vezes mais chances de óbito por uso de substâncias em comparação aos não expostos. Ao passo que, Felitti et al. (1998) asseveram uma proporção de sete vezes mais chances.

Uma constatação interessante obtida nesta investigação foi a correlação positiva entre problemas com a polícia quando jovens adultos e abuso sexual na infância. Tal descoberta vai de encontro ao que Lee et al. (2015) previram acerca do abuso sexual atuar como preditor de comportamento antissocial infantil e delinquência juvenil. Já Grasso et al. (2015), sugerem que a presença de taxas mais altas de comportamentos problemáticos, incluindo envolvimento com justiça, advém da exposição a diversos tipos de experiências adversas. Equiparando-se à Basto-Pereira et al. (2016) quando estes evidenciam que abuso sexual, abuso físico, membros da família encarcerados e

separação / divórcio dos pais são variáveis significativamente relacionadas a comportamentos delitivos. Contudo, nesta amostra não foi ratificada a correlação entre a variável separação/divórcio dos pais e quaisquer outras.

CONCLUSÃO

Este estudo trouxe importantes contribuições para a área das experiências adversas na infância, pois identificou fatores que demonstram correlações entre esta exposição e desfechos clínicos e sociais negativos na idade adulta. Em especial ao que tange sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, além dos comportamentos de risco à saúde, como uso de álcool, abuso de drogas e problemas com a polícia. Ademais, confirmou que a vivência de eventos adversos na infância prediz sintomas depressivos, ansiosos e de estresse na idade adulta a uma proporção de 37,2%.

A presente investigação se configura num estudo pioneiro, de caráter transversal, acerca do impacto das experiências adversas na infância sobre sintomas depressivos, ansiosos e de estresse da população jovem adulta residente na região norte do estado do Ceará, retratando como este se comporta na amostra. Portanto, o reconhecimento de tal repercussão negativa embasa uma série de recomendações. A primeira a ser destacada se refere à importância dos serviços de saúde, educação e de justiça criarem ou adotarem ferramentas eficazes na identificação e manejo de situações que envolvam experiências adversas na infância. A segunda, se refere ao desenvolvimento de intervenções preventivas e assistenciais especializadas às vítimas, a fim de amortecer seus efeitos a longo prazo. E a última, diz respeito a necessidade de incluir na agenda de planejamento das políticas públicas voltadas para a infância ações intersetoriais para o enfrentamento deste problema.

Apesar dos resultados relevantes, é importante frisar que a pesquisa apresentou algumas limitações. Inicialmente por ser uma pesquisa transversal, não foi permitido o estabelecimento de relação causal entre as variáveis. Portanto, não há como fazer previsões absolutas sobre o nexos que as mantém. Segundo, a coleta de dados foi baseada no autorrelato de jovens adultos, desse modo é possível a interferência de viés de memória ou ocultação de informações que os deixassem desconfortáveis. Por fim, a amostra limitada pode não representar fielmente a realidade da população investigada. Desse modo, sugere-se para futuros estudos a replicação em amostras maiores, bem como o desenvolvimento de investigações desse impacto em estudos longitudinais.

Referências

Humphreys, Kathryn L; LeMoult, Joelle; Wearc, John G; Piersiaka, Hannah A; Leed, Aaron; Gotlibe, Ian H. **Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire**. 2020, UNITED STATES.

Miguel Basto-Pereira, Inês Queiroz-Garcia, Laura Maciel, Isabel Leal, Maria Gouveia-Pereira. An Internacional Study of Pro/Antisocial Behavior in Young Adults. Cross-Cultural Research. 2019, Portugal.

DANESE, A.; McEWEN, B. Adverse Childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. **Physiology and Behavior**, v. 106, p. 29-39, 2012.

FELITTI, V. J. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 14, n. 4, p. 245-58, 1998.

GRASSO, D. J. et al. Developmental patterns of adverse childhood experiences and current symptoms and impairment in youth referred for trauma-specific services. **Journal of abnormal child psychology**, v. 44, n. 5, p. 871-886, 2016.

MCEWEN, B. S. Brain on stress: how the social environment gets under the skin. **Proceedings of National Academy os Sciences of the United States of America**, v. 109, s. 2, p. 17180–17185, 2012.

Jia, Haomiao; Lubetkin, Erica I. Impact of adverse childhood experiences on quality-adjusted life expectancy in the U.S. population. *Child Abuse & Neglect* 102 (2020). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104418>

Gibb, B. E. (2002). Childhood maltreatment and negative cognitive styles: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 22, 223–246. DOI: 10.1016/S0272-7358(01)00088-5

Gunther, V., Dannlowski, U., Kersting, A., & Suslow, T. (2015). Associations between childhood maltreatment and emotion processing biases in major depression: Results from a dot-probe task. *BMC Psychiatry*, 15, 123. DOI: 10.1186/s12888-015-0501-2

Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 47–55. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.006

Klein, D. N., & Kotov, R. (2016). Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 337–348. DOI: 10.1037/abn0000147

Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46, 717–730. DOI: 10.1017/S0033291715002743

Shapero, B. G., Hamilton, J. L., Liu, R. T., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Internalizing symptoms and rumination: The prospective prediction of familial and peer emotional victimization experiences during adolescence. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1067–1076. DOI: 10.1016/j.adolescence.2013.08.011.

Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry*, 30(6), 665–680. DOI: [10.1016/j.eurpsy.2015.04.007](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007).

Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., Lopes, R. P., Teixeira, A. L., & Bauer, M. E. (2008). Low plasma brain-derived neurotrophic factor and childhood physical neglect are associated with verbal memory impairment in major depression—a preliminary report. *Biological Psychiatry*, 64(4), 281–285. DOI: [10.1016/j.biopsych.2008.02.023](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.02.023).

Florentino, Bruno Ricardo Bérnago. **As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes.** *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, n. 2, p. 139-144, maio-ago. 2015. DOI: 10.1590/1984-0292/805

Hayashi, Yumi; Okamoto, Yasumasa; Takagaki, Koki; Okada, Go; Toki, Shigeru; Inoue, Takeshi; Tanabe, Hajime; Kobayakawa, Makoto and Yamawaki, Shigeto. Direct and indirect influences of childhood abuse on depression symptoms in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry* (2015) 15: 244. DOI: 10.1186/s12888-015-0636-1

Hughes, Karen; Bellis, Mark A; Hardcastle, Katherine A; Sethi, Dinesh; Butchart, Alexander; Mikton, Christopher; Jones, Lisa; Dunne, Michael P. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017; 2: e356–66

Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9: e1001349.

Stoltenborgh M, Makermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van Ijzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Rev* 2015; 24: 37–50.

Pollak, S.D., Tolley-schell, S.A., 2003. Selective attention to facial emotion in physically abused children. *J. Abnorm. Psychol.* 112, 323–338.

World Health Organization, 2017. Depression. (accessed 9 November 2020). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

Bodenschatz, Charlott Maria; Skopinceva, Marija; Rub, Theresa; Suslow, Thomas. Attentional bias and childhood maltreatment in clinical depression - An eyetracking study. *Journal of Psychiatric Research* 112 (2019) 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.02.025>

Ross, Nancy; Gilbert, Robert; Torres, Sara; Dugas, Kevin; Jefferies, Phil; McDonald, Sheila; Savage, Susan; Ungar, Michael. Adverse childhood experiences: Assessing the impact on physical and psychosocial health in adulthood and the

mitigating role of resilience. *Child Abuse & Neglect* 103 (2020) 104440. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104440>

Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2018). Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 80, 123–133. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.006> PMID:29604503.

Lira, Margaret Olinda De Souza Carvalho E; Rodrigues, Vanda Palmarella; Rodrigues, Adriana Diniz; Couto, Telmara Menezes; Gomes, Nadirlene Pereira; Diniz, Normélia Maria Freire. **Abuso Sexual Na Infância E Suas Repercussões Na Vida Adulta.** *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(3):e0080016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000080016>

ADAMS, J.; SYLVIE, M.; KNIGHT, D. C. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, v. 86, p. 167-77, 2018.

DUBOWITZ, H. Child sexual abuse and exploitation: a global glimpse. *Child Abuse & Neglect*, v. 66, p. 2-8, 2017.

FALEIROS, E. T. S. Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes. Brasília: Unicef, 2000.

FERGUSON, D. M.; MCLEOD, G. F. H.; HORWOOD, J. Child sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, v. 37, p. 664-674, set. 2013.

Pinto VCP, Alves JFC, Maia AC. Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. *Estudos de Psicologia*. 2015 Out; 32(4): 617-625.

Uchida Y, Takahashi T, Katayama S, Masuya J, Ichiki M, Tanabe H, Kusumi I, Inoue T. Influence of trait anxiety, child maltreatment, and adulthood life events on depressive symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018 Dec 22; 14: 3279–3287.

Cohen-Woods S, Fisher HL, Ahmetpahic D, Douroudis K, Stacey D, Hosang GM, Korszun A, Owen M, Craddock N, Arolt V, Dannlowski U, Breen G, Craig IW, Farmer A, Baune BT, Lewis CM, Uher R, McGuffin P. Interaction between childhood maltreatment on immunogenetic risk in depression: Discovery and replication in clinical case-control samples. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2018 Sep 1; 67: 203–210.

Klumparendt A, Nelson J, Barenbrügge J, Ehring T. Associations between childhood maltreatment and adult depression: a mediation analysis. *BMC Psychiatry*. 2019 Jan. 22; 19 (1).

Sousa MBC, Silva HP, Galvão-Coelho NL. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. *Estudos de Psicologia*. 2015 Jan.; 20(1): 2-11.

Holander-Gijsman, M., Wardenaar, K., Beurs, E., Wee, N., Mooijaart, A., Buuren, S., & Zitman, F. (2012). Distinguishing symptom dimensions of depression and anxiety: An integrative approach. *Journal of Affective Disorders*, 136, 693-701. DOI: 10.1016/j.jad.2011.10.005

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. DOI: 10.1016/0005-7967(94)00075-U

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond & Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

Watson, D., & Clark, L. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14. DOI: 10.1037/0021-843X.104.1

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. Governo Federal. Balanço semestral do Disque Direitos Humanos: Disque 100. Brasília, DF: Governo Federal, 2016.

Rovinski, Sonia Liane Reichert; Pelisoli, Cátula Luz. *Violência Sexual Contra Crianças e Adolescente* (p. 31). Vetor Editora. 2020.

Shackman, J.E., Shackman, A.J., Pollak, S.D., 2007. Physical abuse amplifies attention to threat and increases anxiety in children. *Emotion* 7, 838–852.

TABELAS

Tabela 3

ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

Variáveis categóricas		Frequência absoluta	%
Sexo	Feminino	89	44.3
	Masculino	112	55.7
Anos de escolaridade	15 anos de escolaridade	66	32.8
	14 anos de escolaridade	45	22.3
	13 anos de escolaridade	19	9.4
	12 anos de escolaridade	45	22.3
Repetência de anos escolares	Repetiram	23	11.4
	Não repetiram	168	83.6
Independência financeira	Sim	28	13.9
	Não	171	85.1
Ocupação	Apenas estudam	136	65.4
	Trabalham e estudam	2	1
Residir	Com os pais	168	84

	Com companheiro	18	8.9
	Sozinho	01	0.4
Lazer	Sim	113	56.2
	Não	44	21.8
Religião	Ter uma religião	170	84.6
	Não ter religião	31	15.4
Problemas com Saúde Mental	Sim	06	2.9
	Não	195	97
Consumo de drogas ilícitas	Sim	25	12.4
	Não	176	87.6
Ingestão de bebida alcoólica	Sim	102	50.7
	Não	98	48.8
Escolaridade do pai	Analfabetos	16	7.7
	Educação básica	92	67.8
	Ensino médio completo	38	14
	Ensino médio incompleto	9	4.4
	Graduação completa	2	1
	Pós-graduação	1	0.5
Profissões exercidas pelos pais	Agricultor	48	23.1
	Autônomo	32	11.6
	Pedreiro	14	6.8
Escolaridade da mãe	Analfabetas	8	3.9
	Educação básica	86	41.9
	Ensino médio completo	55	26.5
	Ensino médio incompleto	9	4.4
	Graduação completa	14	6.7
	Pós-graduação	3	1.5
Profissões exercidas pelas mães	Dona de casa	56	26.9
	Autônoma	42	22.7

Agricultora	17	8.2
Professora	20	8.7
Trabalhadoras da saúde (enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, assistente bucal e agente de saúde)	11	4.8
Técnica administrativa	1	0.5
Total	201	100,00
Variáveis intervalar		
Idade	Min-Max	Média (DP)
	18-20	0.77

Tabela 4

AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES DOS INSTRUMENTOS AVALIADOS (EADS-21 E ACE)

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	DP
EADS-21				
Depressão	0	21	7.25	5.92
Ansiedade	0	21	6.42	5.35
Estresse	0	21	8.66	5.67
ACE				
Negligência física	5.0	19.0	10.36	2.07
Negligência emocional	5.0	25.0	10.67	4.61
Abuso emocional	0.0	2.0	.25	.47
Abuso físico	0.0	2.0	.41	.59
Abuso sexual	0.0	4.0	.42	1.07
Violência doméstica	0.0	4.0	.49	1.11

Tabela 5

CLASSIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES DO EADS-21

Resposta	Frequência absoluta	%
Depressão	Normal (0 - 9)	
	Leve (10-13)	
	Moderado (14-20)	
	Severo (21-27)	
	Extremamente Severo 28+	
Ansiedade	Normal (0 - 7)	
	Leve (8 - 9)	
	Moderada (10 - 14)	
	Severa (15 - 19)	
	Extremamente Severa 20+	
Estresse	Normal (0-18)	
	Moderada (19-25)	
	Grave e muito Grave (26 a 42)	
Total	201	100,00

Tabela 6

AValiação DAS DIMENSÕES DOS INSTRUMENTOS AVALIADOS (ACE)

Dimensão	Disfunção familiar	Frequência absoluta	%
Doença mental na família	Sim	64	32
	Não	136	68
Pais divorciados	Sim	56	27.9

	Não	146	72.1
Uso de substâncias psicoativas	Sim	97	48.3
	Não	104	51.7
Familiar preso	Sim	186	92.5
	Não	15	7,5
Total		201	100,00

Tabela 7

COMPARAÇÃO ENTRE SEXO EM FUNÇÃO DO ABUSO SEXUAL

	Sexo		U
	Feminino	Masculino	
	(n= 89) Ordem Média	(n=112) Ordem Média	
Abuso sexual	106.96	96.27	4454*

** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

Tabela 8

COMPARAÇÃO ENTRE RELIGIÃO EM FUNÇÃO DA EADS-21 TOTAL E DAS SUBESCALAS E EM FUNÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA (ACE) COMPONENTE TOTAL E A SUBESCALA DE ABUSO EMOCIONAL

	Religião		U
	Sim	Não	
	(n= 167) Ordem Média	(n= 31) Ordem Média	
EADS-21	94.43	126.81	1742*
Depressão	94.79	128.24	1728.5*
Estresse	95.5	127.76	1774.5*
Ansiedade	97.72	118.97	2078.0
ACE	91.26	128.5	15058.5*
Abuso	95.6	114.84	1918.5*

emocional			
------------------	--	--	--

** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

Tabela 9

COMPARAÇÃO ENTRE PROBLEMAS COM A POLÍCIA EM FUNÇÃO DO EADS-21 TOTAL E DA SUBESCALA DE ANSIEDADE E DE ABUSO EMOCIONAL DO ACE

	Polícia		U
	Sim	Não	
	(n= 11) Ordem Média	(n= 186) Ordem Média	
EADS-21	133.23	96.98	646.5*
Ansiedade	142.41	98.06	578.5*
Abuso sexual	121.36	99.29	810*

** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

Tabela 10

COMPARAÇÃO ENTRE TER PROBLEMAS GRAVE DE DOENÇA MENTAL EM FUNÇÃO DE OUTRAS VARIÁVEIS

	Doença mental		U
	Sim	Não	
	(n= 6) Ordem Média	(n= 189) Ordem Média	
EADS-21	146.42	98.03	18822*
Depressão	161	98,10	213.0*
ACE	156.25	94.57	199.5*
Abuso emocional	155.75	96.17	220.5*
abuso sexual	135.75	99.93	376.5*

** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

Tabela 11

COMPARAÇÃO ENTRE PRÁTICA DE ESPORTES EM FUNÇÃO DO EADS-21 TOTAL E DA SUBESCALA DEPRESSÃO.

	Prática de esportes		U
	Sim	Não	
	(n= 112) Ordem Média	(n= 88) Ordem Média	
EADS-21	146.42	98.03	4041,5*
Depressão	161	98,10	3981,5*

** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

Tabela 12

CORRELAÇÃO ENTRE O ACE E DEMAIS VARIÁVEIS.

Variáveis	Religião	Educado	Doença mental	Detenção	Uso de drogas	Uso de álcool	Depressão	Ansiedade	Estresse	EADS	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual
Educado	--	--	--	--	--	--	--	--	--	- 0.146*	--	--	--
Doença mental	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Detenção	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Uso de drogas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Uso de álcool	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Depressão	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Ansiedade	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Estresse	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
EADS-21	0.169*	- 0.146*	--	--	--	--	0.518**	--	--	--	--	--	--
Abuso emocional	--	--	--	--	--	--	0.308**	0.296**	0.375**	--	--	--	--
Abuso físico	--	--	--	--	--	--	0.329**	0.358**	0.390**	--	--	--	--
Abuso sexual	--	--	--	--	--	--	0.287**	0.340**	0.280**	--	--	--	--
ACE	0.268*	- 0.260*	36.97**	31.16**	38.80**	34.75*	--	0.494**	0.544**	--	--	--	--
M	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1.05	--	--	--
DP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0.74	--	--	--

Tabela 13

A REGRESSÃO LINEAR SIMPLES DEMONSTROU QUE A ACE PREVÊ EADS-21.

Preditor	EADS21	
	AR ²	β
ACE	.36	110.58**

Adj. R2 = .37

Tabela 14

A REGRESSÃO MÚLTIPLA NA PREDIÇÃO DO ACE.

Preditor	ACE	
	AR ²	β
Religião	.22	.909**
	Adj. R2 = .17	
Doença Mental	.22	-2.42*
	Adj. R2 =.17	
Uso de drogas	.22	-1,31*
	Adj. R2 =.17	

5.4 Artigo 4

Título: A Estabilidade do Questionário *Adverse Childhood Experience – Ace*: Avaliando o Nível de Concordância do Instrumento

RESUMO

O questionário de avaliação *Adverse Childhood Experience (ACE)* é um instrumento de autorrelato e autoaplicável destinado a pessoas com idade igual ou superior a 18 anos. O *ACE* possibilita a avaliação de dez categorias de experiências adversas na infância, por meio da história de abuso, negligência e disfunção familiar ocorridas durante a infância. O objetivo do trabalho foi investigar as evidências psicométricas do instrumento para a realidade brasileira. Para tanto, o estudo teve uma amostra composta por 201 participantes, com idades entre 18 e 20 anos, da região norte do estado do Ceará. O processo de investigação foi consolidado com o método teste-reteste (Coeficiente Kappa), em dois momentos distintos, conduzido pelo mesmo examinador, em um intervalo de três meses. Os resultados apontaram para a viabilidade da utilização do instrumento no contexto brasileiro, apresentando coeficientes Kappa variando de .64 a .91. Conclui-se com base nos parâmetros psicométricos satisfatórios encontrados para o questionário *ACE*, que este se constitui em uma alternativa para investigações empíricas e clínicas sobre experiências adversas na infância aplicadas em contextos de saúde e assistenciais, podendo orientar medidas que visem à melhoria das intervenções profissionais no âmbito da prevenção e assistência às crianças e adolescentes vítimas, como também no âmbito da reabilitação aos seus sobreviventes.

Palavras-chave: Instrumentos de Avaliação. Psicometria. Experiências Adversas na Infância. Desenvolvimento infantil.

INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo das experiências adversas na infância (EAI) tem sido crescente na literatura científica. Uma razão para o aumento de pesquisas sobre este tema se deve ao impacto negativo da adversidade na saúde física e mental de jovens adultos e adultos (Hughes et al. 2017). Evidências científicas vêm enfatizando e

concretizando a relação positiva existente entre a exposição repetida às EAI e o maior risco do indivíduo apresentar problemas de ordem psicológica, de saúde física (e.g. hipertensão, doença isquêmica do coração) e comportamentos de estilo de vida pouco saudáveis (e.g. dependência química, obesidade, fumo) (Felitti et al. 1998; Dube et al. 2003; Anda et al. 2006; Douglas et al. 2010; Logan-Greene et al. 2014; McDonald et al. 2015; Gonçalves et al. 2016; Jia & Lubetkin, 2020).

Os primeiros estudos que investigaram o impacto das experiências adversas na infância sobre o estado de saúde na idade adulta foram liderados por Felitti et al. (1998), os quais comprovaram a existência de uma densa correlação entre estas e comportamentos de risco na fase adulta (alcoolismo, uso de drogas ilícitas, depressão, suicídio, obesidade grave), em especial naqueles que relataram 3 ou mais adversidades. Consolidando a suposição de que ser exposto a tais eventos de forma intensa e prolongada provocaria danos psicológicos, fisiológicos, cognitivos e sociais a médio e longo prazo (Castro, 2018). A partir de então, os pesquisadores pertencentes ao Instituto *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, por meio do questionário *ACE*, tem disponibilizado importantes contribuições acerca dos efeitos destas experiências, buscando identificar de que forma estas se relacionam com a mortalidade e morbidade (Silva & Maia, 2008).

À luz dessas constatações, outros estudos foram sendo desenvolvidos e seus achados têm constituído um campo científico sólido de evidências que confirmam o impacto deletério das experiências adversas na infância sobre a saúde de suas vítimas a médio e longo prazo. A esse respeito, uma revisão sistemática realizada confirmou que a exposição à violência na infância pode apresentar entre seus desfechos clínicos negativos, o aparecimento de queixas ou problemas psicológicos nas vítimas, sendo os sintomas depressivos, ansiosos e o transtorno de estresse pós-traumático os mais citados pela literatura (Ximenes, Costa & Maia, No Prelo). Dados ratificados pela metanálise produzida por Humphreys et al. (2020), composta por 68.830 indivíduos, em que se verificou a correlação positiva entre EAI e sintomas depressivos e/ou diagnóstico de depressão.

Ainda neste escopo, Hugues et al. (2017) sintetizam indícios acerca do efeito de ser exposto a várias EAI e medem sua extensão sobre comportamentos de estilo de vida e condições de saúde que desafiam a saúde pública globalmente, a exemplo do sedentarismo, tabagismo, obesidade, diabetes, uso excessivo de álcool, uso problemático de drogas, doenças cardíacas e respiratórias e doença mental. Tal

investigação indicou um expressivo aumento na probabilidade de ocorrência para todos os fatores de risco, entre os indivíduos que relataram exposição a quatro ou mais formas de adversidade. Na mesma direção, a revisão desenvolvida por Liming & Grube (2018), demonstrou o potencial efeito cumulativo de exposição a várias experiências adversas, ou seja, três ou mais, impactando negativamente no desenvolvimento fisiológico e neurológico, bem como problemas comportamentais, tanto externalizantes (agressão, impulsividade) quanto internalizantes (ansiedade, depressão, queixas somáticas).

Frente às evidências robustas de que experiências adversas na infância podem impactar negativamente a saúde de suas vítimas, houve uma crescente necessidade de investigação dos eventos adversos ocorridos durante a infância. Para tanto, diversos instrumentos de avaliação foram desenvolvidos. Os mais utilizados, de acordo com Pereira e Viana (2021), são: 1) Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-1994), validado para o Brasil por Grassi-Oliveira (2006); 2) Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q-1994); 3) Adverse Childhood Experience Questionnaire (ACE-1998), versão adaptada para o português de Portugal (Silva & Maia, 2008); 4) Child Abuse and Trauma Scale (CATS-1995); 5) Early Trauma Inventory Self-Report (ETISF-2000), versão em português adaptada por Mello et al. (2010); e 6) Adverse Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ-2009), versão em português adaptada por Pereira e Viana (2021).

Perante as constatações trazidas pelas pesquisas, em que é evidenciado o impacto danoso que as experiências adversas na infância podem provocar a médio e longo prazo na vida de suas vítimas, torna-se fundamental o desenvolvimento de instrumentos adequados que cumpram com o papel de avaliar estas experiências. Ademais, torna-se imperativo estudos que investiguem o nível de concordância de tais dispositivos, a fim de verificar a consistência de sua medida em diferentes aplicações (Dube et al. 2004). Este panorama faz urgir a necessidade de dispor de instrumentos de avaliação validados para a cultura regional. Diante disto, o presente trabalho objetiva investigar as propriedades psicométricas do instrumento *Adverse Childhood Experience (ACE)* no contexto brasileiro, a fim de disponibilizar um instrumento validado de rastreio de violência na infância.

MÉTODOS

Este é um estudo quantitativo, metodológico e psicométrico do instrumento *Adverse Childhood Experience – ACE* (Felitti et al. 1998; Silva & Maia, 2008). Tal

estudo é fruto de um maior intitulado “An International Study of Pro/Antisocial Behavior in Young Adults” (Basto-Pereira et al. 2019). Este se caracteriza por ser multicêntrico envolvendo diversos países dos 5 continentes. No Brasil, a cidade que o sediou foi Sobral, localizada na região norte do estado do Ceará - CE, por meio do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

A amostra deste estudo foi selecionada por conveniência. E, para sua composição, utilizou-se a proposta de cinco respondentes por item (Hair et al. 2005). Deste modo, a amostra totalizaria 175 participantes, uma vez que o questionário apresenta 35 itens. Entretanto, tendo em vista eventuais erros decorrentes da coleta dos dados, considerou-se um valor 15% maior, totalizando 201 sujeitos. No mais, teve como critério de inclusão: ter idade compreendida entre 18 e 20 anos. E, como critérios de exclusão: ter escolaridade inferior a quatro anos, ou não compreender a língua portuguesa do Brasil ou ter psicopatologia muito grave.

MEDIDAS

Questionário ACE (Experiências Adversas na Infância)

O instrumento *Adverse Childhood Experience - ACE*, tem origem americana (Felitti et al. 1998), entretanto a versão validada para o Brasil foi a de Portugal (Silva & Maia, 2008), cujo nome é Questionário da História de Adversidade na Infância. Esta escolha justifica-se, pelo fato deste compor o estudo multicêntrico. Tal questionário é um instrumento de autorrelato e autoaplicável destinado a pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que pretende avaliar a ocorrência de experiências adversas na infância. O questionário ACE possibilita a avaliação das experiências adversas na infância por meio de 10 categorias, divididas em três dimensões: experiências contra o indivíduo (abuso físico, sexual e emocional), negligência (física e emocional) e experiências que tornem o ambiente familiar disfuncional. Sendo esta última avaliada pelos seguintes eventos: 1) abuso de substância por membro da família, 2) divórcio ou separação dos pais, 3) encarceramento de um membro familiar, 4) agressão física à mãe/madrasta no domicílio e 5) algum familiar com doença mental ou que tentou/cometeu suicídio. Estes são considerados formas indiretas das EAI (Felitti et al. 1998). Para tanto é composto por 35 itens organizados em questões dicotômicas, embora alguns itens se apresentem no formato de escala tipo Likert de cinco pontos.

Em seguida será apresentada uma breve sumarização de cada uma das categorias que o compõe (Felitti et al. 1998).

1. **Abuso emocional** (itens 26 e 27) é uma categoria cotada numa escala likert que varia entre 1 (nunca) e 5 (muitíssimas vezes) sobre situações de insulto ou medo de violência física.
2. **Abuso físico** (itens 28, 29, 30 e 31) é uma categoria cotada numa escala likert que varia entre 1 (nunca) e 5 (muitíssimas vezes) de situações em que a criança foi agredida por algum adulto de forma violenta deixando sequelas.
3. **Abuso sexual** (itens 33, 34, 35 e 36) é uma categoria cotada em formato dicotômico e é definido pela existência de experiências sexuais antes dos 18 anos com um adulto ou uma pessoa pelo menos cinco anos mais velha.
4. **Exposição a violência doméstica** (itens 7, 8, 9 e 10) é cotada em escala Likert que varia entre 1 (nunca) e 5 (muitíssimas vezes) e avalia a ameaça ou agressão física à mãe ou madrasta.
5. **Abuso de substâncias no ambiente familiar** (itens 5 e 6) é avaliado por questões categoriais e avalia o consumo de álcool ou drogas por alguma pessoa que residisse com o indivíduo.
6. **Divórcio ou separação parental** (item 4) foi avaliado a partir de uma questão dicotômica.
7. **Prisão de um membro da família** (item 3) é avaliada por uma questão dicotômica.
8. **Doença mental ou suicídio** (itens 1 e 2) é avaliada por questões dicotômicas e caracteriza-se pela existência de algum integrante da família que apresentasse, durante a infância do indivíduo, algum tipo de doença mental ou tivesse realizado alguma tentativa de suicídio.
9. **Negligência física** (itens 11, 12, 14, 16 e 24) é avaliada por meio de afirmações diretas e invertidas em que se averigua, numa escala de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) a atitude passiva e de não responsividade às necessidades básicas da criança quer a um nível físico, quer biológico.
10. **Negligência emocional** (itens 15, 17, 19, 22 e 25) é cotada numa escala de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) e investiga a atitude passiva e de não responsividade às necessidades emocionais e afetivas da criança.

Para cotação do instrumento ACE é feita a contagem de pontos em cada categoria de adversidade separadamente. Posteriormente, calcula-se uma nova variável, a ACE Total. Seu somatório surge do valor com que o sujeito foi classificado em cada uma das categorias, em que se atribui “zero” se o sujeito não relata essa forma de adversidade ou “um” se essa adversidade é relatada. A ACE Total pode variar entre zero

(se o sujeito não é positivo em qualquer das categorias) e dez (se o sujeito obtém pontuação positiva em todas as categorias). (vide tabela 15)

Processo de Adaptação do Instrumento

Na literatura não há consenso sobre a forma mais adequada para adaptar um instrumento, mas é necessário que seja feita uma revisão cautelosa e pormenorizada dos itens, a fim de suprimir ou incorporar itens que façam menção a cultura para onde se deseja realizar a adaptação (Borsa et al. 2012). Os autores elencam etapas que consideram necessárias ao processo de adaptação transcultural. No entanto, devido à proximidade semântica entre as línguas portuguesa e brasileira, a etapa da tradução foi descartada. Entretanto, houve a necessidade de revisão de alguns itens pelos autores proponentes do estudo para adaptá-lo ao português do Brasil. Em seguida, foi solicitado a três colaboradores portugueses que participaram do estudo, uma reescrita dos itens do português do Brasil para o português de Portugal. A partir da devolutiva dos itens, observou-se a correspondência entre os itens, de modo que a versão adaptada ao Brasil seguiu com os 35 itens proposto inicialmente por Silva & Maia (2008).

Seguindo as etapas do processo de adaptação (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012), foi realizado um estudo piloto com a população-alvo, haja vista a necessidade de validação do valor semântico à realidade regional a fim de assegurar a inteligibilidade, de modo a evitar itens ambíguos e que pouco retratem comportamentos da cultura brasileira. Com esse intuito, foram convidados 15 estudantes universitários para aplicação do instrumento piloto e devolutiva acerca dos eventuais itens ambíguos ou confusos. Para tanto, foi destinado um espaço de observações para que estes registrassem suas sugestões. Estes estudantes não foram incluídos na amostragem final do estudo.

Na sequência, procedeu-se a reformulação de alguns itens do instrumento, substituindo-se palavras do português de Portugal para o português do Brasil que fossem mais familiares ao contexto brasileiro. As palavras foram: “pontapear” por chutar, “magoar” por machucar e “demasiado” por bastante.

No mais, os pesquisadores responsáveis entraram em contato com as instituições de ensino públicas e privadas para solicitar a realização da coleta de dados. Após a permissão, os pesquisadores foram até os respectivos locais explicar o objetivo da pesquisa aos docentes responsáveis pelas disciplinas. Após o aceite, o questionário foi aplicado no horário reservado da aula com estimativa de 30 minutos. O referido estudo

seguiu as orientações expressas na Resolução CNS nº 518/2018, bem como tem aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú, CAAE: 22224619.0.0000.5053.

Procedimento de Validação do Questionário

A qualidade de um instrumento de avaliação é medida com base em dois parâmetros essenciais: a validade e a fidedignidade ou precisão (Pasquali, 2009). A primeira se refere ao grau em que um instrumento mede o que pretende medir. A segunda, por sua vez, diz respeito à capacidade que ele deve possuir de medir sem erros, ou seja, de medir os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes ou na mesma ocasião, com um teste ou avaliador equivalente, obtendo-se resultados idênticos (ou quase idênticos) (Maia, 2017).

Entretanto, os passos exigidos em um processo de validação são diversos (Urbina, 2007), não existindo consenso na literatura sobre quais e quantas evidências de validade o instrumento deve possuir para ser considerado válido. Dentre a gama de possibilidades possíveis, destaca-se neste estudo, o método teste-reteste ou estatística Kappa (k). Tal estatística é frequentemente utilizada para expressar a concordância, tanto intraexaminador quanto interexaminador (Pereira & Silva, 2009). Sendo a primeira realizada por um examinador em dois momentos distintos e a segunda, por dois examinadores em um mesmo momento. O cálculo de Kappa é uma das principais estratégias utilizadas na literatura quando o interesse é a avaliação da concordância de uma medida, sendo seu uso disseminado nos estudos de validade e reprodutibilidade (Maclure & Willet, 1987).

Desse modo, para a validação do instrumento ao contexto brasileiro optou-se pela estatística Kappa. Esta escolha justifica-se por se equiparar à realizada no estudo americano (Dube et al. 2004) e português (Pinto & Maia, 2012). Ademais, o método teste-reteste é recomendado para estudos que envolvam medidas de autorrelato retrospectivo, sendo imperioso que os pesquisadores conheçam o nível de concordância das respostas, fornecendo uma estimativa da consistência de determinada medida (Dube et al. 2004). Dito isto, pode-se afirmar que concordância é o grau em que um instrumento mede as mesmas respostas cada vez que é aplicado nas mesmas condições com os mesmos entrevistados. Portanto, uma medida é considerada confiável se a pontuação de um respondente é semelhante quando o mesmo instrumento ou teste é aplicado duas vezes.

Para a interpretação do Coeficiente do Kappa de Cohen (k) foi adotada o modelo proposto por Landis e Koch (1977) na qual estabelece que os valores entre 0.81 e 1.00 indicam correlação quase perfeita, entre 0.61 e 0.80 uma correlação substancial, entre 0.41 e 0.60 uma correlação moderada, entre 0.21 e 0.40 uma correlação razoável, entre 0 e 0.20 uma correlação fraca e abaixo de 0 insignificante.

Análise Estatística

Utilizou-se o coeficiente Kappa para estimar a concordância por meio do método teste-reteste às perguntas do questionário *ACE* de 20% do total da amostra ($n = 50$) do estudo na aplicação 1 e aplicação 2. A primeira aplicação foi realizada no mês de setembro de 2019 e a segunda, em dezembro de 2019. As análises foram realizadas por meio do Software IBM SPSS v.23.

Para obtenção dos valores de Kappa em cada categoria do *ACE* no tempo 1 e tempo 2, foi necessário identificar os mesmos sujeitos em ambas as aplicações, a fim de comparar as respostas nos tempos distintos. Após a identificação, houve o cruzamento das respostas para cada categoria, por exemplo, abuso emocional T1 e T2, abuso físico T1 e T2, e assim sucessivamente. No mais, também foi incluído os valores do *ACE* Total. Em seguida, houve a análise dos dados por meio da análise de tabela cruzada, selecionando a opção Kappa. Por fim, foi gerado os valores respectivos a cada categoria do instrumento.

RESULTADOS

Ressalta-se que a amostra foi composta por 201 jovens adultos brasileiros, sendo ($n=112$, 55.7%) homens e ($n=89$, 44.3%) mulheres, com uma média de idade de 18.57 anos ($DP=0.77$; $Min=18$; $Max=20$). Em termos de escolaridade no que se refere a anos de estudo foi verificado que a maioria ($n=66$, 32.8%) estudou 15 anos. Deste total, uma fração de 83,6% não repetiu o ano letivo, ao passo que 11,4% repetiram um ano. Sobre a independência financeira, os participantes majoritariamente referiram não ter independência ($n=171$, 85.1%). Quanto à ocupação, 136 (65.4%) apenas estudam e 2 (1%) trabalham e estudam, estando 168 (84%) a residir com os pais. Referente ao lazer, 113 (56,2%) dos respondentes relataram que destinam tempo ao lazer. E, 170 (84,6%) afirmaram ter uma religião. No tocante a percepção sobre sua saúde mental, 195 (97%) disseram não ter problemas graves de saúde mental. Com relação ao consumo de drogas ilícitas, 25 (12,4%) confirmaram ter consumido e 176 (87,6%) negaram o consumo. O

oposto se mostrou na variável acerca da ingestão de bebida alcoólica, em que 102 (50,7%) afirmaram ter ingerido, enquanto 98 (48,8%) negaram o uso de tal substância.

Quanto a escolaridade do pai, os dados apresentados foram os seguintes: 16 (7,7%) são analfabetos, 92 (67,8%) tem educação básica, 38 (14%) concluíram o ensino médio, 9 (4,4%) não concluíram o ensino médio, 2 (1%) tem graduação completa e 1 (0,5%) tem pós-graduação. Ocupando a liderança das profissões exercidas por eles, as mais citadas foram: agricultor, (n=48, 23,1%), seguido de autônomo 32 (11,6 %) e 14 (6,8%) pedreiro.

Em relação a escolaridade e profissão da mãe foram sistematizados os seguintes dados: 8 (3,9%) analfabeta, 86 (41,9%) educação básica, 55 (26,5%) ensino médio completo, 9 (4,4%) ensino médio incompleto, 14 (6,7%) graduação e 3 (1,5%) pós-graduação. No que tange a profissão, a mais citada foi dona de casa (n=56, 26,9%); autônoma: (n= 42, 22,7%); agricultora: (n=17, 8,2%); professora: (n=20, 8,7%); trabalhadoras da saúde (enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, assistente bucal e agente de saúde): (n= 11, 4,8%) e técnica administrativa: (n=1, 0,5%). (Vide tabela 16).

Esmiuçando ainda mais os resultados desta pesquisa, os dados apresentados a seguir se referem a todos os cruzamentos das categorias de experiências adversas na infância nas duas aplicações, com os respectivos coeficientes Kappa, a fim de demonstrar a intensidade da concordância existente entre elas. Iniciou-se com os cruzamentos entre as categorias que se configuram na forma de violência direta ao sujeito, ou seja, abuso (físico, emocional e sexual) e negligência (física e emocional).

Conforme os dados apresentados na tabela 17, o nível de concordância entre abuso emocional na aplicação 1 e na aplicação 2 foi quase perfeito (Kappa de .87). Em que 78% (n = 39) da amostra negam a exposição a tal experiência. Com relação aos demais abusos, tanto para o abuso físico quanto para o abuso sexual, o coeficiente Kappa se apresentou substancial, indicando um índice de .76 e .64, respectivamente.

Pode-se notar por meio da análise da tabela 17, que os coeficientes para a categoria negligência física e emocional foram altos, evidenciando uma boa concordância do instrumento para aferir tal experiência. A pontuação Kappa para negligência física foi de .80, indicando uma correlação substancial. E, para negligência emocional foi de .84, evidenciando uma relação quase perfeita.

Para as categorias concernentes à disfunção familiar, houve uma intensidade de concordância considerada quase perfeita para cada uma delas, conforme apontado na

tabela 17. Os coeficientes indicados foram: 0,91 para separação/divórcio dos pais, 0,81 para exposição à violência doméstica contra mãe/madrasta, 0,88 para abuso de substância por membro do lar, 0,91 para doença mental em um familiar residente na mesma casa e 0,83 para parente encarcerado. (vide tabela 17)

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicam que experiências adversas na infância foram bastante prevalentes nos participantes. Conforme apresentado na tabela 3, é possível perceber que as experiências adversas na infância relatadas no tempo 1, em sua maioria, foram mantidas no tempo 2 e outras aumentaram sua frequência, o que implica dizer que o questionário cumpre seu papel de mensurar tais experiências. Ademais, o aumento da frequência de algumas EAI no tempo 2, pode ser interpretado de acordo com os autores Silva & Maia (2013) como uma demonstração do estabelecimento de um ambiente de confiança para os participantes. Sendo aquele possibilitado pelo contato repetido (contato inicial com a turma, aplicação 1 e aplicação 2) da mesma pesquisadora com estes.

A constatação de que as experiências adversas na infância são comuns na população geral e está associada a elevada mortalidade e morbidade (Felitti et al, 1998; Silva & Maia, 2008), intensifica a necessidade de integrar a história de eventos adversos infantis na avaliação clínica e de elaborar instrumentos que possam ser utilizados na investigação desta área.

Mensurar as experiências adversas na infância tem sido recorrente a nível internacional, a exemplo de Portugal (Silva & Maia, 2008; Alves & Maia, 2010; Alves et al. 2013; Pinto & Maia, 2012; Pinto et al. 2015) e Estados Unidos (Felitti et al. 1998; Felitti et al. 2019; Anda et al. 2006; Dube et al. 2004). Esta compreensão abrange os impactos negativos desta vivência sobre a saúde dos indivíduos, nos mais diversos âmbitos. No Brasil, alguns estudos têm se debruçado sobre esta temática, concentrando-se nas regiões sul (Pelotas e Porto Alegre), sudeste (Rio de Janeiro, Espírito Santo e São Paulo) e nordeste (Ceará). Entretanto, somente no âmbito internacional, foram encontrados estudos de investigação de concordância do questionário *ACE* (Dube et al. 2004; Pinto & Maia, 2012).

Na tentativa de elucidar a afirmação acima é possível verificar, nestes estudos internacionais, a investigação da concordância do questionário *Adverse Childhood*

Experience - ACE por meio da estatística Kappa, objetivando determinar se tal instrumento apresenta a capacidade de mensurar as experiências adversas na infância em diferentes aplicações.

No âmbito de investigação da equipe americana, o estudo de validade deste instrumento, ocorreu por meio de um teste-reteste, em que se obteve um coeficiente de Kappa de .66 para abuso emocional, .55 para abuso físico e .69 para abuso sexual. Já para categoria de disfunção doméstica, os coeficientes Kappa foram: .77 para mãe/madrasta tratada com violência, .75 para uso doméstico de drogas, .51 para doença mental na casa, .46 para membros da família encarcerados e .86 para pais separados/divorciados (Dube et al. 2004).

De maneira semelhante, ocorreu a validação do questionário *ACE* para Portugal, em que os índices Kappa apresentados foram: .46 para abuso emocional, .88 para abuso físico, .71 para abuso sexual, .38 para negligência emocional, .46 para negligência física. Para as variáveis correspondentes à disfunção doméstica, os coeficientes foram: .63 para violência doméstica, .55 para abuso de substâncias em casa, .46 para doença mental em casa, .63 para separação ou divórcio dos pais e .63 para membros da família encarcerados (Pinto & Maia, 2012). E, os coeficientes Kappa do estudo brasileiro estão dispostos na tabela 17.

Analisando os cruzamentos das categorias avaliadas pelo questionário *ACE* nos diferentes estudos que investigaram o seu nível de concordância, é possível observar que os níveis do questionário *ACE* apresentam boas correlações, variando de quase perfeita a moderada (Landis & Koch, 1977). Não obstante, nota-se algumas diferenças entre os valores Kappa de um estudo para outro, tais divergências são atribuídas a fatores culturais de cada local de estudo, haja vista localizarem-se em países diferentes.

Neste estudo, o abuso sexual foi a categoria relatada com menor frequência. Acredita-se que esse fenômeno tenha ocorrido devido à síndrome do segredo (Furniss, 1993), peculiaridade que envolve tal adversidade. Segundo o autor, esta tem como característica a imposição do silenciamento à vítima, de forma explícita ou implícita, pelo perpetrador. Ademais, os sentimentos de culpa, vergonha e autorresponsabilização pelo abuso sofrido prolongam a sua revelação (Rovinski & Pelisoli, 2020). É possível perceber que realidade semelhante se apresenta no estudo de Dube et al. (2004).

Nota-se ainda que os relatos de abuso sexual aumentaram do primeiro para o segundo tempo. Esses resultados sugerem que alguns dos participantes relataram esta experiência adversa apenas sob algumas condições. Em outras palavras, os participantes

pareceram relatar esta experiência quando perceberam-se em um ambiente de confiança (Silva & Maia, 2013). O fato de ter ocorrido consecutivos encontros, pode ter contribuído para um aumento da confiança dos participantes na pesquisadora, facilitando o relato deste tipo de abuso.

Outras categorias pouco relatadas no tempo 1 foram o abuso emocional e a negligência emocional. Tal resultado vai de encontro ao estudo de Pinto et al. (2012), o qual demonstrou que categorias com mais subjetividade, como abuso emocional e negligência emocional tendem a ter baixa consistência, ao contrário das mais objetivas, como divórcio, exposição à violência contra mãe ou madrasta, prisão de um membro da família, que são menos suscetíveis a julgamento ou interpretação.

Já a categoria mais relatada foi a negligência física. Isto pode ser explicado pelo fato de que esta é visivelmente identificada pelas próprias vítimas, vizinhos, professores e profissionais (Pinto & Maia, 2012), visto que é evidenciada das mais diversas formas, como a desnutrição, má higiene, falta de cuidados com a saúde física e bucal da criança. Em contrapartida, o abuso físico foi pouco relatado. Conforme sugerido por alguns autores muitos sujeitos não relatam tal experiência porque a percebem como uma forma de disciplina ou educação (May-Chahal & Cawson, 2005). Ou ainda, podem percebê-la como normais e merecidas (Bower & Knutson, 1996). Vale salientar que esta realidade também foi observada no estudo de Dube et al. (2004).

Especificamente, nas experiências de abuso emocional, negligência emocional, divórcio ou separação dos pais, exposição à violência contra mãe ou madrasta no domicílio e abuso de substâncias, houve total concordância do primeiro para o segundo tempo. Por sua vez, abuso físico, abuso sexual, negligência física, doença mental e prisão aumentaram a frequência relatada. Desse modo, pode-se afirmar que relatos de experiências adversas na infância em várias dimensões da adversidade podem ser considerados consistentes e inconsistentes (Elliotti & Briere, 1995).

Conforme Femina et al. (1990), vários fatores contribuem para a variabilidade de resposta a questões sensíveis, como as usadas para avaliar EAI. As pessoas podem ter reações emocionais diferentes a questões socialmente tabu em dois momentos, fato que culmina em divergências nas respostas. Assim como a falta de vínculo com o entrevistador, a motivação, o desejo de proteger os pais, a relação com o agressor ou desejo de negar ou esquecer o passado. Ainda nesta direção, os autores Melchert & Parker (1997) sugerem que sentimentos de vergonha ou constrangimento, o desejo de

proteger o perpetrador e o desejo de esquecer ou evitar essas experiências passadas, inibem o relato de tais fatos, portanto, as pessoas optam por não falar sobre eles.

Complementando, Fergusson et al. (2000) argumentou que as respostas a perguntas sobre experiências adversas passadas parecem ser influenciadas pela memória, percepção da experiência e disposição para relatar ou omitir eventos traumático da infância. E destaca que entre os fatores que interferem nos autorrelatos, o período de tempo entre o evento traumático e o momento da lembrança é relevante, sugerindo que intervalos mais longos aumentam a dificuldade de acesso às informações e diminuem a validade do relato. Salvaguardado por tais argumentos, este estudo buscou contemplar o menor intervalo possível entre a adversidade e a lembrança, contemplando jovens adultos de 18 a 20 anos, e verificou-se que de fato o viés de memória foi reduzido, uma vez que 86% da amostra relatou pelo menos uma vivência adversa na infância e 36% relataram seis experiências.

Outra suposição que envolve as respostas a perguntas que avaliam EAI, diz respeito à possibilidade de viés de memória. Neste tocante, os autores Widom et al. (2004) sugerem que os relatos podem ser influenciados pela saúde física e mental dos participantes, especificamente os indivíduos com sintomas depressivos e situação de saúde debilitante. No entanto, tal constatação se opõe ao resultado encontrado neste estudo em que 97% dos participantes relatam não ter problemas de saúde mental, sendo que 86% relataram ter vivenciado pelo menos uma experiência adversa na infância. Indo em direção ao estudo de Monteiro & Maia (2010) que verificaram a relação independente entre relato de adversidade e transtornos de humor.

Considerando as porcentagens das diferentes experiências adversas relatadas, pode-se concluir que existe uma elevada coocorrência entre os diferentes tipos de adversidade, isto é, a maioria dos sujeitos, para além de relatar experiências contra eles próprios, também relatam situações de adversidade relacionadas com o ambiente e dinâmica familiar.

Desse modo, é possível afirmar que em sintonia com o que tem sido demonstrado na literatura, são várias as evidências de que a adversidade é um preditor significativo, ao longo do desenvolvimento do sujeito, de psicopatologia. Ou seja, os efeitos dos traumas, essencialmente se estes forem múltiplos, podem ser tão severos que se prolongam por toda a vida, dando origem a problemas de origem psicológica (Maia & Seabra, 2007). Portanto, necessário se torna o desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos que auxiliem profissionais na identificação e intervenção em situações que

envolvam sobreviventes de violência na infância, bem como previna e identifique a sua ocorrência contra crianças e adolescentes.

CONCLUSÃO

Neste estudo, avaliou-se a estabilidade das experiências adversas autorreferidas por meio do Questionário de História na Infância (versão em português, Silva & Maia, 2008) e concluiu-se que o instrumento apresenta estabilidade temporal aceitável em ambas as dimensões de abuso individual (físico, emocional e sexual), negligência (física e emocional) e as dimensões relacionadas ao ambiente familiar. Apresentando nível de concordância que varia de quase perfeito a moderado, portanto, a estatística Kappa apoia o uso deste instrumento.

A motivação em apresentar um estudo psicométrico desta escala para o contexto brasileiro parte da necessidade de fomentar e ampliar o estudo na área, visto que é escasso o uso para o nosso país. Deste modo, urge a necessidade de um olhar implicado na identificação e intervenção de situações de violência contra crianças e adolescentes em nosso país. Por conseguinte, este estudo também pode auxiliar os profissionais envolvidos na proteção à criança, proporcionando informações sobre as categorias que exigem mais vigilância na identificação de EAI.

Apesar dos bons resultados, o estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, devido ao tempo decorrido entre os eventos em questão e a pesquisa, os participantes podem ter dificuldade em recordar as experiências. Segundo, a natureza sensível das perguntas pode ocasionar variabilidade nas respostas.

Dadas as diferenças entre as respostas em diferentes pontos de tempo, é de interesse entender o porquê de os indivíduos relatarem ou não tais experiências. Nesse sentido, sugere-se para estudos futuros o desenvolvimento de pesquisas qualitativas que possam melhor elucidar estas razões, por meio de entrevistas, relatórios multiprofissionais. Assim como sugere-se ampliar o número de aplicações ao longo do tempo para entender melhor a (in) consistência do autorrelato de experiências adversas na infância.

REFERÊNCIAS

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**. v. 78, p. 98-104. 1993.

LEONTITSIS, A.; PAGGE, J. A simulation approach on Cronbach's alpha statistical significance. **Mathematics and Computers in Simulation**. v. 73, p. 336-340. 2007.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**. v. 80, p. 217-222. 2003

Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes; 2013.

Pereira AC, Silva RP. Levantamentos epidemiológicos em Odontologia. In: Pereira AC. *Tratado de saúde coletiva*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 281-314.

Maclure M, Willet WC. Misinterpretation and misuse of the kappa statistics. *American Journal Epidemiol* 1987; 2:161-9.

Dube SR, Williamson DF, Thompson T, Felitti VJ, Anda RF. 2004. Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect* 28: 729-737. DOI: 10.1016/j.chiabu.2003.08.009

Helen Gonçalves; Ana Luiza Gonçalves Soares; Ana Paula Gomes dos Santos; Camila Garcez Ribeiro; Isabel Oliveira Bierhals; Luna Strieder Vieira; Natália Limões Hellwig; Fernando C. Wehrmeister; Ana M. B. Menezes. **Adverse childhood experiences and consumption of alcohol, tobacco and illicit drugs among adolescents of a Brazilian birth cohort**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(10):e00085815, out, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085815>

Kerker, B. D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., ... Horwitz, S. M. (2015). Adverse childhood experiences and mental health, chronic medical conditions, and development in young children. *Academic Pediatrics*, 15, 510-517.

Kiley W. Liming1 · Whitney A. Grube. Wellbeing Outcomes for Children Exposed to Multiple Adverse Experiences in Early Childhood: A Systematic Review. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 19 de janeiro de 2018. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0532-x>

Silva S, Maia A. Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire. In: Noronha A, Machado C, Almeida L, et al., coordenadores. *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios; 2008.

Felitti VJ, Anda R. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C. *The impact of early trauma on health and disease: the hidden epidemic*. Reino Unido: Cambridge University Press; 2010. p. 77-87.

Pereira, Flávia Garcia; Viana, Maria Carmen. Instrumentos mais utilizados na avaliação da exposição a Experiências Adversas na Infância: uma revisão da literatura. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 45, n. 129, p. 501-513, ABR-JUN 2021. DOI: 10.1590/0103-110420211291

Hair, J. F., Tatham, R.L., Anderson, R. E., & Black, W. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.

TABELAS

Tabela 15

CATEGORIA, QUESTÕES E PONTUAÇÕES DO QUESTIONÁRIO ACE

Categoria de Adversidade	Pontuação
Avaliação de abuso emocional: Dois itens (por exemplo “Com que frequência um pai, um padrasto ou adulto que mora em sua casa te xingou ou insultou?”)	Uma resposta algumas vezes ou muitas vezes a pelo menos um dos itens.
Abuso Físico: Quatro itens (por exemplo “Enquanto você estava crescendo, isto é, durante seus primeiros 18 anos de vida, quantas vezes seu pai, padrasto ou adulto morando em sua casa lhe empurrou, agarrou, bateu ou jogou algo em você?”)	Uma resposta algumas vezes ao primeiro item ou algumas vezes, muitas vezes ou muitíssimas vezes para o segundo, terceiro e quarto itens.
Abuso Sexual: Quatro itens (por exemplo “Durante os primeiros 18 anos de sua vida, algum adulto, parente, amigo da família ou estranho já tocou ou acariciou seu corpo de forma sexual?”)	Uma resposta sim para algum dos itens.
Negligência Emocional: Cinco itens com pontuação reversa (por exemplo “Havia alguém em minha família que me ajudou a me sentir importante ou especial?”)	Uma resposta de nunca ou raramente em resposta a pelo menos um dos cinco itens.
Negligência Física: Cinco itens (dois com pontuação reversa) (por exemplo “Eu não tinha o suficiente para comer”; “Eu sabia que havia alguém lá para cuidar de mim e me proteger”)	Uma resposta de nunca ou raramente em resposta a pelo menos um dos dois itens com pontuação reversa; e muitas vezes ou muitíssimas vezes para pelo menos um dos três itens.
Avaliação da disfunção familiar: Violência doméstica: Quatro itens (por exemplo “Durante seus primeiros 18 anos de vida, quantas vezes seu pai, padrasto ou namorado da sua mãe ou madrasta tiveram qualquer um dos seguintes comportamentos: empurrar, agarrar, dar um tapa ou jogar algo nela?”)	Uma resposta de algumas vezes, muitas vezes e muitíssimas vezes a pelo menos um dos dois primeiros itens; raramente, algumas vezes, muitas vezes e muitíssimas vezes a pelo menos um dos dois últimos itens.
Abuso de substância em casa: Dois itens (por exemplo “Durante os primeiros 18 anos de sua vida você morava com alguém que usava drogas?”)	Uma resposta sim para qualquer um dos dois itens.
Doença mental na casa: Dois itens (por exemplo “Durante os primeiros 18 anos de sua vida, morando na sua casa, havia alguém deprimido ou com alguma doença mental?”)	Uma resposta sim para qualquer um dos dois itens.
Separação ou divórcio dos pais: Um item (por exemplo “Durante os primeiros 18 anos de sua vida, seus pais eram separados	Uma resposta sim para o item.

ou divorciados?")

Membros da família encarcerados: Uma resposta sim para o item.

Um item (por exemplo "Durante os primeiros 18 anos de sua vida, alguém em sua casa já esteve preso?")

Fonte: Pinto & Maia, 2012.

Tabela 16

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA

Variáveis categóricas		Frequência absoluta	%
Sexo	Feminino	89	44.3
	Masculino	112	55.7
Anos de escolaridade	15 anos de escolaridade	66	32.8
	14 anos de escolaridade	45	22.3
	13 anos de escolaridade	19	9.4
	12 anos de escolaridade	45	22.3
Repetência de anos escolares	Repetiram	23	11.4
	Não repetiram	168	83.6
Independência financeira	Sim	28	13.9
	Não	171	85.1
Ocupação	Apenas estudam	136	65.4
	Trabalham e estudam	2	1
Residir	Com os pais	168	84
	Com companheiro	18	8.9
	Sozinho	01	0.4
Lazer	Sim	113	56.2
	Não	44	21.8
Religião	Ter uma religião	170	84.6
	Não ter religião	31	15.4
Problemas com Saúde Mental	Sim	06	2.9
	Não	195	97

Consumo de drogas ilícitas	Sim	25	12.4
	Não	176	87.6
Ingestão de bebida alcoólica	Sim	102	50.7
	Não	98	48.8
Escolaridade do pai	Analfabetos	16	7.7
	Educação básica	92	67.8
	Ensino médio completo	38	14
	Ensino médio incompleto	9	4.4
	Graduação completa	2	1
	Pós-graduação	1	0.5
Profissões exercidas pelos pais	Agricultor	48	23.1
	Autônomo	32	11.6
	Pedreiro	14	6.8
Escolaridade da mãe	Analfabetas	8	3.9
	Educação básica	86	41.9
	Ensino médio completo	55	26.5
	Ensino médio incompleto	9	4.4
	Graduação completa	14	6.7
	Pós-graduação	3	1.5
Profissões exercidas pelas mães	Dona de casa	56	26.9
	Autônoma	42	22.7
	Agricultora	17	8.2
	Professora	20	8.7
	Trabalhadoras da saúde (enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, assistente bucal e agente de saúde)	11	4.8
	Técnica administrativa	1	0.5
Total		201	100,00
Variáveis intervalar			

Idade	Min-Max	Média (DP)
18.57	18-20	0.77

Tabela 17

DESCRIÇÃO ESTATÍSTICA DE EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA NOS DOIS TEMPOS.

Experiências Adversas na Infância	Tempo 1		Tempo 2		Kappa
	N	%	N	%	T1-T2
Abuso Físico	13	26	16	32	0.76***
Abuso Emocional	10	20	10	20	0.87***
Abuso Sexual	4	8	6	12	0.64**
Negligência Emocional	12	24	12	24	0.84***
Negligência Física	31	62	32	64	0.80***
Violência contra mãe	13	26	13	26	0.88***
Abuso de Substância	20	40	20	40	0.91***
Divórcio ou separação dos pais	18	36	18	36	0.91***
Encarceramento	6	12	8	16	0.83***
Doença Mental no domicílio	17	34	18	36	0.91***

p<.01. *p<.001.

Fonte: Elaborada pelos autores. Sobral. 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infância, etapa fundamental do desenvolvimento humano, é permeada de diversas vivências. As experiências adversas, conforme apresentado no decorrer da pesquisa, têm suscitado grandes preocupações a nível mundial, tanto pela magnitude, quanto pelo fato de ser prejudicial para o pleno e adequado desenvolvimento físico e

mental nos diversos ciclos da vida. Cada vez mais discute-se a necessidade de políticas de prevenção e intervenção que sejam capazes de minimizar os danos causados pelas experiências adversas vivenciadas durante à infância. A presente Dissertação, num primeiro momento, traçou um panorama das definições de EAIs, suas prevalências em diferentes lugares no mundo e no cenário brasileiro.

Apresentou também as consequências negativas para a saúde, em especial focado nos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, e as diferentes formas de compreensão dos mecanismos subjacentes das experiências adversas. Como resultados principais, o presente estudo aponta para uma alta magnitude de EAIs isoladas, e, também, para as altas correlações e coocorrências entre elas e reforçando a forte correlação entre abuso e negligência. Alguns subgrupos mostraram-se mais vulneráveis: o do sexo feminino e adolescentes de baixa renda. Ademais, os resultados enfatizam a necessidade de elaboração de estratégias multissetoriais, multidimensionais e multitemáticas para redução do problema.

Espera-se que os artigos, fruto desta Dissertação, possa contribuir para a discussão da temática, incentivando outras pesquisas sobre EAIs no contexto brasileiro, dado que ainda é uma área pouco explorada. Também espera-se contribuir, em especial, para o campo das políticas públicas para a infância, instigando a reflexão, a conscientização e a busca de estratégias para que as crianças possam se desenvolverem mais saudáveis e fortalecidas.

Para além dessas pretensões, planeja-se desenvolver um curso de extensão para os profissionais da Rede de Saúde Mental do município de Sobral, voltado para a temática Experiências Adversas na Infância, bem como o desenvolvimento de uma cartilha abordando esta temática.

A pesquisa, para além da contribuição da discussão da temática das EAIs, contribuiu de maneira significativa para o meu crescimento acadêmico e pessoal. Ao me debruçar sobre o tema, ampliei meu olhar em relação ao sofrimento que as pessoas carregam ao longo de suas vidas. O grande desafio de um trabalho como este, além de provocar mudanças e demonstrar que tais fatos não são aceitáveis, constata a necessidade de intervenções em curto, médio e longo prazos, de modo que, com o empenho de toda a sociedade, as crianças e os adolescentes possam crescer e florescer de forma justa e digna. Portanto, esta pesquisa fertilizou em mim uma semente que germinará no campo de atuação profissional, transformando a experiência de infância de muitas crianças e famílias atendidas.

Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros voltados para a temática das EAIs, em nosso contexto local e nacional, para ampliarmos nosso conhecimento em relação a magnitude, coocorrência e os grupos mais vulneráveis e assim fomentar a reflexão e conscientização e possíveis novas políticas.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174-186. [10.1007/s00406-005-0624-4](https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4)
- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., ... & Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloS One*, 7(2), e31879. DOI: [10.1371/journal.pone.0031879](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879)
- Badr, H. E., Naser, J., Zaabi, A., Saeedi, A, Munefi, K., ... & Rashidi, D. (2018). Childhood maltreatment: A predictor of mental health problems among adolescents and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 80, 161–171. DOI: [10.1016/j.chiabu.2018.03.011](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.011)
- Basto-Pereira, M., Queiroz-Garcia, I., Maciel, L., Leal, I., & Gouveia-Pereira, M. (2020). An International Study of Pro/Antisocial Behavior in Young Adults. *Cross-Cultural Research*, 54(1), 92–105. DOI: [10.1177/1069397119850741](https://doi.org/10.1177/1069397119850741)
- Bellis, M. A., Leckenby, H. L. N., Hughes, K., & Harrison, D. (2014). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36(1), 81–91. DOI: [10.1093/pubmed/fdt038](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt038)
- Boeckel, M. G. (2013). *Ambientes familiares tóxicos: impactos da violência conjugal na vinculação entre mães e filhos, no reconhecimento de emoções e nos níveis de cortisol* (Tese Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. (2012), Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia [Internet]*, 22(53), 423-432. DOI: [10.1590/S0103-863X2012000300014](https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014)
- Boyer, L., Simeoni, M-C., Loundou, A., D'Amato, T., Reine, G., ... & Auquier, P. (2010). The development of the S-QoL 18: a shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. *Journal Schizophrenia Research*, 121(1-3), 241–250. DOI: [10.1016/j.schres.2010.05.019](https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.05.019)
- Bright, M. A, & Thompson, L. A. (2018). Association of Adverse Childhood Experiences with Co occurring Health Conditions in Early Childhood. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(1), 37-45. DOI: [10.1097/DBP.0000000000000514](https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000514)
- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., Berger, P., & Collins, T. M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, 2(1), 57-65. DOI: [10.1080/08917778908249326](https://doi.org/10.1080/08917778908249326)
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1), 14-21. DOI: [10.1590/S0104-11692004000100003](https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003)
- Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros-Teuber, S., Cáceres, C., & Vitriol, V. (2018). Factors Associated with Psychiatric Comorbidity in Depression Patients in Primary Health Care in Chile. *Depression Research and Treatment*. DOI: [10.1155/2018/1701978](https://doi.org/10.1155/2018/1701978)
- Carstensen, T. B. W., Ornbol, E., Fink, P., Jorgensen, T., Dantoft, T. M., ... & Frostholm, L. (2020). Adverse life events in the general population – a validation of the cumulative lifetime adversity measure. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1717824. DOI: [10.1080/20008198.2020.1717824](https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717824)
- Cicchetti, D., & Kim, J. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706–716. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x)
- Cohen-Woods, S., Fisher, H. L., Ahmetspahic, D., Douroudis, K., Stacey, D., ... & McGuffin, P. (2018). Interaction between childhood maltreatment on immunogenetic

- risk in depression: Discovery and replication in clinical case-control samples. *Brain, Behavior, and Immunity*, 67, 203–210. DOI: [10.1016/j.bbi.2017.08.023](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.08.023)
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 1-8. DOI: [10.1590/S0104-11692007000400024](https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400024)
- Costa, T. S. (2015). *Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro* (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo.
- Crawford, J. R., & Henry, D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111-131. Disponível em: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1348/014466503321903544>
- Darwich, R. A., & Tourinho, E. Z. (2005). Respostas emocionais à luz do modo causal de seleção por conseqüências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 107-118. Disponível em: <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/46/35>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(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., ... & Marks, J. S. (2019). 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*, 56(6), 774-786. DOI: [10.1016/j.amepre.2019.04.001](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001)
- Fernandes-Fioresi, V. (2017). *Associações entre traumas emocionais precoces, traços de personalidade e reconhecimento de expressões faciais em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós traumático, ansiedade social e ansiedade generalizada* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. DOI: [10.11606/D.17.2018.tde-26042018-170931](https://doi.org/10.11606/D.17.2018.tde-26042018-170931)

- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação Mãe-Bebê em Contexto de Depressão Materna: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 10(1), 47-55. DOI: [10.1590/S1413-73722005000100007](https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100007)
- Garland, C. (2015). Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado. In C. L. Eizirik, R.W. Aguiar, & S.S. Schestatsky, S. S. (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Artmed, Porto Alegre.
- Gawryszewski, V. P., Silva, M. M. A. D., Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Costa, V. C., Matos, S. G., ... & Magalhães, M. D. L. (2006). A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(supl.), 1269-1278. DOI: [10.1590/S1413-81232006000500016](https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500016)
- Gomes, V. F. & Bosa, C. (2004). Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 553-561. DOI: [10.1590/S1413-294X2004000300018](https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300018)
- Goulart, E., Jr., & Lipp, M. E. N. (2011). Estilo de liderança e estresse: uma pesquisa em escolas estaduais de ensino fundamental. *Revista Brasileira de Política e Administração da Educação - Periódico científico editado pela ANPAE*, 27(2), 265-283. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/rbpae/article/view/24773>
- Grassi-Oliveira, R. (2007). *Traumatologia Desenvolvimental: O Impacto da Negligência na Infância na Memória de Adultos* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/631>
- Günther V, Dannlowski U, Kersting A, Suslow T. (2015) Associations between childhood maltreatment and emotion processing biases in major depression: results from a dot-probe task. *BMC Psychiatry*. 15(123), 1-9. DOI: [10.1186/s12888-015-0501-2](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0501-2)
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2005). *Análise Multivariada de Dados* (5a. ed.). Bookman, Porto Alegre.
- Hajat A, Nurius P, & Song C. (2020). Differing trajectories of adversity over the life course: Implications for adult health and well-being. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104392.

- Holander-Gijsman, M., Wardenaar, K., Beurs, E., Wee, N., Mooijaart, A., Buuren, S., & Zitman, F. (2012). Distinguishing symptom dimensions of depression and anxiety: An integrative approach. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 693-701. DOI: [10.1016/j.jad.2011.10.005](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.005)
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, *2*(8), 356–366. DOI: [10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *102*, 104361. DOI: [10.1016/j.chiabu.2020.104361](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361)
- Kalmakis, K. A. & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(7), 1489-1501. DOI: [10.1111/jan.12329](https://doi.org/10.1111/jan.12329)
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *27*(8), 457-465. DOI: [10.1002/2327-6924.12215](https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215)
- Kendler, K. S., Kessler, R. C. & Neale, M. C. (1993). A Longitudinal Twin Study of Personality and Major Depression in Women. *Archives of General Psychiatry*, *50*(11), 853-62. DOI: [10.1001/archpsyc.1993.01820210024003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820210024003)
- Kessler, R. C. (1997). The Effects of Stressful Life Events on Depression. *Annual review of psychology*, *48*(1), 191-214. DOI: [10.1146/annurev.psych.48.1.191](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191)
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry*, *197*(5), 378-385. DOI: [10.1192/bjp.bp.110.080499](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499)
- Klumparendt, A., Nelson, J., Barenbrügge, J., & Ehring, T. (2019). Associations between childhood maltreatment and adult depression: a mediation analysis. *BMC Psychiatry*. *19*(1), 1-11. DOI: [10.1186/s12888-019-2016-8](https://doi.org/10.1186/s12888-019-2016-8)

- Li, M., D'arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717-730. DOI: [10.1017/S0033291715002743](https://doi.org/10.1017/S0033291715002743)
- Liming, K. W., & Grube, W. A. (2018). Wellbeing Outcomes for Children Exposed to Multiple Adverse Experiences in Early Childhood: A Systematic Review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35, 317-335 DOI: [10.1007/s10560-018-0532-x](https://doi.org/10.1007/s10560-018-0532-x)
- Lira, M. O. D. S. C., Rodrigues, V. P., Rodrigues, A. D., Couto, T. M., Gomes, N. P., & Diniz, N. M. F. (2017). Abuso Sexual na Infância e suas Repercussões na Vida Adulta. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(3), e0080016. DOI: [10.1590/0104-07072017000080016](https://doi.org/10.1590/0104-07072017000080016)
- Liu, R. T. (2017). Childhood adversities and depression in adulthood: Current findings and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 140-153. DOI: [10.1111/cpsp.12190](https://doi.org/10.1111/cpsp.12190)
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. DOI: [10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- McEwen, C. A., & McEwen, B. S. (2017). Social structure, adversity, toxic stress, and intergenerational poverty: An early childhood model. *Annual Review of Sociology*, 43, 445-472. DOI: [10.1146/annurev-soc-060116-053252](https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053252)
- McLaughlin, K. A., Kubzansky, L. D., Dunn, E. C., Waldinger, R., Vaillant, G., & Koenen, K. C. (2010). Childhood Social Environment, Emotional Reactivity to Stress, and Mood and Anxiety Disorders across the Life Course. *Depress Anxiety*, 27(12): 1087-1094. DOI: [10.1002/da.20762](https://doi.org/10.1002/da.20762)
- Mercadante, J. P. P. (2007). *Comorbidade entre cefaléias primárias e transtorno de ansiedade generalizada* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo. DOI: [10.11606/T.5.2008.tde-02042008-135616](https://doi.org/10.11606/T.5.2008.tde-02042008-135616)
- Mick, M. A., & Telsh, M. J. (1998). Social Anxiety and History of Behavior Inhibition in Young Adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 1-20. DOI: [10.1016/S0887-6185\(97\)00046-7](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00046-7)

- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. (2021). *Balanço Geral 2011 a 2019 - Crianças e Adolescentes*. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/disque100/balanco-geral-2011-a-2019-criancas-e-adolescentes>
- Mwachofi, A., Imai, S., & Bell, R. A. (2020). Adverse childhood experiences and mental health in adulthood: Evidence from North Carolina. *Journal of Affective Disorders*, 267, 251–257. DOI: [10.1016/j.jad.2020.02.021](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.021)
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., ... & Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict Early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal Psychiatric Research*, 96, 57-64. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2017.09.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.020)
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349. DOI: [10.1371/journal.pmed.1001349](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349)
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2006). *Trabalhando juntos pela saúde: Relatório Mundial de Saúde*. Disponível em: https://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2016). *Maus tratos infantis*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond & Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6910/2/81876.pdf>
- Patias, N. D., Machado, W. L., Bandeira, D. R., & Dell’Aglia, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF*, 21(3), 459-469. DOI: [10.1590/1413-82712016210302](https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302)
- Pinto, R. J., & Maia, A. C. (2013). A Comparison Study between Official Records and Self-Reports of Childhood Adversity. *Child Abuse Review*, 22(5), 354-366. DOI: [10.1002/car.2232](https://doi.org/10.1002/car.2232)

- Pirkola, S., Isometsä, E., Aro, H., Kestilä, L., Hämmäläinen, J., ... & Lönnqvist, J. (2005). Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders results from the Heath 2000 study. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 40(10), 769-777. DOI: [10.1007/s00127-005-0950-x](https://doi.org/10.1007/s00127-005-0950-x)
- Reinelt, E., Aldinger, M., Stopsack, M., Schwahn, C., John, U., ... & Barnow, S. (2014). High social support buffers the effects of 5-HTTLPR genotypes within social anxiety disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 264(5), 433-439. DOI: [10.1007/s00406-013-0481-5](https://doi.org/10.1007/s00406-013-0481-5)
- Rose, D. T., & Abramson, L. Y. (1992). Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on depression* (pp. 323–349). University of Rochester Press, New York.
- Rosenman, S., & Rodgers, B. (2004). Childhood adversity in an Australian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 695-702. DOI: [10.1007/s00127-004-0802-0](https://doi.org/10.1007/s00127-004-0802-0)
- Salabérria, K., & Echeburua, E. (1998). Long-Term Outcome of Cognitive Therapy's Contribution to Self-Exposure in Vivo to the Treatment of Generalized Social Phobia. *Behavior Modification*, 22(3), 262-84. DOI: [10.1177/01454455980223003](https://doi.org/10.1177/01454455980223003)
- Selye, H. (1978). *The stress of life* (2a. ed.). McGraw-Hill Book Co.: New York.
- Silva, S. S., & Maia, A. C. (2008). Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário da História de Adversidade na Infância). In A. P. Noronha, C, Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (coord.). *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/11323>
- Silva, S. S. P., & Maia, A. C. (2011). Adversidade na infância, características psicológicas e problemas de saúde física: comparação entre obesos e não obesos. *Archives of Clinical Psychiatry*, 38(5), 194-200. DOI: [10.1590/S0101-60832011000500005](https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000500005)
- Silva, V. C. P., Alves, J. F. C., & Maia, A. C. (2015). Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas.

Estudos de Psicologia (Campinas), 32(4), 617-625. DOI: [10.1590/0103-166X2015000400005](https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400005)

Soares, A. L. G. (2016). *Experiências adversas na infância e suas influências sobre a composição corporal na adolescência* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul. Disponível em: http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/uploads/teses/Tese_Ana%20Luiza%20Soares_final.pdf

Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J.G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., ... & Penninx, B. W. J. H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 103-112. DOI: 10.1016/j.jad.2010.02.132

Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Penninx, B. W. (2016). Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: A six-year longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 191, 100-108. DOI: [10.1016/j.jad.2015.11.036](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.036)

Stein, M. B. (1998). Neurobiological perspectives on social phobia: from affiliation to zoology. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1277-1285. DOI: [10.1016/S0006-3223\(98\)00265-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00265-0)

Teng, C., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Archives of Clinical Psychiatry*, 32(3), 149-159. DOI: [10.1590/S0101-60832005000300007](https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007)

Triola, M. F. (1999). *Introdução à Estatística* (7a. Ed). Rio de Janeiro: LTC.

Uchida, Y., Takahashi, T., Katayama, S., Masuya, J., Ichiki, M., ... & Inoue, T. (2018). Influence of trait anxiety, child maltreatment, and adulthood life events on depressive symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 14, 3279-3287. DOI: [10.2147/NDT.S182783](https://doi.org/10.2147/NDT.S182783)

Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. DOI: [10.1016/j.jad.2013.10.031](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031)

Vitriol, V., Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros, S., ... & Asenjo, A. (2017). Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo

- depressivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 145(9), 1145-1153. DOI: [10.4067/s0034-98872017000901145](https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000901145)
- Waikamp, V., & Serralta, F. B. (2018). Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciências Psicológicas*, 12(1), 137-144. DOI: [10.22235/cp.v12i1.1603](https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603)
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil*. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos/Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais Brasil. Disponível em: https://flacso.org.br/files/2020/03/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a Tripartite Model: I. Evaluating the Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 3-14. DOI: [10.1037/0021-843X.104.1.3](https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.3)
- Zamignani, D. R., & Banaco, J. S. (2003). Propostas Analítico-Comportamentais para o Manejo de Transtornos de Ansiedade: Análise de casos clínicos. In H. M. Sadi & N. M. S. Castro (Eds.), *Ciência do comportamento: Conhecer e avançar*. Santo André: ESETec.

ANEXOS

Anexo 1:

Questionário de História na Infância
(Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007)

Em seguida são apresentadas um conjunto de questões/afirmações que se referem a experiências da infância. Responda a todas as questões com a maior sinceridade. O anonimato e confidencialidade estão garantidos.

	Sim	Não			
1. Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Alguém em sua casa tentou suicidar-se ou suicidou-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Alguém em sua casa esteve na prisão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Os seus pais eram divorciados ou separados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Havia alguém em casa que usasse drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Com que frequência é que o seu pai (ou padrasto) ou o namorado da sua mãe fez alguma destas coisas à sua mãe (ou madrastra):					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
7. Puxar, agarrar ou atirar-lhe com alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pontapear, morder, bater com a mão, ou bater com alguma coisa forte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bateu-lhe repetidamente durante alguns minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ameaçou-a com uma faca ou uma arma, ou usou uma faca ou uma arma para a magoar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante a minha infância...					
11. Não tinha o suficiente para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas da sua família chamavam-lhe coisas como "feio" ou "preguiçoso".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Havia alguém na família que me ajudava a sentir especial ou importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Havia quem lavasse a roupa suja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentí-me amada (o).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Pensei que os meus pais desejaram que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentí que alguém da família me odiava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. As pessoas da família disseram coisas que me magoaram ou insultaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. As pessoas da família sentiam-se próximas umas das outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Acredito que fui emocionalmente abusado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Havia alguém que me levasse ao médico caso necessitasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. A família foi fonte de força e suporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eu tinha de usar roupas sujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguém...					
27. O insultou ou lhe disse palavrões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ameaçou bater-me ou atirar-me com alguma coisa mas não o fez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Agiu de uma forma que me deixou com medo que me magoasse fisicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão adicional. Se respondeu **sim a uma das últimas três perguntas**, indique se estas experiências aconteceram com alguém que...**Note: Se aconteceu com mais que uma pessoa, assinale todas as opções que forem verdadeiras**

Não vivia comigo nem era da minha família Vivia na mesma casa mas não era meu família
Um familiar que vivia na mesma casa que eu Um familiar que não vivia na mesma casa que eu

30. Bateu-me com tanta força que deixou marcas ou feriu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Puxou-me, agarrou-me ou atirou-me com alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Com que frequência lhe bateram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não forte	Pouco forte	Médio	Um pouco forte	Muito forte
33. Com que severidade lhe bateram? (com que força?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão adicional. Se respondeu **sim a uma das últimas quatro perguntas**, indique se estas experiências aconteceram com alguém que...**Note: Se aconteceu com mais que uma pessoa, assinale todas as opções que forem verdadeiras**

Não vivia comigo nem era da minha família Vivia na mesma casa mas não era meu família
Um familiar que vivia na mesma casa que eu Um familiar que não vivia na mesma casa que eu

Algumas pessoas, durante os primeiros 18 anos de vida, tiveram experiências sexuais com um adulto pelo menos 5 anos mais velho. Estas experiências podem envolver pessoas da família ou estranhos. Durante esse período, algum adulto familiar, amigo da família ou estranho, pelo menos 5 anos mais velho:

34. Tocou ou acariciou o seu corpo de uma forma sexualizada? Sim Não

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____

E da última? _____

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim Não Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino Feminino

35. Tocou o corpo delas (dessas pessoas) de forma sexualizada? Sim Não

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____

E da última? _____

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim Não

Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino Feminino

36. Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo? Sim Não

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____

E da última? _____

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim Não

Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino Feminino

37. Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo? Sim Não

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____

E da última? _____

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim Não

Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino Feminino

Questão adicional. Se respondeu **sim a uma das últimas quatro perguntas**, indique se estas experiências aconteceram com alguém que... **Note: Se aconteceu com mais que uma pessoa, assinale todas as opções que forem verdadeiras.**

Não vivia comigo nem era da minha família Vivia na mesma casa mas não era meu família

Um familiar que vivia na mesma casa que eu Um familiar que não vivia na mesma casa que eu

Anexo 2 A: DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil

Autores: Vignola & Tucci.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3

19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

Anexo2: Artigo original de revisão

Anexo 3: Aprovação do Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO INTERNACIONAL SOBRE COMPORTAMENTOS PRÓ/ANTI SOCIAIS NO INÍCIO DA IDADE ADULTA (SOCIALDEVIANCE1820) - BRASIL **Pesquisador:** Maria Suely Alves Costa **Área Temática:** **Versão:** 1

CAAE: 22224619.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.744.510

Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem como intenção investigar comportamentos pró(anti) sociais no início da idade adulta, através de vários instrumentos de avaliação Psicológica.

Amostra de 423 adultos jovens de 18-20 anos

Objetivo da Pesquisa:

Aprofundar a compreensão do efeito de diferentes experiências adversas na infância e adolescência nos comportamentos e atitudes pró/anti-sociais e problemas de integração social no início da idade adulta.

Objetivo Secundário:

Compreender que eventos de vida significativos (casamento, ser pai, terminar um curso) e que mudanças nas estratégias de coping são fatores preditivos do comportamento anti /pró-social e de indicadores de integração social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ressaltamos como risco a possibilidade desta pesquisa produzir possível constrangimento aos participantes, contudo, trabalharemos de maneira ética e objetiva com a intenção de evitar ou minimizar quaisquer riscos.

Benefícios:

Continuação do Parecer: 3.744.510

Em relação aos benéficos, não teremos benefícios diretos e individuais para os participantes, embora o estudo irá moldar políticas públicas mais eficazes, nomeadamente no que se refere ao sistema de justiça e às comissões de proteção de crianças e jovens.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa atende aos critérios exigidos. Folha de rosto ok; autorização da inst para aplicação dos instrumentos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: estão incluídos e dentro dos critérios

Recomendações: aprovação da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugerimos que os testes sejam anexados para que sejam verificados em outras submissões

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1419919.pdf	26/09/2019 22:32:16		Aceito
Outros	Roteiro_para_coleta_de_dados.pdf	26/09/2019 22:28:01	Maria Suely Alves Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INST_PARTICIPANTE_FLF.pdf	26/09/2019 14:39:50	Maria Suely Alves Costa	Aceito
Outros	DECLARACAO_INST_PARTICIPANTE_UNINTA.pdf	26/09/2019 14:38:11	Maria Suely Alves Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_INTERNACIONAL.doc	04/09/2019 16:30:12	Maria Suely Alves Costa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	04/09/2019 16:29:38	Maria Suely Alves Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CONSENTIMENTO_LIVRE_ATUAL.pdf	04/09/2019 16:26:03	Maria Suely Alves Costa	Aceito
Folha de Rosto	NOVA_FOLHA_DE_ROSTO_UVA_ASSINADA.pdf	04/09/2019 16:24:59	Maria Suely Alves Costa	Aceito

Página 02 de

Continuação do Parecer: 3.744.510

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 04 de Dezembro de 2019

**Assinado por:
Luiz Vieira da Silva Neto
(Coordenador(a))**