



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

História de Adversidade na Infância e Resiliência: Relação  
com a Sintomatologia Psicopatológica na Adulterez de  
Ansiedade, Depressão e Somatização

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Carolina Torres Maury**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

JANEIRO 2023



**CATOLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

**História de Adversidade na Infância e Resiliência: Relação  
com a Sintomatologia Psicopatológica na Adulthood de  
Ansiedade, Depressão e Somatização**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Carolina Torres Maury**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Eleonora Costa, pelo seu exemplo como profissional e como pessoa, pelo apoio prestado em cada dificuldade sentida ao longo do meu percurso académico, sempre com uma postura de extrema humanidade e empatia. Estar-lhe-ei para sempre grata.

Ao meu querido Pai, que me fez ver que tudo era possível mesmo quando tudo parecia longínquo ou quase incansável.

À minha querida Mãe, que me motivou a estudar e a ser resiliente, mesmo quando eu não acreditava em mim.

Ao meu primo Francisco, que sempre me disse que eu conseguiria, e que me mostrou que tinha forças que nem eu sabia existirem.

Às minha grandes amigas Andréa e Viviana, que viram os cafés e jantares adiados para eu poder ficar em casa a estudar... Aviso que, finalmente, já podemos marcar!

Às minhas doces amigas, Bárbara Fernandes e Joana Vinagre, sem vocês este momento da vida não seria possível... Obrigada por serem o meu braço direito e por sempre me motivarem a continuar! Obrigada por todas as horas de estudo, e pelas risadas nos momentos de agonia. Nós finalmente conseguimos!

Às minhas amigas Rosa Cunha e Bruna Fonseca, prometi que entrávamos juntas e terminávamos juntas. Cá estamos nós!

Deixo um especial agradecimento a todas as pessoas que, com poucas palavras, tornaram o meu mundo académico um lugar melhor: Letícia Lopes, Nuno Teixeira, Catarina Bogas, Carolina Azevedo, Marta Loureiro, Tânia Araújo, Rita Silva, e Susana Pinheiro, vocês são pessoas fantásticas, adorei cada momento do vosso lado.

Ao meu namorado, Torcato de Almeida, foste e és a primeira pessoa que acreditou que eu conseguia, só para te ouvir dizer mais uma vez, que tinhas razão. Obrigada por acreditares em mim e no meu potencial... Se aqui estou, devo, em primeiro lugar, a ti.

Aos Índios do Tubará da Tribo Mocaná do Caribe Colombiano.

Ao meu berço, Ucrânia.

E por fim, agradeço à Universidade Católica Portuguesa, que me deu a oportunidade de desenvolver-me ainda mais como profissional e pessoa.

## **Resumo**

O presente estudo tem como objetivo analisar a relação existente entre História de Adversidade na Infância, Resiliência e Sintomatologia Psicopatológica (Ansiedade, Depressão e Somatização) em adultos. Diversos estudos constataam que experiências adversas na infância podem ser preditores de sintomatologia psicopatológica na idade adulta, e que a resiliência funciona como um mecanismo protetor na predição dessas formas de sintomatologia. A amostra é constituída por 528 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos, que preencheram os seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico, História de Adversidade na Infância, Escala de Resiliência Reduzida, e BSI-18. Os resultados sugerem que os participantes que relatam história da adversidade na infância revelam menor resiliência e maior grau de sintomatologia psicopatológica, quando comparados com os indivíduos que não relatam história da adversidade. A história de adversidade na infância e a resiliência foram confirmados preditores positivo e negativo, respetivamente, de sintomatologia psicopatológica na idade adulta. A literatura e os dados obtidos nesta investigação revelam a natureza multifacetada e multidimensional das variáveis estudadas. Como tal, a investigação nesta área deve circundar a melhoria das ferramentas de abordagem ao objeto de estudo, o seu aprofundamento e o alargamento do âmbito de estudo do problema.

**Palavras-chave:** História de Adversidade na Infância; Resiliência; Sintomas Psicopatológicos.

## **Abstract**

This study aims to analyze the relationship between Adversity History in Childhood, Resilience and predictors of Psychopathological Symptomatology (Anxiety, Depression and Somatization) in adults. Several studies find that adverse childhood experiences can be predictors of psychopathological symptomatology in adulthood, and that resilience functions as a protective mechanism in predicting these forms of symptomatology. The sample consists of 528 participants, aged between 18 and 67 years, who completed the following questionnaires: Sociodemographic Questionnaire, History of Adversity in Childhood, Reduced Resilience Scale, and BSI-18. The results suggest that participants who report a history of childhood adversity show lower resilience and a higher degree of psychopathological symptomatology compared to individuals who do not report a history of adversity. History of adversity in childhood and resilience were confirmed positive and negative predictors, respectively, of psychopathological symptomatology in adulthood. The literature and the data obtained in this research reveal the multifaceted and multidimensional nature of the variables studied. As such, research in this area should focus on improving the tools used to approach the object of study, deepening and broadening the scope of study of the problem.

**Keywords:** History of Childhood Adversity; Resilience; Psychopathological Symptomatology.

## Índice

Introdução .....	9
Capítulo I- Enquadramento Teórico .....	11
1. História de Adversidade na Infância .....	11
2. Resiliência .....	14
3. Relação entre Adversidade na Infância e Resiliência.....	16
4. Sintomatologia Psicopatológica .....	17
4.1. <i>Relação entre Adversidade na Infância, Ansiedade, Depressão e Somatização.</i> .....	17
4.2. <i>Papel da Resiliência na predição de Sintomatologia Psicopatológica na Aduldez.</i> .....	22
5. Adversidade na Infância, Resiliência e Sintomatologia Psicopatológica .....	24
Capítulo II- Estudo Empírico .....	24
1. Objetivos e Hipóteses .....	25
2. Desenho de Estudo .....	25
3. Amostra .....	26
4. Instrumentos .....	35
<i>Instrumento 1- Questionário Sociodemográfico.</i> .....	35
<i>Instrumento 2- História de Adversidade na Infância.</i> .....	35
<i>Instrumento 3- Escala de Resiliência Reduzida.</i> .....	36
<i>Instrumento 4- BSI-18 - Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18.</i> .....	36
5. Procedimento de recolha .....	38
6. Análise de dados .....	38
Resultados.....	39
Discussão .....	44
Conclusão .....	50
Referências .....	52

## **Índice de Anexos**

Anexo I: Formulário de Consentimento Informado

Anexo II: Questionário Sociodemográfico

## Introdução

Cada vez mais se tem reconhecido evidências do impacto da história de adversidade na infância (ACEs) como determinante de diversas formas de sintomatologia psicopatológica na idade adulta, além da sua ligação a indicadores e/ou mecanismos de resiliência que, face a stressores, agem como fatores protetores que promovem resultados positivos, ao longo do desenvolvimento (Albott et al., 2018; Burt & Rosenberg, 2020; Chen et al., 2022; DeCross et al., 2019; Gordon et al., 2022; Hwang et al., 2020; White et al., 2022; Ximenes et al., 2022; Zhao et al., 2022). Perante a exposição a tais adversidades, alguns indivíduos podem demonstrar sequelas nefastas, consideradas como poderosos fatores de risco, associados a múltiplas formas de patologia(s) ao longo da vida. No entanto, perante este contexto, não devem ser esquecidos os fatores de proteção individual (e.g. intrínsecos e extrínsecos) que promovem estratégias de *coping* mediante modos de resiliência, que funcionam como atenuantes contra múltiplas formas de psicopatologia (ansiedade, depressão e somatização) na idade adulta (APA, 2017; Beutel et al., 2017; Brown et al., 2021; Höltge et al., 2018; McLaughlin et al., 2020). Investigações emergentes sugerem a existência de fatores que promovem a capacidade de facilitar o surgimento de resiliência entre os adultos, que possuem uma história de adversidade precoce. De salientar que nem todos os indivíduos que têm uma história de adversidade na infância desenvolvem sintomatologia psicopatológica, já que adquirem níveis de funcionamento estáveis e saudáveis, e são comumente chamados de resilientes (Arloth et al., 2017; McGee et al., 2020; Poole et al., 2017).

Por outro lado, vários têm sido os estudos que tentam compreender as razões pelas quais alguns indivíduos desenvolvem psicopatologia, enquanto que outros, ainda que submetidos a adversidades semelhantes, não o fazem (Pedrosa, 2018). Não

obstante, estabelece-se que experiências adversas na infância podem influenciar negativamente a saúde e o desenvolvimento do ser humano, pois possuem uma profunda influência sobre o decurso de vida, enquanto que experiências positivas durante a infância têm sido classificadas como sendo importantes fatores protetores na predição de sintomatologia psicopatológica, que podem incluir carinho e cuidado responsivo, dentro de ambientes seguros e equitativos, sendo fortemente associados a vidas felizes, produtivas e saudáveis durante a vida adulta (Andrade et al., 2022; Bethell et al., 2019). Dada a emergência de expandir a investigação, impõe-se a necessidade de políticas inovadoras e adaptativas nesta área, desde a investigação, à intervenção e prevenção, tendo em vista a análise da literatura e das principais características encontradas nos resultados deste campo de investigação (Afifi et al., 2021; Cezario et.al., 2017). O objetivo desta investigação consiste em analisar a ACEs, resiliência e sintomatologia psicopatológica na idade adulta.

## Capítulo I- Enquadramento Teórico

### 1. História de Adversidade na Infância

O conceito de adversidade é comumente designado como um vasto leque de eventos/circunstâncias que ameaçam o estado físico e psicológico de alguém (Krupink, 2019). Importa salientar que o conceito de adversidade difere do conceito de trauma, no sentido em que o trauma é uma consequência negativa da adversidade, que envolve uma(s) situação(s) constituída(s) de circunstâncias impactantes geradoras de mal-estar – e.g., perda, agressão física ou psíquica, acidentes familiares/acidentes pessoais com consequências graves (Zavaroni & Viana, 2015) –, enquanto a adversidade consiste na exposição a um conjunto de circunstâncias pouco favoráveis para o normal desenvolvimento humano, abrangendo experiências físicas, emocionais, sexuais e mentais. Frequentemente, evidencia-se que nos indivíduos com experiências adversas precoces e de longa durabilidade, a adversidade tem impactos perduráveis (Nelson et al., 2020; Silva & Maia, 2008). Contudo, nem todos os indivíduos que têm uma história de adversidade na infância são traumatizados na idade adulta (Bartlett & Sacks, 2019). Dada a relevância destes eventos no período da infância, foi implementado o termo Experiências Adversas na Infância (ACEs), pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDCP, 2021).

Uma das possíveis formas de analisar consequências da ACEs é considerar a vitimização como parte do seu construto (Fanslow et al., 2021). Lyons e colaboradores (2018) verificaram que os homens tendem a ter experiências adversas de abuso sexual grave durante a infância, bem como a coocorrência de outras formas de maus-tratos (e.g., conflito parental, negligência, abuso físico, e maus-tratos emocionais). Devido a estes acontecimentos tão marcantes, no decorrer da vida adulta, vivenciam dificuldades de adaptação, social e/ou relacionais, comportamentos disfuncionais nos locais de

trabalho e stress (Lyons et al., 2018). Acontecimentos determinísticos de um ambiente familiar instável e hostil têm sido comumente associados a algumas das dimensões da história de adversidade na infância, como situações de abuso de substâncias, violência doméstica, doença mental, um membro da família preso e separação dos pais (Aff et al., 2017; Anda et al., 1998; Andrade et al., 2022; CDCP, 2019; Gordon et al., 2022; Silva & Maia, 2008).

Segundo os estudos pioneiros de Bernstein e colaboradores (1997), a negligência física é considerada falha dos pais/cuidadores em termos de fornecer necessidades básicas como alimentação, vestuário adequado, moradia, segurança, supervisão e saúde, e está associada a níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Dobson et.al., 2020). A negligência emocional é definida como a falha do cuidador em fornecer as necessidades emocionais e psicológicas como o amor, motivação e o suporte. O abuso físico caracteriza-se por situações em que as agressões físicas cometidas sobre o indivíduo ocasionam lesões físicas, enquanto o abuso emocional é caracterizado por agressões verbais e ameaças que afetam o bem-estar e a moral (Bernstein et al., 2003).

A prevalência de maus-tratos em Portugal, segundo as estatísticas da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de 2021, abarca 45.132 comunicações de crianças e jovens em situações de perigo e/ou adversidade(s), revelando que foram sinalizados 12.946 atos de negligência, 13.782 atos de violência doméstica, 7.091 de comportamentos de perigo na infância e juventude, 6.445 atos pelo direito à educação, 2.026 atos de maltrato físico, 1.371 de maltrato psicológico, 476 de abandono, 919 de abuso sexual, e 76 por exploração infantil. Segundo esses dados, em Portugal, foram realizadas 43.796 denúncias. Neste contexto, é fundamental referir que as faixas etárias comunicadas englobam jovens com idades entre os 0 aos 5 anos (23.8%), entre os 6 aos

10 anos (22.3%), entre os 11 aos 14 anos (26.2%), dos 15 aos 17 (23.2%), e dos 18 aos 21 anos (3.1%).

Analisando os dados estatísticos do Relatório da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), foram apoiadas, entre 2016 e 2020, 1599 crianças e jovens vítimas de violência sexual. Os dados do relatório de 2020 demonstram que a violência sexual é superior no sexo feminino (79.8%) comparativamente com o sexo masculino (19.0%), sendo que em 90.5% dos casos, os agressores são homens. No entanto, estes valores parecem subestimar o verdadeiro problema (Pedrosa, 2018). Independentemente da época em que cresceram, ou do contexto sociocultural, continua a existir história de adversidade na infância, vivenciadas por grande parte dos seres humanos; por esse motivo, importa, doravante, entender o seu impacto na saúde das gerações futuras (Blair & Boullier, 2018). Compreende-se, assim, que o risco de ACEs intergeracional é frequente, e decorre das experiências vivenciadas pelos pais na infância, levando à sua perpetuação; no entanto, experiências de infância positivas dos pais podem atuar como fatores protetores na revitimização e vitimização ao longo das gerações, pelo que se sugerem prevenções primárias face às adversidades na infância, onde se considere a história de ACEs dos pais (Lieberman et al., 2021).

Importa salientar que no estudo e compreensão da adversidade, é muito importante considerar as experiências vantajosas (e.g., ter bom rendimento escolar, ter boas relações familiares e de amizade, entre outros), e não apenas as experiências negativas, pois estas funcionam como fator protetor e como uma atenuante da perceção negativa dos indivíduos face à adversidade (Lopez et al., 2021). O estudo de Crandall et al. (2019) identifica as experiências vantajosas da Infância (contra-ACEs) e ressalva que as mesmas devem ser consideradas para a identificação de experiências positivas ocorridas na infância (PCEs), que também podem existir em muitos ambientes e

circunstâncias (Baglivio & Wolff, 2020; Crandall et al., 2021). Investigações em psicologia do desenvolvimento demonstraram que experiências vantajosas e positivas na infância podem melhorar futuras experiências relacionais (Bernstein et al., 2018).

## **2. Resiliência**

Alguns autores definem a resiliência pelo seu aumento escalar e integrativo de capacidade(s) de sucesso(s) adaptativo(s) de um sistema dinâmico, por meio de processos multissistêmicos, acionados perante desafios que ameaçam a sobrevivência (e.g. contextos de adversidade e *stress*), revelando-se de suma importância como fator protetor da saúde mental e bem-estar (Gopal & Nunlall, 2017; Lucke et al., 2021; Masten, 2015; Qui et al., 2018). Perspetiva-se a resiliência psicológica como um construto multidimensional de características (e.g. tenacidade, adaptabilidade, autoeficácia, controlo emocional e cognitivo sob pressão, tolerância a emoções negativas, tolerância ao baixo autoconceito e orientação para o objetivo), mas numa perspetiva neuropsicológica, está associada à conectividade funcional entre regiões que envolvem flexibilidade emocional, capacidade de recuperação e processo de controlo inibitório, entre outras (Connor & Davison, 2003; Corveleyn et al., 2017; Qui et al., 2018).

No Modelo de Portfólio de Resiliência (Grych & Hamby, 2015), encontramos um entendimento de diferentes pontos fortes do indivíduo (e.g. internos e externos), especialmente relacionados com a construção de significados, de competência pessoal de autorregulação, de contexto interpessoal, considerados para um bom desenvolvimento de bem-estar após a adversidade (Gonzalez-Mendez et al., 2018; Hamby et al., 2018). Por outro lado, a resiliência individual possui características como independência, autoestima e inteligência, contudo, alguns estudos têm vindo a demonstrar que o que determina a resiliência de um indivíduo não se restringe apenas a

características individuais, mas sim a um envolvimento de vários sistemas de interação que consistem em fatores psicológicos, sociais, biológicos e culturais (Best et al., 1990; Cantante-Rodrigues et al., 2021; Egolf et al, 1994; Garmezy, 1993; Masten & Monn, 2015; Oliveira & Nakano, 2018; 2020; Rutter, 2006; Santos, 2020). Existem variações individuais em resposta a níveis significativos de stress ou adversidade, que se manifestam em múltiplas formas, desde a manutenção de funcionamento estável (sustentabilidade), passando pela recuperação após uma resposta inicial ao stress (recuperação) e finalizando-se através da adaptação e/ou transformação (extinção) (Schoon, 2021; Ungar, 2019). Numa outra investigação, levada a cabo por Liebenberg e Moore (2016), constatou-se que as medidas socioecológicas da resiliência na idade adulta eram mais elevadas no sexo feminino, apresentam valores superiores na subescala de inclusão social e suporte familiar, relatam a importância dos grupos de apoio e apontam para a baixa aceitação dos homens nas redes de apoio social, indo de encontro ao estudo anterior de Masten (2014; 2018), que enfatiza que a resiliência está associada às capacidades individuais, relacionamentos e disponibilidade de recursos e oportunidades.

A investigação de Dâmasio (2018) pretendeu verificar possíveis existências de fatores sociodemográficos e da resiliência, verificando que não há associação entre resiliência e sexo, local de residência, nível educacional, diferentes situações laborais e estatuto religioso. Verificam-se relações significativas entre resiliência e adultos com filhos; estado civil, onde se verificou que indivíduos casados demonstram mais resiliência do que indivíduos viúvos e divorciados/separados; relativamente à percepção do nível socioeconómico, onde a percepção de uma situação económica positiva revela um nível médio superior de resiliência, comparativamente com aqueles que percebem a sua situação económica como negativa; à composição do agregado familiar, onde se corrobora que os sujeitos que vivem com o cônjuge, com terceiros ou pais, apresentam

um nível médio superior de resiliência. Também foram encontradas evidências que no sexo masculino há maior resiliência naqueles que vivem com o cônjuge, enquanto a idade avançada e uma situação económica mais desfavorável diminuem a resiliência. O estudo de Converley e colaboradores (2017) enfatiza que mulheres apresentam níveis mais baixos de percepção de si, contrariamente aos homens que apresentam pontuações médias mais altas. No que tange às habilitações literárias (escolaridade), ambos os sexos demonstram resultados positivamente associados à resiliência para um planeamento do futuro.

### **3. Relação entre Adversidade na Infância e Resiliência**

Níveis educacionais mais elevados em adultos entre os 18 e 25 anos predizem uma transição para uma vida adulta segura e estável, no entanto, foi demonstrado que o abuso infantil, o trauma, a vitimização e a adversidade afetam negativamente o funcionamento académico e o sucesso educacional durante a infância e a adolescência (Blease et al., 2021; Zinn et al., 2020). Apesar disso, muitos adultos que vivenciam esses eventos adversos também mostram notável resiliência (Aksoy et al., 2022; Blease et al., 2021; Shi et al., 2019). Um outro estudo ressalva que acontecimentos tão marcantes na vida de indivíduos com história de abuso sexual na infância, refletem taxas mais baixas de resiliência em comparação com a comunidade adulta (Lyons et al., 2018; Zinn et al., 2020). No entanto, nem todos os indivíduos com história de negligência, experienciam desfechos negativos – são denominados como resilientes (Ben-David & Jonson-Reid, 2017; Hartmann & Schmidt, 2020; Shi et al., 2019; Zinn et al., 2020).

Os investigadores Chan, Leung e Ho (2020) examinaram os constructos de apoio social aplicados ao conceito de resiliência entre adultos que vivenciaram ACEs. Treze estudos com 277 adultos, com idades entre 18 e 35 anos (média de 23 anos), de

seis países, relataram a resiliência como uma avaliação de “autocorreção”, isto é, como um mecanismo de ajuste de comportamentos mesmo aquando da experimentação de situações adversas. Além disso, os resultados sugerem que a resiliência é um processo dinâmico de autocorreção que ocorre através da adversidade, alcançando um equilíbrio entre poderes internos (qualidades psicológicas e biológicas) e conformidade externa com suas expectativas sociais e culturais.

#### **4. Sintomatologia Psicopatológica**

Etiologicamente, os sintomas psicopatológicos podem ser divididos em duas componentes: Biológica (uma disfunção), que concebe um comportamento desviante e irregular; Psicossocial, como um comportamento interpretativo dos sintomas do indivíduo, em concomitância com a interação dos demais. Em essência, esses sintomas são variações identificáveis (Mackenzie et al., 1978). O desenvolvimento da última edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5) (APA, 2017) permite a abordagem e o diagnóstico de sintomatologia psicopatológica, com uma estrutura geral e com base em dimensões em vez de categorias (Andrews et al., 2009; Kraemer, 2007; Lund et al., 2013). Nesta investigação serão abordadas três dimensões de sintomatologia psicopatológica focadas apenas na avaliação do sofrimento emocional (ansiedade, depressão e somatização) (Canavarro, Nazaré & Pereira, 2017).

##### ***4.1. Relação entre Adversidade na Infância, Ansiedade, Depressão e Somatização.***

Segundo o DSM-V (APA, 2017), as perturbações de ansiedade incluem características de medo e ansiedade excessivos e alterações do comportamento relacionadas, em que o medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. Nesta

investigação, abordam-se sintomas indicativos de estados de pânico (e.g., nervosismo, tensão, agitação motora, apreensão) (Canavarro et al., 2017; Derogatis, 2001).

A depressão, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), caracteriza-se por uma perturbação mental que afeta mais de 264 milhões de pessoas em todo o mundo, demonstrando tristeza persistente, falta de interesse e/ou prazer em atividades anteriormente gratificantes; verifica-se afastamento social, sintomas físicos como emagrecimento, falta de apetite e energia, dificuldades do sono e concentração. Estes efeitos podem ser duradouros ou recorrentes e afetar drasticamente a capacidade funcional de um indivíduo. Rufino et al. (2018) entendem a depressão ao nível psicossomático, já que influencia os vários domínios do ser humano (emocional, motivacional, cognitivo e físico). Por este prisma, tem-se reconhecido que as suas causas podem ser resultantes de interações complexas entre fatores psicológicos, sociais e biológicos (OMS, 2020). Neste estudo, a depressão está focada nos sintomas nucleares das perturbações depressivas, como o humor disfórico, a anedonia, a desesperança e ideação suicida (Canavarro et al., 2017; Derogatis, 2001).

A perturbação de somatização, segundo Bernhardsson e colaboradores (2021), é constituída por uma série de sintomas físicos que não apresentam explicação médica de sofrimento. Evidências demonstram que, em adultos, a somatização tem sido associada a traumas na infância, tanto em homens como em mulheres, indo de encontro a estudos anteriores, que defendem que a somatização age como defesa contra a tomada de consciência ou expressão de mal-estar psicológico, em que a dor é a queixa principal mais vezes apresentada de mal-estar e conflito emocional (Katon et al., 1982; Lipowski, 1986). Desta forma, poderá assumir-se que experienciar somatização baseia-se na premissa tendencial de mal-interpretar os danos psicológicos, através de sensações físicas dolorosas, como se de doenças orgânicas se tratassem (Martins, 2017). Neste

estudo, a somatização é avaliada através do mal-estar associado a manifestações dos sistemas regulados automaticamente (Canavarro et al., 2017; Derogatis, 2001).

A investigação Herzog & Schmahl (2018) confirma uma relação significativa entre a somatização e história de adversidade na infância, resultando em comorbidades como depressão e outras patologias (e.g., ansiedade) e denota que a tipologia de adversidade e o momento de ocorrência têm um papel crucial para a prevenção e tratamento da sintomatologia psicopatológica. Elliott et al. (2020) consideram no seu estudo, através da documentação prévia existente na literatura, associações entre ACEs e sintomas somáticos, que causam sofrimento psicológico, problemas no funcionamento normativo diário, afetando adultos emergentes. Outros estudos apontam que uma percentagem dos jovens adultos experiência quatro ou mais ACEs e sintomas de ansiedade clinicamente significativos; essas experiências são consideradas de alto risco para resultados negativos de saúde física e saúde mental (Hagan et al., 2021; Müller & Kenney, 2020). História de depressão e exposição a abuso e negligência representam alguns dos preditores mais robustos de depressão em adultos emergentes (Zhao et al., 2022). O estudo realizado por Ballespi et al. (2019) conclui que história de abuso e exposições de negligência em homens e mulheres conferem preditores de sintomas depressivos elevados. Alguns estudos comprovam que no desenvolvimento de psicopatologias na idade adulta, verificam-se depressão/distímia e ansiedade (Faustiono, 2015; Breuner et al., 2020).

A ACEs pode causar sequelas ou cicatrizes “biológicas” e psicológicas (Ballespi et al., 2019; Gringeri & Vogel-Ferguson, 2013 cit. in Costa et al., 2019; Teicher, 2002). Embora em alguns indivíduos essas marcas passem despercebidas durante um longo período de tempo, não significa que essas vivências não se encontrem adormecidas (“*sleeper effect*”) e que não surjam em determinada altura da vida, no decorrer do

desenvolvimento, sob forma de preditores de sintomatologia psicopatológica, demonstrando um acumular face a stressores prolongados, ou seja: o impacto de maus-tratos em certas estruturas (e.g., hipocampo), aparecem, a posteriori, em determinada(s) altura(s) da vida (Gordon et al., 2022; Gunnar et al., 2009; Sapolsky, 1996; Sapolsky et al., 2000). Crianças expostas a experiências adversas na infância correm maior risco de apresentar sintomas negativos (angústia, pensamentos intrusivos, vergonha) e estão associadas a neuro-desenvolvimentos alterados, maturação acelerada, mudanças epigenéticas e formação de psicopatologia na adultez (Bürgin et al., 2020; Gordon et al., 2022; Racine et al., 2020).

Arseneault et al. (2018) mediram os maus-tratos na infância para prever psicopatologia precoce nos adultos, comparando os seus autorrelatos de retrospeção com os tipos de maltrato. Encontraram associações com problemas psiquiátricos envolvendo a componente afetiva, incluindo a depressão (e em menor grau, ansiedade). Isso sugere que existe uma ligação entre maus-tratos e formas afetivas de psicopatologia, em que tudo depende da existência de memória(s) das vítimas e dos seus processos de lembrar a ocorrência de maus-tratos na infância, durante a idade adulta. Por outras palavras, indivíduos maltratados que se lembram de terem sido maltratados, têm um risco maior de problemas afetivos do que indivíduos maltratados que esqueceram (ou optaram por não revelar) esses maus-tratos. Posto isto, outro estudo revela que é possível que os fatores de risco ligados à depressão se sobreponham, que exista influência por parte das “memórias” de exposição aos maus-tratos, e que desta forma, emirjam através de sintomatologia depressiva na idade adulta (Jouriles et al., 2016). Brühl e colaboradores (2019) defendem os resultados que comprovam a presença de memórias de adversidades da infância (e.g., abuso emocional, negligência emocional e vitimização por pares), e atentam para a sua importância no estudo desta variável;

quando lembradas essas memórias, estão mais associadas a perturbações depressivas do que a perturbações de ansiedade, constituindo-se como preditores de risco para desenvolvimento de perturbações mentais na idade adulta.

No estudo sobre a história de adversidade na infância, depressão em adultos e o papel protetor da resiliência psicológica, Poole, Dobson e Pusch (2017) apontam para a variável sexo como não-preditora de depressão, e as variáveis sociodemográficas *idade*, *etnia*, *educação*, *rendimentos*, *estado civil*, e *emprego* como preditoras de depressão. Acrescenta-se que indivíduos que experienciam situações traumáticas, adversidades na infância, eventos da vida ou perda de emprego, revelam um conjunto de fatores que contribuem para a predição do desenvolvimento de depressão (Andrade et al., 2022; OMS, 2020). A negligência e abuso emocional na infância são preditores de sintomatologia depressiva (mais significativos do que o abuso físico e sexual), e assumem um papel importante no desenvolvimento de depressão (Alloy et al., 2003; Calvete, 2014; Hayden et al., 2009; Heim et al., 2008). No estudo de Gibb e colaboradores (2002), verificou-se que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estavam associados a níveis significativamente mais elevados de abuso emocional e a estilos cognitivos negativos. Os investigadores Jenness, Kasparek e McLaughlin (2020), com base em estudos anteriores, revelam que a adversidade na infância é comum e fortemente associada a risco de psicopatologia, relacionando múltiplas dimensões de adversidade (trauma, negligência do cuidador e insegurança alimentar) com a depressão e psicopatologia externalizante. No estudo de Poole et al. (2017), verifica-se que ACEs como abuso na infância, negligência, e violência doméstica, foram identificadas como fatores de risco com predisposição para a depressão na idade adulta; no entanto, também verificaram que nem todos os indivíduos que experienciam ACEs desenvolvem depressão.

A revisão sistemática da literatura realizada por Wood e Sommers (2011), com base em 24 artigos publicados entre 2001 e 2011, sugere que crianças expostas a violência doméstica e interpaparental estão mais propensas a sofrer de problemas ao nível da saúde mental durante a adolescência e idade adulta (Aksoy et al., 2022). O sexo feminino, especificamente, demonstra comportamentos mais internalizantes (e.g., depressão e ansiedade). Abusos infantis podem, desta forma, repercutir negativamente no desenvolvimento biopsicossocial de crianças e adolescentes, que se refletem depois na vida adulta.

Numa outra investigação levada a cabo por Andrade e colaboradores (2020), com 5.037 sujeitos de idade superior a 18 anos, corroborou-se que a doença mental paparental e a violência familiar foram as adversidades mais preditivas de psicopatologia em todas as faixas etárias. O abuso sexual foi mais associado a perturbações internalizantes (e.g., ansiedade). História de violência familiar, abuso sexual, doença física e baixo rendimento socioeconómico são preditores de ansiedade, desde os 18 anos, enquanto que adversidades económicas e criminalidade paparental foram associados à psicopatologia em início precoce, a partir dos 13 anos de idade. O estudo de Burt (2017) enfatiza que os riscos ambientais (e.g., exposição a pais severos ou abusos, vizinhanças perigosas, etc.) e vulnerabilidades biológicas (e.g., alterações funcionais e estruturais nas regiões neurais límbicas e pré-frontais, genes de risco) aumentam a probabilidade de psicopatologia, especialmente quando os riscos biológicos e ambientais estão presentes.

#### ***4.2. Papel da Resiliência na predição de Sintomatologia Psicopatológica na Aduldez.***

Segundo Converley e colaboradores (2017), o sexo feminino está significativamente associado a recursos de resiliência como competências sociais, recursos sociais, suporte social, sensação de pertença e iniciativa/motivação para a ação.

No entanto, as mulheres também experienciam níveis mais elevados de ansiedade e depressão. As investigações de Arciszewska et al. (2019) e Corveleyn et al. (2017) confirmam que a resiliência pode ter contributos na predição da gravidade dos sintomas depressivos e psicóticos, e enfatizam a promoção de intervenções nos jovens adultos. Por outro lado, uma possível forma de se analisar o conceito de resiliência, prende-se com a desconstrução e construção do seu conceito como uma entidade biológica, psicológica ou social de resiliência separáveis. Aqui, os fatores de resiliência são considerados como uma estrutura geral dinâmica, com várias redes de conexões que predizem e afetam os sintomas, ou servem como atenuantes dos mesmos, e que podem ser afetados por stressores, além de que a sua eficácia e eficiência variam ao longo do tempo (Lyons et al., 2018).

Yang (2020) denota que traços da personalidade, stressores diários e a resiliência desempenham um papel importante na determinação do risco de sintomas somáticos. Existem evidências crescentes associadas à importância dos traços de resiliência para a medição das relações (e.g., maltratos maternos, paternos, psicológicos, e negligência emocional). Os resultados demonstram a presença de *stress* significativo nas mulheres, contrariamente aos homens, que não apresentam valores com significância (Cai et al., 2018). Em outro estudo, verificou-se que alguns fatores de resiliência, como paternidade eficaz, apoio social ou habilidades de autorregulação, podem proporcionar proteções transdiagnósticas contra psicopatologia(s) futuras (Lucke et al., 2021; White et al., 2022). Posto isto, oferecer grupos de apoio pode ser uma das muitas opções para promoção da resiliência perante preditores de psicopatologia intergeracional, que diminuem a qualidade de vida dos pais e filhos ao longo da vida (Adema et al., 2020).

## **5. Adversidade na Infância, Resiliência e Sintomatologia Psicopatológica**

Um estudo numa população clínica de cuidados primários analisou a associação entre ACEs, depressão e resiliência, demonstrando o papel protetor da resiliência psicológica como preditor face a história de adversidade na infância e depressão na idade adulta. Posto isto, encontraram evidências de que existe uma associação entre ACEs e depressão mais elevada entre indivíduos com baixa resiliência, comparativamente com aqueles que evidenciavam níveis mais elevados de resiliência (Poole et al., 2017). O estudo de Burt (2017) relembra-nos da falta de existência de estudos onde fatores de risco e vulnerabilidades expliquem toda a variação dos resultados, ainda que existam participantes cujas respostas são atípicas (e.g. indivíduos que experienciam altos riscos de adversidade ambiental), mas que, no entanto, permanecem inalterados e sem patologias, demonstrando altos níveis de resiliência.

De forma geral, os autores supracitados divergem nas opiniões, questionando-se se não seria mais vantajoso detetar situações adversas apenas quando provocam sintomatologia psicopatológica, visto que se fazem tratamentos contra as sequelas e não se executam tratamentos preventivos contra a adversidade; destacam a necessidade de saber o que rastrear, se os sintomas ou as adversidades, e em que faixas etárias – nos adultos ou as crianças (Finkelhor, 2017; Pedrosa, 2018).

### **Capítulo II- Estudo Empírico**

Seguidamente, será apresentada a estrutura do estudo no que toca aos objetivos gerais e hipóteses, ao desenho de estudo da investigação, a caracterização da amostra, os instrumentos, bem como serão apresentados os procedimentos utilizados. Por último, serão apresentados os resultados obtidos.

## **1. Objetivos e Hipóteses**

Tendo em conta a revisão da literatura, este estudo tem como principal objetivo de investigação analisar a relação entre história de adversidade na infância, resiliência e sintomatologia psicopatológica na idade adulta. Tendo em conta este objetivo geral, pretende-se mais especificamente descrever os tipos de adversidade vivenciados durante o período de infância, analisar o papel de fatores protetores como a resiliência e avaliar a presença de sintomatologia psicopatológica como ansiedade, depressão e somatização na idade adulta. Tendo por base estes objetivos definiram-se as seguintes hipóteses: H1) Espera-se que os participantes que relataram história de adversidade na infância apresentem menor resiliência e mais sintomas psicopatológicos comparativamente com os participantes que não relataram história de adversidade na infância; H2) Espera-se que a adversidade na infância se relacione positivamente com sintomatologia psicopatológica e se relacione negativamente com a resiliência; H3) Espera-se que a história de adversidade na infância seja um preditor positivo de sintomatologia psicopatológica na idade adulta e que a resiliência seja um preditor negativo da sintomatologia psicopatológica; H4) Espera-se que um conjunto de variáveis sociodemográficas (e.g., nível socioeconómico) estejam associadas com a adversidade, resiliência e sintomatologia psicopatológica.

## **2. Desenho de Estudo**

Trata-se de um estudo com um desenho descritivo-correlacional e analítico, uma vez que se pretende, a partir de uma amostra, obter resultados através da análise das relações estatísticas das variáveis em estudo, recolhidas num único momento. Portanto, trata-se de um estudo quantitativo e transversal, uma vez que será medida a frequência de aparição de um acontecimento numa população num dado momento (Fortin et al., 2009).

### 3. Amostra

Para efeitos do presente trabalho, foi selecionada uma amostra de 528 sujeitos. A recolha de dados foi feita online, na população geral, por motivo da pandemia Covid 19. Assim sendo, a amostra do presente estudo atendeu a determinados critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, capacidade para ler e escrever. Relativamente aos critérios de exclusão, foram excluídas memória(s) de adversidades na infância ocorridas após os 16 anos.

Da globalidade dos participantes, 92.4% ( $n = 488$ ) pertencem ao sexo masculino e 7.6% ( $n = 40$ ) ao sexo feminino. No que respeita à idade, 25.4% ( $n = 134$ ) dos participantes têm idades compreendidas entre os 18 e os 32 anos, 28% ( $n = 148$ ) entre os 33 e 40 anos, 23.5% ( $n = 124$ ) entre 41 e 46 anos, e 23.1% ( $n = 122$ ) entre 47 e 67 anos.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são casados (37.3%) ( $n = 197$ ), solteiros (27.7%) ( $n = 146$ ) e em união de facto (22.5%) ( $n = 119$ ). Do total dos participantes, 60.8% tem o Ensino Superior ( $n = 321$ ) e 32% o Ensino Secundário ( $n = 169$ ). 21.8% dos participantes vivem em meio rural ( $n = 115$ ) e 78.2% em meio urbano ( $n = 413$ ). Destes, 72.7% encontram-se empregados ( $n = 384$ ), e tem uma perceção socioeconómica positiva (72.2%) ( $n = 381$ ). Relativamente ao rendimento anual, verifica-se uma prevalência de rendimentos entre os 10.737€ e 15.216€ (21.8%) ( $n = 115$ ), entre os 7.117€ e 10.736€ (21.6%) ( $n = 114$ ), entre os 19.697€ e 25.076€ (13.1%) ( $n = 69$ ), e rendimentos até 7.116€ (12.7%) ( $n = 67$ ) (tabela 1).

**Tabela 1.***Descrição sociodemográfica da amostra*

Variável	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
<b>Sexo</b>						
Feminino	488	92.4%	1.076	.265	1	2
Masculino	40	7.6%				
<b>Idade</b>						
Dos 18 aos 32 anos	134	25.4%	2.443	1.104	18	67
Dos 33 aos 40 anos	148	28.0%				
Dos 41 aos 46 anos	124	23.5%				
Dos 47 aos 67 anos	122	23.1%				
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	146	27.7%	2.373	1.077	1	6
União de facto	119	22.5%				
Casado	197	37.3%				
Divorciado	56	10.6%				
Separado	6	1.1%				
Viúvo	4	0.8%				
<b>Escolaridade</b>						
1º ciclo	2	0.4%	5.521	.680	2	6
2º ciclo	4	0.8%				
3º ciclo	32	6.1%				
Ensino Secundário	169	32.0%				
Ensino Superior	321	60.8%				
<b>Área de residência</b>						
Rural	115	21.8%	1.782	.413	1	2
Urbano	413	78.2%				

(Continua)

(Continuação)

Variável	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Situação profissional						
Empregado	384	72.7%				
Desempregado	49	9.3%				
Reformado	5	0.9%	1.739	1.390	1	5
Trabalhador-estudante	29	5.5%				
Outro	61	11.6%				
Perceção Socioeconómica						
Positiva	381	72.2%	1.278	.449	1	2
Negativa	147	27.8%				
Escala de rendimento anual						
Sem rendimentos	48	9.1%				
Até 7.116€	67	12.7%				
De 7.117€ até 10.736€	114	21.6%				
De 10.737€ até 15.216€	115	21.8%				
De 15.217€ até 19.696€	64	12.1%	3.970	1.831	1	9
De 19.697€ até 25.076€	69	13.1%				
De 36.758€ até 48.033€	34	6.4%				
De 48.034€ até 75.009€	13	2.5%				
Superior a 75.009€	4	0.8%				

No que respeita às variáveis psicossociais, confirma-se que a maioria dos participantes não viveu, em algum momento da infância e adolescência, numa casa de acolhimento 98.1% ( $n = 518$ ), e nem foi vítima de maus-tratos na infância e/ou adolescência 75.6% ( $n = 399$ ). Dos que foram vítimas, 11.7% ( $n = 62$ ) sofreram maus-tratos por parte do pai, e 8.3% ( $n = 44$ ) por parte da mãe, e a(s) idade(s) que se recordam sofrer maus-tratos/adversidades na infância/adolescência mais prevalentes foram entre os 6 e os 10 anos (15.3%) ( $n = 81$ ) e os 11 e os 14 anos (13.3%) ( $n = 70$ ).

Relativamente à questão colocada sobre se sentem que foram vítimas e/ou sofreram de adversidades na infância/adolescência, 47.3% dos participantes ( $n = 250$ ) responderam que sim, e 52.7% ( $n = 278$ ) responderam que não (tabela 2).

**Tabela 2.**

*Descrição psicossocial da amostra*

Variável		<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Viveu, em algum momento da infância e adolescência, numa casa de acolhimento?							
	Sim	10	1.9%	1.981	.136	1	2
	Não	518	98.1%				
Foi vítima de maus-tratos na infância e/ou adolescência?							
Ninguém							
	Sim	399	75.6%	1.244	.430	1	2
	Não	129	24.4%				
Pai							
	Sim	62	11.7%	1.883	.322	1	2
	Não	466	88.3%				
Mãe							
	Sim	44	8.3%	1.917	.277	1	2
	Não	484	91.7%				
Avó							
	Sim	7	1.3%	1.987	.114	1	2
	Não	521	98.7%				
Avô							
	Sim	11	2.1%	1.979	.143	1	2
	Não	517	97.9%				
Tio							
	Sim	13	2.5%	1.975	.155	1	2
	Não	515	97.5%				
Tia							
	Sim	7	1.3%	1.987	.114	1	2
	Não	521	98.7%				
Primo							
	Sim	6	1.1%	1.989	.106	1	2
	Não	522	98.9%				
Prima							
	Sim	2	0.4%	1.996	.061	1	2
	Não	526	99.6%				

(Continua)

(Continuação)

Variável		<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Irmão	Sim	10	1.9%	1.981	.136	1	2
	Não	518	98.1%				
Irmã	Sim	5	0.9%	1.991	.097	1	2
	Não	523	99.1%				
Amigo(a) de família	Sim	11	2.1%	1.979	.143	1	2
	Não	517	97.9%				
Outro	Sim	28	5.3%	1.947	.224	1	2
	Não	500	94.7%				
Habita com algum dos agressores?							
	Sim	11	2.1%	2.646	.520	1	3
	Não	165	31.3%				
	Não sofreu maus-tratos	352	66.7%				
Com que idade(s) se recorda de sofrer maus-tratos/adversidades na infância/adolescência?							
≥ 17 anos	Sim	43	8.1%	1.919	.274	1	2
	Não	485	91.9%				
16 – 15 anos	Sim	56	10.6%	1.894	.308	1	2
	Não	472	89.4%				
14 – 11 anos	Sim	70	13.3%	1.867	.339	1	2
	Não	458	86.7%				
10 – 6 anos	Sim	81	15.3%	1.847	.361	1	2
	Não	447	84.7%				
≤ 6 anos	Sim	50	9.5%	1.905	.293	1	2
	Não	478	90.5%				
Não sofreu de maus-tratos	Sim	390	73.9%	1.261	.440	1	2
	Não	138	26.1%				
Sente que foi vítima e/ou sofreu de adversidades na infância/adolescência?							
	Sim	250	47.3%	1.527	.500	1	2
	Não	278	52.7%				

Em relação à descrição clínica da amostra, no que respeita à sintomatologia psicopatológica, verifica-se que 50.6% dos participantes ( $n = 267$ ) apresenta psicossintomatologia menos intensa, enquanto 49.4% ( $n = 261$ ) evidencia psicossintomatologia mais intensa, sendo a ansiedade a dimensão com mais expressividade na amostra (47.7%) ( $n = 252$ ). Relativamente à resiliência, confirma-se que a maioria dos participantes revela ter uma alta (31.6%;  $n = 167$ ) a muito alta resiliência (19.7%;  $n = 104$ ). Em relação à história da adversidade na infância, 51.7% ( $n = 273$ ) dos participantes não relata história de adversidade na infância, ao passo que 48.3% ( $n = 255$ ) evidencia história de adversidade na infância. Dentro das adversidades, é a dimensão do abuso emocional que revela maior expressividade (47.3%;  $n = 250$ ), seguida da negligência emocional (45.5%;  $n = 240$ ) e do abuso físico (44.5%;  $n = 235$ ).

**Tabela 3.***Descrição clínica da amostra*

Grupo	Frequência	Porcentagem	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Sintomatologia Psicopatológica						
Somatização			5.636	5.561	.00	24.00
Pouco intenso	290	54.9%				
Muito intenso	238	45.1%				
Depressão			7.460	6.424	.00	24.00
Pouco intenso	284	53.8%				
Muito intenso	244	46.2%				
Ansiedade			7.828	6.168	.00	24.00
Pouco intenso	276	52.3%				
Muito intenso	252	47.7%				
Índice de Gravidade Global (IGG)			20.924	16.756	.00	72.00
Psicossintomatologia menos intensa	267	50.6%				
Psicossintomatologia mais intensa	261	49.4%				
Resiliência			77.523	15.879	14.00	98.00
Muito baixa	51	9.7%				
Baixa	43	8.1%				
Moderadamente baixa	73	13.8%				
Moderadamente alta	90	17.1%				

(Continua)

(Continuação)

Grupo	Frequência	Porcentagem	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Alta	167	31.6%				
Muito alta	104	19.7%				
História de Adversidade na Infância						
Abuso emocional			6.898	3.356	3.00	15.00
Ausência de abuso emocional	278	52.7%				
Presença de abuso emocional	250	47.3%				
Abuso físico			7.042	4.010	3.00	19.00
Ausência de abuso físico	293	55.5%				
Presença de abuso físico	235	44.5%				
Abuso sexual			1.834	0.367	1.00	2.00
Ausência de abuso sexual	440	83.4%				
Presença de abuso sexual	88	16.6%				
Exposição a violência doméstica			4.093	2.207	3.00	15.00
Ausência de exposição a violência doméstica	369	69.9%				
Presença de exposição a violência doméstica	159	30.1%				
Abuso de substâncias no ambiente familiar			1.837	0.354	1.00	2.00
Ausência de abuso de substâncias no ambiente familiar	442	83.7%				
Presença de abuso de substâncias no ambiente familiar	86	16.3%				

(Continua)

(Continuação)

Grupo	Frequência	Porcentagem	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Divórcio ou separação parental			1.761	0.427	1.00	2.00
Ausência de divórcio ou separação parental	402	76.1%				
Presença de divórcio ou separação parental	126	23.9%				
Prisão de um membro da família			1.943	0.232	1.00	2.00
Ausência de prisão de um membro da família	498	94.3%				
Presença de prisão de um membro da família	30	5.7%				
Doença mental ou suicídio						
Ausência de doença mental ou suicídio	398	75.3%	1.753	0.409	1.00	2.00
Presença de doença mental ou suicídio	131	24.7%				
Negligência física			7.581	3.619	5.00	24.00
Ausência de negligência física	301	57.0%				
Presença de negligência física	227	43.0%				
Negligência emocional			8.756	4.547	4.00	20.00
Ausência de negligência emocional	288	54.5%				
Presença de negligência emocional	240	45.5%				
Adversidade Total			48.000	13.199	31.00	102.00
Ausência de adversidade	273	51.7%				
Presença de adversidade	255	48.3%				

#### **4. Instrumentos**

Os instrumentos selecionados tiveram em conta os objetivos do estudo, aplicabilidade e rapidez de preenchimento, tendo os participantes respondido aos seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico, Questionário da História de Adversidade na Infância, Escala de Resiliência Reduzida e Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18.

##### ***Instrumento 1- Questionário Sociodemográfico.***

O questionário sociodemográfico é constituído pelas variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, e área de residência, perceção do nível socioeconómico e rendimento anual. Às variáveis sociodemográficas somam-se questões relativas à perceção de vitimização (se sofreu maltratos e por quem), se coabita com algum do(s) agressor(es), a idade que recorda sofrer maltratos, e se sente que foi vítima de adversidades.

##### ***Instrumento 2- História de Adversidade na Infância.***

O *Family ACE Questionnaire* (Felitti & Anda, 1998) (Questionário da História de Adversidade na Infância), traduzido por Silva e Maia (2007), é um instrumento que avalia a história de adversidade na infância, através de um conjunto de perguntas e afirmações que dizem respeito a experiências vivenciadas antes dos 16 anos de idade. É composto por 17 itens, respondidos através de respostas dicotómicas (Sim/Não), que avaliam 10 fatores: *abuso emocional* (itens 1 e 2), *abuso físico* (itens 3 e 4), *abuso sexual* (itens 5 e 6), *negligência emocional* (itens 7 e 8), *negligência física* (itens 9 e 10), *divórcio/separação parental* (item 11), *exposição a violência doméstica* (itens 12, 13 e 14), *abuso de substâncias no ambiente familiar* (item 15), *doença mental ou suicídio* (item 16) e *prisão de um membro da família* (item 17). Existem experiências adversas quando o participante responder de forma afirmativa a pelo menos uma das

questões da dimensão em análise. Para avaliar adversidade total, somam-se os valores ocorridos em cada uma das dimensões (considerando se ocorreu ou não). O estudo da validade deste instrumento através de um teste-reteste verificou um coeficiente de Kappa de .56 a .72 para as dimensões de abuso físico, abuso emocional e violência doméstica, e de .46 a .86 para as restantes dimensões, o que levou os autores a concluírem pela sua adequação (Maia & Silva, 2006).

### ***Instrumento 3- Escala de Resiliência Reduzida.***

Para análise da resiliência foi utilizada a Escala de Resiliência Reduzida (Dias et al., 2016) constituída por 14 itens. A versão original pertence a Wagnild e Young (1987), visa identificar o grau de resiliência individual (competência pessoal, aceitação de si mesmo e aceitação da vida), e características de personalidade positiva que aumentam a adaptação individual. A versão original é composta por 25 itens, organizados segundo uma escala de Likert de 7 pontos (o valor 1 correspondente a “discordo fortemente”, o valor 4 correspondente a “neutro”, e o valor 7 corresponde a “concordo fortemente” com a afirmação). A versão reduzida da Escala de Resiliência apresenta boas propriedades psicométricas, contando com um alfa de Cronbach igual a .93, o que indica uma alta consistência interna. Esta versão apresentou uma forte correlação com a versão original ( $r = 0.97, p = 0.001$ ). Na RS-14, as pontuações totais variam entre 14 e 98, sendo que os resultados mais elevados indicam uma maior resiliência (Dias et al., 2016).

### ***Instrumento 4- BSI-18 - Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18.***

O BSI-18 – *Brief Symptom Inventory-18* – Inventário de Sintomas Psicopatológicos-18 (Derogatis, 2000; Canavarro et al., 2009), é a versão breve do BSI (53 itens) e do SCL-90-R (90 itens). Fornece informação sobre o tipo de sintomatologia

que preponderantemente perturba mais o indivíduo nos últimos sete dias. Avalia sintomas psicopatológicos em termos de três dimensões: *Ansiedade* (itens 3, 6, 9, 12, 15 e 18), *Depressão* (itens 2, 5, 8, 11, 14 e 17) e *Somatização* (itens 1, 4, 7, 10, 13 e 16), através de 18 itens, cada uma constituída por seis itens, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a sintomatologia psicopatológica mais intensa (Índice total).

A *Somatização* avalia o mal-estar associado a manifestações dos nove sistemas regulados automaticamente (e.g., cardiovascular, gastrointestinal). A *Depressão* foca os sintomas nucleares das perturbações depressivas (e.g., humor disfórico, anedonia, desesperança, ideação suicida). Por fim, a *Ansiedade* inclui sintomas indicativos de estados de pânico (e.g., nervosismo, tensão, agitação motora, apreensão). O somatório dos 18 itens permite obter o Índice de Gravidade Global (IGG), que corresponde ao nível geral de mal-estar psicológico do indivíduo. Os respondentes devem avaliar a intensidade (de 0 - Nada a 4 - Extremamente) com que, nos últimos sete dias, experienciaram 18 manifestações de sintomatologia psicopatológica (Derogatis, 2001). Em termos gerais, pontuações mais elevadas correspondem a sintomatologia psicopatológica mais intensa. Do ponto de vista clínico, é igualmente possível uma leitura mais qualitativa dos resultados, sendo que a análise das pontuações obtidas nas três subescalas fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que perturba preponderantemente o indivíduo (Canavarro et al., 2017).

Relativamente às qualidades psicométricas, no estudo de adaptação para a língua portuguesa, tanto o grupo da população geral como o grupo da amostra clínica obtiveram valores de alfa de Cronbach iguais ou superiores a .80, quer no instrumento global, como nas três dimensões avaliadas (Canavarro et al., 2017).

## **5. Procedimento de recolha**

A recolha dos dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2022. Foram efetuados pedidos de autorização de recolha de dados. Os participantes foram contatados numa plataforma online, onde lhes foi entregue o consentimento informado, informando do objetivo da investigação, e que a participação é voluntária, anónima e confidencial, pelo que nenhuma identidade será revelada nem cedida. Os participantes foram informados de que poderão desistir a qualquer momento e sem qualquer consequência. Os questionários foram disponibilizados em formato online, através do *Google Forms*, por motivos de segurança relacionados com a pandemia Covid-19. As respostas das participantes foram posteriormente codificadas e analisadas no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0.

## **6. Análise de dados**

Foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas, clínicas, psicossociais e comportamentais. A média e o desvio-padrão foram utilizadas para descrever variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram descritas como frequências absolutas e relativas. Foi também analisada a distribuição da amostra (Teste Kolmogorov-Smirnov e Teste de Levine) para definir os melhores testes estatísticos a serem aplicados no estudo. Para testar a hipótese 1, foi utilizado o Teste *U* Mann-Whitney). Para o estudo da hipótese 2, foi utilizado o Teste de correlação de Spearman. Para analisar o impacto das variáveis independentes na variável dependente (hipótese 3), foi utilizada a regressão linear múltipla. Para testar a hipótese 4, foram utilizados o Teste de correlação de Spearman e os testes de diferenças *U* Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Todas as análises foram realizadas no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0.

## Resultados

Foi utilizado o Teste  $U$  de Mann Whitney para analisar as diferenças na resiliência e nos sintomas psicopatológicos ao nível da história da adversidade na infância (tabela 4). Os resultados sugerem que a resiliência é mais elevada nos participantes que não relatam história da adversidade ( $OM = 295.98$ ), sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $U = 26214.500, p = .000$ ). No que se refere aos sintomas psicopatológicos, confirma-se pontuações mais elevadas nos participantes que relatam história de adversidade na infância, ao nível da somatização ( $OM = 308.47$ ), depressão ( $OM = 308.59$ ) e ansiedade ( $OM = 307.12$ ), sendo as diferenças, para as três dimensões, estatisticamente significativas ( $U_{\text{somatização}} = 23596.000, p = .000$ ;  $U_{\text{depressão}} = 23564.500, p = .000$ ;  $U_{\text{ansiedade}} = 23939.500, p = .000$ ).

### Tabela 4.

*Diferenças na resiliência e sintomas psicopatológicos em função da história da adversidade*

	Ausência de História	Presença de História	Significância estatística	
	de Adversidade	de Adversidade		
	( $n=273$ )	( $n=255$ )	$U$	$p$
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
Resiliência	295.98	230.80	26214.500	.000
Sintomas Psicopatológicos				
Somatização	223.43	308.47	23596.000	.000
Depressão	223.32	308.59	23564.500	.000
Ansiedade	224.69	307.12	23939.500	.000

Foi utilizado o teste de Correlação de Spearman para estudar a relação entre história da adversidade na infância, a resiliência e os sintomas psicopatológicos. Os resultados sugerem, segundo Bryman e Cramer (2003), uma relação negativa e baixa entre história da adversidade na infância e resiliência ( $r_s = -.281, p < .01$ ), e uma relação

positiva e baixa entre história da adversidade na infância e os sintomas psicopatológicos ( $r_s = .386, p < .01$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5.**

*Relação entre história da adversidade na infância, resiliência e sintomas psicopatológicos*

	História da Adversidade na Infância
Resiliência	-.281**
Sintomas Psicopatológicos	.386**
Somatização	.355**
Depressão	.373**
Ansiedade	.344**

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

Para explorar se a história de adversidade na infância e a resiliência são preditores de sintomatologia psicopatológica na idade adulta, foi utilizada uma regressão linear múltipla, método *enter* (tabela 6). Os resultados permitem encontrar um modelo estatisticamente significativo ( $F_{(2)} = 93.401, p < .01$ ) com os preditores história da adversidade ( $B = .318$ ) e resiliência ( $B = -.318$ ). O modelo tem um ajustamento aceitável ( $R = .512$ ) e permite explicar 26.0% da variância. Em baixo apresenta-se o contributo de cada um deles.

**Tabela 6.**

*Preditores de sintomatologia psicológica*

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	26.471	4.677		5.660	.000
História de Adversidade na Infância	.404	.050	.318	8.110	.000
Resiliência	-.336	.041	-.318	-8.116	.000

Foram utilizados os testes de Correlação de Spearman, Teste  $U$  de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis para estudar a relação e diferenças entre as variáveis sociodemográficas e a história da adversidade na infância, a resiliência e os sintomas psicopatológicos (tabela 7, 8 e 9). De acordo com Bryman e Cramer (2003), e no que respeita à história da adversidade na infância, encontramos uma relação negativa e baixa com a escolaridade ( $r_s = -.193, p < .01$ ). Verificam-se diferenças significativas na percepção socioeconómica dos participantes ( $U = 24218.00, p = .016$ ), onde se confirmam níveis de história da adversidade mais elevados em indivíduos com percepção socioeconómica negativa ( $OM = 290.25$ ).

Em relação aos sintomas psicopatológicos, verifica-se uma relação negativa e muito baixa com a escolaridade ( $r_s = -.109, p < .05$ ) e o escalão de rendimento anual ( $r_s = -.178, p < .01$ ). Encontram-se diferenças significativas na percepção socioeconómica dos participantes ( $U = 19730.50, p = .007$ ), com pontuações mais altas em indivíduos com percepção socioeconómica negativa ( $OM = 320.78$ ).

Relativamente à resiliência, confirma-se uma relação positiva e muito baixa com a idade ( $r_s = .112, p < .05$ ), com a escolaridade ( $r_s = .109, p < .05$ ) e com o escalão de rendimento anual ( $r_s = .144, p < .01$ ). Os resultados sugerem ainda diferenças significativas na percepção socioeconómica ( $U = 23778.00, p = .000$ ), com pontuações mais elevadas nos indivíduos com percepção socioeconómica positiva ( $OM = 275.59$ ), e na situação profissional dos participantes [ $\chi^2_{(4)} = 15.38, p = .004$ ]. Aplicando o teste de Mann-Whitney com a correção de Bonferroni, as diferenças foram encontradas entre os participantes empregados e desempregados ( $U = 6512.00, p = .000$ ) e participantes desempregados e trabalhadores-estudantes ( $U = 457.00, p = .009$ ).

**Tabela 7.***Relação entre variáveis sociodemográficas com a história da adversidade na infância, sintomas psicopatológicos e resiliência*

	Idade	Escolaridade	Escalão Rendimento Anual
História da Adversidade	.049	-.193**	-.012
Sintomas Psicopatológicos	-.036	-.109*	-.178**
Resiliência	.112*	.109*	.144**

Nota: \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ **Tabela 8.***Diferenças entre variáveis sociodemográficas em função da história da adversidade na infância, sintomas psicopatológicos e resiliência*

	Feminino ( $n=448$ )	Masculino ( $n=40$ )	Significância estatística		Rural ( $n=115$ )	Urbano ( $n=413$ )	Significância estatística		Perceção socioeconómica positiva ( $n=381$ )	Perceção socioeconómica negativa ( $n=147$ )	Significância estatística	
	OM	OM	U	p	OM	OM	U	p	OM	OM	U	p
História da Adversidade	261.45	301.65	8274.00	.109	259.57	265.87	23180.00	.695	254.56	290.25	24218.00	.016
Sintomas Psicopatológicos	263.51	276.61	9275.50	.601	256.91	266.61	22874.50	.546	242.79	320.78	19730.50	.007
Resiliência	265.52	252.00	9260.00	.590	256.30	266.78	22805.00	.515	275.59	235.76	23778.00	.000

**Tabela 9.***Diferenças nas variáveis sociodemográficas e história da adversidade na infância, sintomas psicopatológicos e resiliência*

	Solteiro	União de facto	Casado	Divorciado	Separado	Viúvo	Kruskal- Wallis		Empregado	Desempregado	Reformado	Trabalhador- estudante	Outro	Kruskal- Wallis	
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	gl	p	OM	OM	OM	OM	OM	gl	p
História da Adversidade	255.09	272.31	261.75	280.44	209.17	370.88	5	.510	271.87	252.33	265.90	223.48	247.25	4	.394
Sintomas psicopatológicos	282.00	246.95	254.74	285.79	263.75	331.75	5	.290	255.61	279.72	330.00	279.93	295.52	4	.237
Resiliência	241.11	269.13	276.87	279.66	182.17	282.75	5	.206	275.76	194.38	280.50	290.09	236.48	4	.004

## Discussão

Esta investigação teve como objetivo o estudo da relação entre história da adversidade na infância, resiliência e sintomatologia psicopatológica na idade adulta. A análise da associação e das diferenças (H1 e H2) na resiliência e nos sintomas psicopatológicos ao nível da história da adversidade na infância permitiu perceber que os participantes que relatam história da adversidade na infância relatam menor resiliência e maior grau de sintomatologia psicopatológica, resultados que vão ao encontro dos dados encontrados na literatura. No que respeita à resiliência, são vastas as investigações que referem o impacto negativo que a adversidade e os acontecimentos marcantes na infância têm nesta (Blease et al., 2021; Chen et al., 2022; Lyons et al., 2018; Marulanda & Addington, 2016; Wang et al., 2018; Zinn et al., 2020), tal como evidenciado no estudo de Poole et al. (2017), onde foram encontradas evidências da existência de uma associação entre ACEs e depressão mais elevada entre indivíduos com baixa resiliência, comparativamente com aqueles que demonstravam níveis mais elevados de resiliência, não obstante algumas investigações aludam para o facto de alguns adultos que vivenciam eventos adversos mostrarem um elevado grau de resiliência (Ben-David & Jonson-Reid, 2017; Blease et al., 2021; Hartmann & Schmidt, 2020; Shi et al., 2019; Zinn et al., 2020). A investigação de Wingo et al. (2014) apoiou a hipótese de que as características de resiliência atenuam o risco para o desenvolvimento de comportamentos de risco para a saúde em adultos quando houve exposição a experiências traumáticas.

Já no que respeita aos sintomas psicopatológicos, as investigações também confirmam as relações significativas entre sintomatologia e história de adversidade na infância (Andrade et al., 2020; Arseneault et al., 2018; Ballespi et al., 2019; Brühl et al., 2019; Bürgin et al., 2020; Hagan et al., 2021; Herzog & Schmahl, 2018; Jenness et al.,

2020; Jouriles et al., 2016; Müller & Kenney, 2020; OMS, 2020; Poole et al., 2017).

Elliott et al. (2020) concluíram, no seu estudo, e através da documentação prévia existente na literatura, associações entre história da adversidade na infância e sintomas somáticos, que causam sofrimento psicológico e problemas no funcionamento normativo diário, afetando adultos emergentes.

A história de adversidade na infância e a resiliência foram confirmados preditores de sintomatologia psicopatológica na idade adulta (H3). A história de adversidade na infância revelou ser um preditor positivo, tal como se verifica na literatura (Alloy et al., 2003; Andrade et al., 2020; Calvete, 2014; Gunnar et al., 2009; Hayden et al., 2009; Heim et al., 2008; Sapolsky et al., 2000). A presença de memórias de adversidades da infância (e.g., abuso emocional, negligência emocional e vitimização por pares) está mais associadas a perturbações depressivas do que a perturbações de ansiedade, constituindo-se como preditores de risco para desenvolvimento de perturbações mentais na idade adulta (Brühl et al., 2019). Já a resiliência, por seu turno, revelou-se um preditor negativo de sintomatologia psicopatológica, resultado que vai de encontro a outras investigações concretizadas neste âmbito (Arciszewska et al., 2019; Bozikas et al., 2018; Corveleyn et al., 2017; Lucke et al., 2021; Mongan et al., 2018). No estudo de Poole et al. (2017), concretizado numa população clínica de cuidados primários, onde se analisou a associação entre história da adversidade na infância, depressão e resiliência, ficou evidenciado o papel protetor da resiliência psicológica face à história de adversidade na infância e depressão na idade adulta, e nas investigações de Echezarraga et al. (2019; 2022), fatores específicos de resiliência (e.g., autocuidado, autoconfiança, apoio interpessoal), foram relatados por indivíduos que já não apresentam sintomas psicopatológicos como elementos fundamentais para a sua melhoria.

O estudo das variáveis sociodemográficas e a história da adversidade na infância, resiliência e sintomas psicopatológicos (H4) permitiu verificar que indivíduos que relatam história da adversidade na infância revelam ter menor escolaridade e uma percepção socioeconómica negativa, quando comparados com os indivíduos que não relatam história da adversidade. Estes resultados vão de encontro às investigações concretizadas neste âmbito, que confirmam a relação entre escolaridade mais elevada e pontuações na escala da adversidade na infância mais baixas (Campbell et al., 2016; Crouch et al., 2019a; Giano et al., 2020; Gilbert et al., 2015; Kostić et al., 2019; Merrick et al., 2018; Metzler et al., 2017; Subramaniam et al., 2020; Yau et al., 2022). Em relação à percepção socioeconómica, não obstante as investigações focarem o estatuto económico dos participantes e relevarem a sua percepção, esta revela ser igualmente uma variável pertinente. A literatura salienta que o baixo estatuto socioeconómico (comummente operacionalizado ao nível da educação parental e/ou rendimento familiar) está associado a consequências adversas ao longo da vida, e na infância, tem sido associado a ACEs (Merrick et al., 2018; Suglia et al., 2022). Atendendo ao facto de que a ACEs está associada a um baixo estatuto económico, a percepção socioeconómica negativa dos participantes deste estudo pode ter que ver com uma questão de perpetuação de crenças e comportamentos na idade adulta que refletem as condições precárias experienciadas na infância, mesmo que a condição económica atual não seja mais a mesma.

No que respeita às restantes variáveis socioeconómicas analisadas nesta investigação (sexo, idade, estado civil, área de residência, situação profissional e escalão rendimento anual), apesar de não terem sido encontrados resultados significativos, a literatura suporta, relativamente ao sexo dos participantes, pontuações mais elevadas de ACEs no sexo feminino (Campbell et al., 2016; Giano et al., 2020;

Gilbert et al., 2015; Mansbach-Kleinfeld et al., 2015; Merrick et al., 2018; Sugaya et al., 2012; Subramaniam et al., 2020; Winstanley et al., 2020; Yau et al., 2022), resultados que podem ser justificados atendendo à relutância que os homens poderão ter em denunciar abusos, especialmente porque os agressores tendem a ser do sexo masculino, podendo esse facto ser uma aceção significativa para estes. As investigações indicam que os rapazes podem experienciar sentimentos de culpa, vergonha e confusão sobre a sua sexualidade e estarem, por isso, menos suscetíveis de denunciar abusos e/ou demorar mais tempo a denunciar (Dorahy & Clearwater, 2012; Rhodes et al., 2011). Também é possível que as mulheres sejam abusadas sexualmente mais frequentemente do que os homens, uma vez que é mais provável que os perpetradores sejam homens (Sedlak et al., 2010).

No que se refere à idade, embora nesta investigação não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas com ACEs, a literatura confirma que a idade está associada às ACEs e/ou ao stress percebido no início da idade adulta (Scorza et al., 2022), sendo que algumas investigações destacam que a ACEs revelam mais impacto em participantes mais jovens (Assini-Meytin et al., 2022; Lin et al., 2022), ao passo que outras evidenciam que, com cada aumento da idade, os participantes estão mais propensos a relatar terem experimentado ACEs (Kurani et al., 2022; Mian et al., 2022)

Em relação à variável estado civil, as investigações corroboram que os participantes que relatam história de adversidade na infância são mais suscetíveis de serem viúvos, separados ou divorciados do que casados (Kostić et al., 2019), e as adversidades relatadas têm maior probabilidade de ocorrência em famílias monoparentais (Krug et al., 2002). Já no que respeita à área de residência, a literatura diverge, sendo que algumas investigações vão ao encontro dos resultados encontrados

nesta investigação, confirmando a inexistência de diferenças significativas relativamente à ocorrência de ACEs entre as populações urbanas ou rurais (Sugaya et al., 2012), ao passo que outras confirmam a associação entre residência rural infantil e maior exposição a ACEs (Calthorpe & Pantell, 2021; Crouch et al., 2019), e outras ainda a associação entre residência urbana infantil e o aumento da probabilidade de ter múltiplas ACEs (Yau et al., 2022).

Relativamente à situação profissional, as investigações também divergem entre si, embora numa grande parte dos estudos se possa corroborar que participantes com pontuações ACEs mais baixas têm maior probabilidade de estarem empregados e terem melhores resultados profissionais do que aqueles com pontuações ACEs mais elevadas (Jaffee et al., 2018; Merrick et al., 2018; Mills et al., 2019). Na investigação de Kostić et al. (2019), assim como na presente investigação, não houveram diferenças estatisticamente significativas na pontuação dos ACEs entre participantes desempregados e empregados.

No que se refere ao escalão de rendimento anual, confirma-se que a ocorrência de ACEs possui uma relação positiva com um "contexto ecológico" pobre, o que reflete um estatuto socioeconómico mais baixo (Andrade et al., 2022; Krug et al., 2002; Yau et al., 2022). Na investigação de Merrick e colaboradores (2018), participantes com rendimentos anuais inferiores a 15000 dólares relataram exposições médias de ACEs significativamente mais elevadas (Merrick et al., 2018).

Já no que respeita aos sintomas, os indivíduos que manifestam maior grau de sintomatologia psicopatológica têm menor escolaridade, uma perceção socioeconómica negativa, e o seu escalão de rendimento anual também é mais baixo. Estes resultados vão, parcialmente, de encontro à literatura, que evidencia variáveis sociodemográficas como idade, etnia, educação, rendimentos, estado civil, e emprego como preditoras de

sintomas psicopatológicos (Poole et al., 2017; Suglia et al., 2022). A variável sexo não apresentou uma relação significativa nesta investigação. Na literatura não é consensual o seu impacto, já que algumas investigações apontam o sexo como variável não-preditora de sintomas psicopatológicos (Poole et al., 2017), ao passo que noutros estudos, fica evidenciado que o sexo feminino experiência níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica (Converley et al., 2017).

Relativamente à resiliência, os resultados confirmam que os indivíduos que revelam maior grau de resiliência são aqueles que apresentam maior escolaridade, mais velhos, com escalões de rendimento anual mais elevados, e que têm uma perceção socioeconómica positiva. Em relação à situação profissional, participantes empregados e trabalhadores-estudantes evidenciam maior resiliência do que os participantes desempregados. Os resultados vão parcialmente de encontro à literatura: Dâmasio (2018), relativamente à perceção do nível socioeconómico, verificou que a perceção de uma situação económica positiva revela um nível médio superior de resiliência, comparativamente com aqueles que percebem a sua situação económica como pouco negativa. Confirmou também que uma situação económica mais desfavorável e idade avançada diminuem a resiliência. No que respeita à escolaridade, as investigações destacam que as habilitações literárias mais elevadas refletem níveis de resiliência mais elevados (Converley et al., 2017).

No que respeita ao sexo, a literatura diverge, sendo que algumas investigações apontam para níveis de resiliência mais elevados no sexo feminino (Masten, 2014; 2018; Liebenberg & Moore, 2016), enquanto outras enfatizam que mulheres apresentam níveis mais baixos de perceção de si, contrariamente aos homens que apresentam pontuações médias mais altas (Converley et al., 2017). Em relação ao estado civil, foram encontradas relações significativas com a resiliência, confirmando-se que

indivíduos casados demonstram mais resiliência do que indivíduos viúvos e divorciados/separados (Damasio, 2018).

### **Conclusão**

Esta investigação possibilitou a compreensão da relação entre história da adversidade na infância, resiliência e sintomatologia psicopatológica, em participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos. A literatura e os dados obtidos com esta investigação revelam a natureza multifacetada e multidimensional das variáveis estudadas, o que torna, certo modo, difícil precisar e operacionalizar o seu alcance. Todavia, é indiscutível que qualquer que seja o tipo de adversidade sofrida, ela transporta consigo um peso, quase indescritível, aos seus alvos diretos ou indiretos, e as suas consequências ao nível da saúde mental são evidentes.

Todo o trabalho de investigação não se encerra em si mesmo, é sempre um ponto de partida para uma nova investigação. Por esse motivo considera-se, de um modo mais reflexivo, que esta investigação possui um conjunto de limitações. Em primeiro, a prevalência de participantes do sexo feminino comparativamente com o sexo masculino, que poderá, inclusive, justificar alguns dados obtidos ao longo da investigação, assim como a maior prevalência de ACEs na população feminina. Também os questionários utilizados para avaliar as variáveis *história da adversidade na infância, resiliência e sintomatologia psicopatológica*, que sendo de carácter de autorresposta, e estando dependentes dos relatos dos participantes, têm igual potencial de influenciar os resultados obtidos. Podem ainda existir variáveis externas e não controláveis a manipular as respostas dos sujeitos, particularmente a deseabilidade social e a negação ou minimização de problemas. Também o facto de se tratar de um estudo transversal, não permite inferências causais.

É grande a dificuldade em lidar com este tipo de fenómenos, bem como avaliá-los. Ao administrarmos um questionário sobre uma temática com determinado peso emocional e, por vezes, traumático, não controlamos até que ponto os participantes são sinceros nas suas respostas e dão respostas que consideram socialmente aceites, ou até mesmo, pela(s) experiência(s) adversa(s) sofrida(s), não distorceram ou suprimiram a realidade dos fatos. Importa também referir que os participantes poderão ter alguma dificuldade em admitir que passaram por experiências adversas durante a infância.

O futuro da investigação nesta área deve circundar a melhoria das ferramentas de abordagem ao objeto de estudo, o seu aprofundamento e o alargamento do âmbito de estudo do problema, com a adição de outras variáveis (e.g., revitimização, violência na idade adulta, outras instâncias de trauma, assédio moral no local de trabalho, entre outras), que no caso desta investigação, em particular, poderia otimizar o modelo de regressão para explicar a variável dependente. Importa, doravante, superar as lacunas identificadas e aceitar os desafios que se colocam no sentido de saber mais acerca do fenómeno, aperfeiçoar a caracterização nacional desta realidade e investir na melhoria das políticas de intervenção e prevenção. Desafiar os papéis de sexo, estereótipos sociais e o modo como estes parecem influenciar a expressão da saúde mental parece ser premente no estudo destas variáveis. Acrescenta-se ainda a hipótese de ser importante realizar um estudo longitudinal, ao longo de várias fases de vida dos participantes, para que se possa averiguar com maior rigor e certeza a causalidade das relações entre as variáveis estudadas e as conclusões retiradas.

## Referências

- Adema, B., Barkmann, C., Daubmann, A., Radicke, A., Wegscheider, K., & Wiegand-Grefe, S. (2021). Children of Parents with a Mental Illness: Predictors of Health-Related Quality of Life and Determinants of Child–Parent Agreement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 1-16. <http://doi.org/10.3390/ijerph18020379>
- Aff, T. O., Ford, D. C., Gershof, E. T., Grogan-Kaylor, A. Merrick, M. T., & Ports, K. A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, *69*(1), 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>.
- Afifi, T.O., Asmundsib, A.J.N. Asmundsib, G.J.G, Stewart-Tufescu, A., & Struck, S. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) research: A bibliometric analysis of publication trends over the first 20 years. *Child Abuse & Neglect*, *112*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104895>
- Aksoy, D., Favre, C. A., Janousch, C., & Ertanir, B. (2022). Internalizing and externalizing symptoms in adolescents with and without experiences of physical parental violence, a latent profile analysis on violence resilience. *Frontiers in Psychology*, *13*(1), 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.824543>
- Albott, C. S., Anker, J. J.& Forbes, M. K., (2018). Association of childhood adversity with differential susceptibility of transdiagnostic psychopathology to environmental stress in adulthood. *JAMA Network Open*, *1*(7), 1-13. <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5354>

- Alloy, L. B., Zhu, L., & Abramson, L. Y. (2003). Cognitive vulnerability to depression: Implications for adolescent risk behavior in general. In D. Romer (Ed.), *Reducing Adolescent Risk, Toward an Integrated Approach* (pp.171-182). <https://doi.org/10.4135/9781452233611>
- American Psychiatric Association. (2017). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). ClimePsi.
- Andrade, C. R., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. V. C. (2022). Experiências adversas na infância, características sociodemográficas e sintomas de depressão em adolescentes de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(6), 1-18. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT269921>
- Andrade, L. H., Coêlho, B. M., Santana, G. L., Viana, M. C., & Wang, Y. P. (2020). Association between childhood adversities and psychopathology onset throughout the lifespan: Findings from a large metropolitan population. *Journal of Psychiatric Research*, 135(1), 1-24. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.046>
- Andrews, G., Carpenter, W.T, Goldberg, D.P, Hyman, S.E, Krueger, R.F, Pine, D.S & Sachdev, P., (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: Could it improve utility and validity? *Psychological Medicine*, 39(12), 1993-2000. <http://doi.org/10.1017/S0033291709990250>
- APAV. (2020). Estatísticas APAV Relatório Anual 2020. [www.apav.pt/estatisticas](http://www.apav.pt/estatisticas)
- Arseneault, L., Baldwin, J. R., Caspi, A., Danese, A., Fisher, H. L. Moffitt, T. E., & Newbury, J. B. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research*, 96(1), 57-64. <http://doi:10.1016/j.jpsychires.2017.09.020>

- Arciszewska, A., Cechnicki, A., Daren, A., Frydecka, D., Gawęda, Ł., Mętel, D., & Pionke, R. (2019). Mediating role of cognitive biases, resilience and depressive symptoms in the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in young adults. *Early Intervention in Psychiatry*, 1-10.  
<http://doi.org/10.1111/eip.12829>
- Assini-Meytin, L. C., Fix, R. L., Green, K. M., Nair, R., & Letourneau, E. J. (2022). Adverse childhood experiences, mental health, and risk behaviors in adulthood: Exploring sex, racial, and ethnic group differences in a nationally representative sample. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 15(1), 833-845.  
<https://doi.org/10.1007/s40653-021-00424-3>
- Baglivio, M.T., & Wolff, T.K. (2020). Cumulative resiliency in the face of adverse Childhood Experiences. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 19(2), 1-24. <http://doi.org/10.1177/1541204020972487>
- Ballespi, S., Barrantes-Vidal, N., Cohen, J. R., Kwapil, T. R., Racioppi, A., Thomsen, K. N., & Sheinbaum, T., (2019). Emerging adulthood and prospective depression: A simultaneous test of cumulative risk theories. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(1), 1353-1364. <http://doi.org/10.1007/s10964-019-01017-y>
- Bartlett, J. D., & Sacks, V. (2019). Adverse childhood experiences are different than child trauma, and it's critical to understand why. *Child Trends*.  
<https://www.childtrends.org/blog/adverse-childhood-experiences-different-than-child-trauma-critical-to-understand-why>
- Ben-David, V., & Jonson-Reid, M. (2017). Resilience among adult survivors of childhood neglect: A missing piece in the resilience literature. *Children and Youth Services Review*, 78(1), 93-103. <http://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.05.014>

- Best, K., Garmezy, N., & Masten, A.S. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444. <http://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., & Sege, R. (2019). Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatrics*, 173(11), 1-10. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007>
- Bergen, B. J., Mackenzie, T. B, Rosenberg, S. D., & Tucker, G. J. (1978). The manipulative patient: An interactional approach. *Psychiatry*, 41(3), 264-71. <http://doi.org/10.1080/00332747.1978.11023982>
- Bernhardsson, S. Iloson, C., Möller, A., & Sundfeldt., K. (2021). Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Global Sexual and Reproductive Health*, 100(4), 758-767. <https://doi.org/10.1111/aogs.14084>
- Blair, M., & Boullier. (2018). Adverse childhood experiences. *Pediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.008>
- Blease, B., Mitchell, K. A., & Soicher R. N. (2021). Child sexual abuse, academic functioning and educational outcomes in emerging adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 278-297. <http://doi.org/10.1080/10538712.2020.1847228>
- Bozikas, V. P., Parlapani, E., Ntouros, E., Bargiota, S. I., Floros, G., Nazlidou, E. I., & Garyfallos, G. (2018). Resilience predicts social functioning in clinically stable patients with bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(7), 567-574. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000843>
- Brown, M., Fromm- Reed, S., & Longhi, D. (2021). Community-wide resilience mitigates adverse childhood experiences on adult and youth health, school/work, and

- problem behaviors. *American Psychologist*, 76(2), 216-229. <https://doi.org/10.1037/amp0000773>
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows* (A. F. Barros & D. Lopes, Trad.). Celta Editora.
- Brühl, A., Grochowski, A., Heinrichs, N., Kley, H., & Neuner, F. (2019). Child maltreatment, peer victimization, and social anxiety in adulthood: A cross-sectional study in a treatment-seeking sample. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-11. <http://doi.org/10.1186/s12888-019-2400-4>
- Bürgin, D., Boonmann, C., Schmeck, K., Schmid, M., Tripp, P., Nishimi, K., & O'Donovan, A. (2021). Compounding stress: Childhood adversity as a risk factor for adulthood trauma exposure in the health and retirement study. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 124-136. <https://doi.org/10.1002/jts.22617>
- Burt, S. A. (2017). Editorial: Finding the silver lining: Incorporating resilience and adaptiveness into studies of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 529-531. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12732>
- Cai, Q., Hong, F., Liu, S., Malley-Morrison, K., Mercurio, A. E., & Tarullo, A. R., (2018). Childhood maltreatment and perceived stress in young adults: The role of emotion regulation strategies, self-efficacy, and resilience. *Child Abuse & Neglect*, 86(1), 136–146. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.014>
- Calthorpe, L. M., & Pantell, M. S. (2021). Differences in the prevalence of childhood adversity by geography in the 2017-18 National Survey of Children's Health. *Child Abuse & Neglect*, 111(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104804>

- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Constructions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 735-746.
- Campbell, J. A., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>
- Canavarro, M., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Editora Pactor.
- Cantante-Rodrigues, F., Lopes, S., Sabino, A., Pimentel, L., & Dias, P. C. (2021). The association between resilience and performance: The mediating role of workers' well-being. *Psychological Studies*, 66(1), 36-48. <https://doi.org/10.1007/s12646-020-00583-7>
- Centers for Disease and Control Prevention (2021). *Adverse childhood experiences*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>
- Cezario, A., Carvalho, L., Elmor, P., Pereira, K., & Lourenço, L. (2017). Violencia contra el hombre y comorbilidades: Una revisión sistemática de la literatura acerca del abuso de sustancias, ansiedad y depresión. *Perspectivas En Psicología*, 14(2), 83–92.
- Chan, A. C. Y., Leung, D. Y. L., & Ho, G. W. K. (2020). Resilience of emerging adults after adverse childhood experiences: A qualitative systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-9. <http://doi.org/10.1177/1524838020933865>

- Chen, Y., Huang, C. C., Yang, M., & Wang, J. (2022). Relationship between adverse childhood experiences and resilience in college students in China. *Journal of Family Violence*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00388-4>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <http://doi.org/10.1002/da.10113>.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2021). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ*. CNPDPCJ. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>
- Costa, E. C. V., Guimarães, S., Ferreira, D., & Pereira, M. G. (2019). Resource Loss Moderates the Association Between Child Abuse and Current PTSD Symptoms Among Women in Primary-Care Settings. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(17), 3614-3636. <https://doi.org/10.1177/0886260516670883>
- Corveleyn, J., Hjemdal O, Martinez, U. P., & Morote R. (2017). Psychometric properties of the resilience scale for adults (RSA) and its relationship with life-stress, anxiety and depression in a Hispanic Latin-American community sample. *PLOS ONE* 12(11), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187954>
- Corveleyn, J., Hjemdal, O., Martinez-Uribe, P., Morote, R., & Krysinska, K. (2017). Resilience or hope? Incremental and convergent validity of the resilience scale for adults (RSA) and the herth hope scale (HHS) in the prediction of anxiety and depression. *BMC Psychology*, 5(1), 1-13. <http://doi.org/10.1186/s40359-017-0205-0>
- Cramer, A. O. J., Binder, H., Fritz, J., Leertouwer, Ij., Lunansky, G., Kalisch, R., & Van-Harmelen, A. L. (2019). Deconstructing and reconstructing resilience: A

- dynamic network approach. *Perspectives on Psychological Science*, 1-13.  
<http://doi.org/10.1177/1745691619855637>
- Crandall, A., Daines, C.L., Hansen, D., & Novilla, M.L.B. (2021). Effects of positive and negative childhood experiences on adult family health. *BMC Public Health*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10732-w>
- Cross, D. Fani, N., Powers, A. & Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 111-124. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12198>
- Crouch, E., Probst, J. C., Radcliff, E., Bennett, K. J., & McKinney, S. H. (2019). Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among US children. *Child Abuse & Neglect*, 92(1), 209-218. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.010>
- Dâmasio, C.A.A. (2018). *Relação entre Resiliência e Fatores Sociodemográficos* [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Univerisidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/37892>
- DeCross, S. N., Jovanovic, T., McLaughlin, K. A., & Tottenham, N. (2019). Mechanisms linking childhood adversity with psychopathology: Learning as an intervention target. *Behaviour Research and Therapy*, 118(1), 101-109. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2019.04.008>
- Dias, P. C., Cadime, I., & Perim, P. C. (2016). Further evidence for the structure of the Resilience Scale in Portuguese language countries: An invariance study with brazilian and Portuguese adolescents. *Psicologia*, 30(2), 33-46.  
[doi:10.17575/rpsicol.v30i2.1125](https://doi.org/10.17575/rpsicol.v30i2.1125)
- Dobson, K.S., Mclarnon, M. J. W., Pandya, K., & Push, D., (2021). A latent profile analysis of adverse childhood experiences and adult heath in comunity sample. *Child Abuse & Neglect*, 114(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104927>

- Dorahy, M., & Clearwater, K. (2012). Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *Journal of Child Sex Abuse, 21*(2), 155-175. <https://doi.org/10.80/10538712.2012.659803>
- Echezarraga, A. Calvete, E., Orue, I., & Las Hayas, C. (2022). Resilience moderates the associations between bipolar disorder mood episodes and mental health. *Clínica y Salud, 33*(2), 83-90. <https://doi.org/10.5093/clysa2022a8>
- Echezarraga, A., Las Hayas, C., Calvete, E., González-Pinto, A. M., & Jones, S. (2019). Resilience process in bipolar disorder from the views of patients and health professionals. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 28*(5), 794-807. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1125>
- Egolf, B., Herrenkohl, E., & Herrenkohl, R. (1994). Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*(2), 301-309. <https://doi.org/10.1037/h0079517>
- Elliott, L., Green, E., Lin, H.C., & Yang, Y. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child Abuse & Neglect, 101*(1), 1-10. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325>
- Faustino, A. V. de M. (2014). *Impacto e importância de experiências de adversidade precoce: Artigo de revisão*. [Dissertação de doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/90057>
- Fanslow, J., Hashemi, L., Gulliver, P., & McIntosh, T. (2021). Adverse childhood experiences in New Zealand and subsequent victimization in adulthood: Findings from a population-based study. *Child Abuse & Neglect, 117*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105067>

- Finkelhor, D. (2017). *Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions*. *Child Abuse & Neglect*, 85(1), 174-179.  
<http://doi:10.1016/j.chiabu.2017.07.016>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136. <http://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024627>.
- Giano, Z., Wheeler, D. L., & Hubach, R. D. (2020). The frequencies and disparities of adverse childhood experiences in the U.S. *BMC Public Health*, 20(1), 1-12.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09411-z>
- Gibb, B., Abramson, L., Alloy, L., Hankin, B., Haeffel, G., & MacCoon, D. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory, psychobiological context. In I. Gotlib, & C. Hammen (Ed.), *Handbook of Depression*. Guilford.
- Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: An update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(3), 345-349. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.09.006>
- Gonzalez-Mendez, R., Hamby, S., & Ramírez-Santana, G. (2018). Analyzing Spanish adolescents through the lens of the resilience portfolio model. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-18. <http://doi.org/10.1177/0886260518790600>
- Gopal, N., & Nunlall, R. (2017). Interrogating the resilience of women affected by violence. *Agenda*, 31(2), 63-73. <http://doi.org/10.1080/10130950.2017.1379759>
- Gordon, C. T., Nguyen, P. T., Mitchell, A. K., & Tyler, P. M. (2022). Profiles of childhood adversity and associated psychopathology in youth entering residential

care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001325>

Grych, J., & Hamby, S. (2015). The resilience portfolio model: Understanding healthy adaptation in victims of violence. *Psychology of Violence, 5*(4), 343-354. <http://doi.org/10.1037/a0039671>

Gunnar, M. R., Heim, C., Lupin, S. J., & McEwen, B. S. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(6), 434-445. <http://doi.org/10.1038/nrn2639>

Hagan, M., Ma, J.L., & Montanes, C. (2021). Childhood adversity, socioemotional functioning and generalized anxiety in young adults from mixed immigration status families. *Child Abuse and Neglect, 118*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105128>

Hamby, S., Jones, L., Newlin, C., Mitchell, K., & Taylor, E. (2020). Poly-victimization, trauma, and resilience: Exploring strengths that promote thriving after adversity. *Journal of Trauma & Dissociation, 1-20*. <http://doi.org/10.1080/15299732.2020.1719261>

Hartmann, J., & Schmidt, M. V. (2019). Stress resilience as a consequence of early-life adversity. In *Stress Resilience: Molecular and Behavioral Aspects* (pp.149-164). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813983-7.00011-2>

Hayden, E. P., Seeds, P. M., & Dozois D. J. A. (2009). Risk and vulnerability in adolescent depression. In C. A. Essau (Ed.), *Treatments for Adolescents Depression*. Oxford University Press.

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology, 33*(1), 693-710.

- Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry, 9*(1), 1-8. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00420>
- Höltge, J., Maercker, A., McGee, S. L., & Thoma, M. V. (2018). Sense of coherence and stress-related resilience: Investigating the mediating and moderating mechanisms in the development of resilience following stress or adversity. *Frontiers in Psychiatry, 9*(1), 1-20. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00378>
- Hwang, W.S., Lachaud, J., Liu, M., Mejia-Lancheros, C., Nisenbaum, R., & Stergiopoulos, V. (2020). Resilience and adverse childhood experiences: Associations with poor mental health among homeless adults. *American Journal of Preventive Medicine, 58*(6), 807-816. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.12.017>
- INE (2022, fevereiro 10). Remuneração bruta mensal média por trabalhador: 4.º trimestre de 2021. *Instituto Nacional de Estatística*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=526268225&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526268225&DESTAQUESmodo=2)
- Schoon, I. (2021). A socioecological developmental systems approach for study of human resilience. M. Ungar (Eds.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change* (pp. 335-359). Oxford University Press. <http://doi.org/1093/0s0/9780190095888.001.0001>
- Jaffee, S. R., Ambler, A., Merrick, M., Goldman-Mellor, S., Odgers, C. L., Fisher, H. L. & Arseneault, L. (2018). Childhood maltreatment predicts poor economic and educational outcomes in the transition to adulthood. *American Journal of Public Health, 108*(9), 1142-1147.

- Jenness, J. L., Kasparek, S. W., & McLaughlin, K. A. (2020). Reward processing modulates the association between trauma exposure and externalizing psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 1-18.  
<https://doi.org/10.1177/2167702620933570>
- Kraemer, H.C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 8-15. <http://doi:10.1002/mpr.211>.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: A review. Part I. *The American Journal of Medicine*, 72(1), 127-35. [http://doi.org/10.1016/0002-9343\(82\)90599-X](http://doi.org/10.1016/0002-9343(82)90599-X)
- Kostić, M., Lazarević, L., Maravić, V. M., Vončina, M. M., Kirćanski, J. R., Stojković, A., & Videnović, M. (2019). Adverse childhood experiences. In M. P. Milovančević, & O. Tošković (Eds.), *Adverse childhood experiences (ACE) study: Research on adverse childhood experiences in Serbia*. UNICEF in Serbia.  
<https://doi.org/10.4324/9780429261206>
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(1), 1083-1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25(1), 256-261.  
<https://doi.org/10.1037/trm0000169>
- Krupnik, V. (2020). Trauma or drama: A predictive processing perspective on the continuum of stress. *Frontiers of Psychology*, 11(1), 1-35.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01248>
- Kurani, S., Webb, L., Cadet, K., Ma, M., Gibson, M., Jallah, N., Park, J. N., & Johnson, R. M. (2022). Area-level deprivation and adverse childhood experiences among

- high school students in Maryland. *BMC Public Health*, 22(1), 1-9.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13205-w>
- Lieberman, F.A, Masten, A. S., & Narayan, J. A. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85(1), 101997. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>
- Liebenberg, L., & Moore, J. C. (2016). A Social ecological measure of resilience for adults: The RRC-ARM. *Social Indicators Research*, 136(1), 1-19. <http://doi.org/10.1007/s11205-016-1523-y>
- Lin, L., Sun, W., Lu, C., Chen, W., & Guo, V. Y. (2022). Adverse childhood experiences and handgrip strength among middle-aged and older adults: A cross-sectional study in China. *BMC Geriatrics*, 22(118), 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-022-02796-z>
- Lipowski, Z. J. (1986) Somatization: A borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association Journal*, 135(6), 609-614.
- Lopez, M., Ruiz, M. O., Rovnaghi, C. R., Tam, G. K. Y., Hiscox, J., Gotlib, I. H., Barr, D. A., Carrion, V. G., & Anand, K. J. S. (2021). The social ecology of childhood and early life adversity. *Pediatric Research*, 89(1), 353-367.  
<https://doi.org/10.1038/s41390-020-01264-x>
- Lucke, C. M., Masten, A. S., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 521-549. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
- Lund, C., Nesse, R. M., & Stein, D. J (2013). Classification systems in psychiatry: Diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Current*

*Opinion in Psychiatry*, 26(5), 493-

497. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283642dfd>

- Lyons, J., Ressel, M., & Romano, E. (2018). Abuse characteristics, multiple victimisation and resilience among young adult males with histories of childhood sexual abuse. *Child Abuse Review*, 27(3), 239-253. <http://doi.org/10.1002/car.2508>
- Mansbach-Kleinfeld, I., Ifrah, A., Apter, A., & Farbstein, I. (2015). Child sexual abuse as reported by Israeli adolescents: Social and health related correlates. *Child Abuse & Neglect*, 40(1), 68-80.
- Marulanda, S., & Addington, J. (2016). Resilience in individuals at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(3), 212-219. <https://doi.org/10.1111/eip.12174>
- Masten, A. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. The Guilford Press.
- Masten, A. S., & Monn, A. R. (2015). Child and family resilience: A call for integrated science, practice, and professional training. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 64(1), 5-21. <https://doi.org/10.1111/fare.12103>
- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family: Theory & Review*, 10(1), 12-31. <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>
- McGee, S. L., Maercker, A., Carr, A., & Thoma, M. V. (2020). “Some call it resilience”: A profile of dynamic resilience-related factors in older adult survivors of childhood institutional adversity and maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 107(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104565>
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., & Rodman, A. M. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: A transdiagnostic model of risk

and resilience. *BMC Medicine*, 18(96), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>

Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038-1044. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>

Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., & Ports, K. A. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72(1), 141-149. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.021>

Mian, O., Belsky, D. W., Cohen, A. A., Anderson, L. N., Gonzalez, A., Ma, J., Sloboda, D. M., Bowdish, D. M., & Verschoor, C. P. (2022). Associations between exposure to adverse childhood experiences and biological aging: Evidence from the Canadian longitudinal study on aging. *Psychoneuroendocrinology*, 142(June), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105821>

Mills, R., Kisely, S., Alati, R., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2019). Cognitive and educational outcomes of maltreated and non-maltreated youth: A birth cohort study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(3), 248-255. <https://doi.org/10.1177/0004867418768432>

Mongan, D., Shannon, C., Hanna, D., Boyd, A., & Mulholland, C. (2018). Childhood adversity and psychotic experiences in the general population: What is the predictive role of resilience, coping style and social support? *Schizophrenia Bulletin*, 44(Suppl 1), S317. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby017.773>

Müller, R., & Kenney, M. (2020). A science of hope? Tracing emergent entanglements between the biology of early life adversity, trauma-informed care, and restorative

- justice. *Science, Technology, & Human Values*, 1-31. <http://doi.org/10.1177/0162243920974095>
- Munck, A.U., Romero, L.M., Sapolsky, R.M. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine Reviews*, 21(1), 55-89. <http://doi.org/10.1210/edrv.21.1.0389>
- Nelson, C. A., Scott, R. D., Bhutta, Z. A., Harris, N. B., Danese, A., & Samara, M. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *The BMJ*, 371(3), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
- Oliveira, K. S., & Nakano, T. C. (2018). Avaliação da resiliência em psicologia: Revisão do cenário científico brasileiro. *Psicologia em Pesquisa*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.5327/Z1982-1247201500020003>
- Oliveira, K. S., & Nakano, T. C. (2020). Desenvolvimento e investigação de evidências de validade para o instrumento marcadores de resiliência infantil. *Psico-USF*, 25(4), 737-749. <http://doi.org/10.1590/1413/8271202025041>
- Pedrosa, A. R. G. (2018). *Experiências adversas na infância- consequências psicopatológicas e importância de uma boa orientação* [Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/114011>
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: the protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*, 64(1), 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012>
- Qiu, J., Shi, L., Sun, J., & Wei, D. (2018). Recover from the adversity: Functional connectivity basis of psychological resilience. *Neuropsychologia*, 1-19. <http://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.12.002>

- Racine, N., Eirich, R., Dimitropoulos, G., Hartwick, C., & Madigan, S. (2020). Development of trauma symptoms following adversity in childhood: The moderating role of protective factors. *Child Abuse and Neglect, 101*(3), 104-375. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104375>
- Radcliff, E., Crouch, E., & Strompolis, M. (2018). Rural-urban differences in exposure to adverse childhood experiences among South Carolina adults. *Rural and Remote Health, 18*(1), 4434. <https://doi.org/10.22605/RRH4434>
- Rhodes, A., Boyle, M., Tonmyr, L., Wekerle, C., Goodman, D., Leslie, B., Mironova, P., Bethell, J., & Manion, I. (2011). Sex differences in childhood sexual abuse and suicide-related behaviours. *Suicide and Life Threatening Behavior, 41*(3), 235-254. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00025.x>
- Rufino, S., Leite, R.S., Freschili, L., Mastrococo F., & Venturelli, V. K. (2018). Aspectos gerais, sintomas e diagnósticos da depressão. *Revista Saúde em Foco, 10*, 837-843.
- Rutter., M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Science, 1094*(1), 1-12. <http://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Santos, L. K. P., Santana, C. C., & Souza, M. V. O. (2020). Ações para o fortalecimento da resiliência em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(10), 3933-43. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.22312018>
- Scorza, P., Corbeil, T., Wall, M., Monk, C., Suglia, S., Wainberg, M., Alegria, M., Canino, G., Bird, H., & Duarte, C. S. (2022). Adverse childhood experiences and perceived stress in early adulthood in the context of disadvantage. *Child Abuse and Neglect, 131*(September), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105687>

- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4): Report to Congress, executive summary*. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Shi, L., Sun, J., Wei, D., & Qiu, J. (2019). Recover from the adversity: Functional connectivity basis of psychological resilience. *Neuropsychologia*, *122*(1), 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.12.002>
- Silva, S., & Maia, Â. (2008). Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário da História de Adversidade na Infância). *Actas Da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, *2*(1), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0101-81082010005000002>
- Subramaniam, M., Abdin, E., Seow, E., Vaingankar, J. A., Shafie, S., Shahwan, S., Lim, M., Fung, D., James, L., Verma, S., & Chong, S. A. (2020). Prevalence, socio-demographic correlates and associations of adverse childhood experiences with mental illnesses: Results from the Singapore Mental Health Study. *Child Abuse and Neglect*, *103*(February), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104447>
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(4), 384-392.
- Suglia, S. F., Saelee, R., Guzmán, I. A., Elsenburg, L. K., Clark, C. J., Link, B. G., & Koenen, K. C. (2022). Child socioeconomic status, childhood adversity and adult socioeconomic status in a nationally representative sample of young adults. *SSM - Population Health*, *18*(March), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101094>

- Teicher, M. H. (2002). Feridas que não cicatrizam: A neurobiologia do abuso infantil. *Psiquiatria Infantil*. <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/artigo.asp?codigo=64>
- Ungar, M. (2019). Systemic resilience: Principles and process for a science of change in contexts and adversity. *Ecology and Society*, 23(4), 1-17. <http://doi.org/10.5751/ES-10385-230434>
- Wang, Y. C., Guerola, M. M., Lin, Y. C., Hsieh, Y. P., Strong, C., Tsai, M. C., & Lin, C. Y. (2018). Effects of childhood adversity and resilience on Taiwanese youth health behaviors. *Pediatrics and Neonatology*, 60(4), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2018.08.004>
- White, L. K., Barzilay, R., Moore, T. M., Calkins, M. E., Jones, J. D., Himes, M. M., Young, J. F., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2022). Risk and resilience measures related to psychopathology in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01296-2>
- Wingo, A. P., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2014). Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *Journal of Psychiatric Research*, 51(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.01.007>
- Winstanley, E. L., Mahoney, J. J., Lander, L. R., Berry, J. H., Marshalek, P., Zheng, W., & Haut, M. W. (2020). Something to despair: Gender differences in adverse childhood experiences among rural patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 116(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108056>
- World Health Organization (2020). International statistical classification of diseases and related health problems (11<sup>th</sup> ed.). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Yang, Y. (2020). Daily stressor, daily resilience, and daily somatization: The role of trait aggression. *Personality and Individual Differences, 165*(1), 1-6.  
<http://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110141>
- Yau, M. Y., Ge, S., Moss, H. B., Cooper, T., Osei, A., Ijeaku, I., & Deas, D. (2022). Regional prevalence of adverse childhood experiences in the United States using a nationally representative school-based sample. *SSM - Population Health, 19*(January), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101145>
- Ximenes, J. M., Costa, M. S. A., & Maia, R. S. (2022). Experiências adversas na infância como preditoras de transtornos de humor e outras comorbidades em jovens adultos. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, 10*(2), 1-12.  
<http://doi.org/10.18316/sdh.v10i2.7982>
- Zavaroni, D. D. M. L., & Viana, T. C. (2015). Trauma e infância: Considerações sobre a vivência de situações potencialmente traumáticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(3), 331-338. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015032273331338>
- Zhao, Y., Han, L., Teopiz, K. M., McIntyre, R. S., Ma, R., & Cao, B. (2022). The psychological factors mediating/moderating the association between childhood adversity and depression: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 137*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104663>.
- Zinn, M. E., Huntley, E. D., & Keating, D. P. (2020). Resilience in adolescence: Prospective Self moderates the association of early life adversity with externalizing problems. *Journal of Adolescence, 81*(1), 61–72.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.004>

# **Anexos**

## Anexo I

### Formulário de Consentimento Informado

História de Adversidade na Infância, Resiliência e Preditores de Sintomatologia  
Psicopatológica: Ansiedade, Depressão e Somatização

Investigadora: Carolina Maury

A presente investigação, intitulada de “História de Adversidade na Infância, Resiliência: e Preditores de Sintomatologia Psicopatológica na adultez: Ansiedade, Depressão e Somatização”, decorre no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional de Braga, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Eleonora Costa. Este estudo foca-se na relação entre a história de adversidade na infância e resiliência, analisando se existem preditores de sintomatologia psicopatológica como: ansiedade, depressão e somatização. As informações serão recolhidas através de quatro questionários: Questionário Sociodemográfico, Questionário História de Adversidade na Infância, Escala de Resiliência Reduzida e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18).

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa, risco ou benefícios conhecidos e a sua participação é voluntária e pode interrompê-la a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada.

Ao assinar este formulário de consentimento, não renuncia a nenhum dos seus direitos previstos pela lei.

---

Reconheço que o processo de investigação descrito no formulário aqui junto, de que possuo a cópia, me foi explicado e que responderam a todas as minhas questões para minha satisfação. Eu compreendo a natureza da minha participação no estudo. Asseguraram-me que os meus dados serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação será dada ou publicada revelando a minha identidade sem o meu consentimento. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de me retirar do estudo a qualquer momento sem que eu seja de qualquer modo afetado/a.

Após tomar conhecimento das particularidades deste estudo, aceito participar no mesmo na sua totalidade.

---

(assinatura da investigadora)

---

(data)

## Anexo II

### Questionário Sociodemográfico

**1. Sexo:**

Feminino

Masculino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**3. Estado Civil:**

Solteiro

União de facto

Casado

Divorciado

Separado

Viúvo

**4. Escolaridade:**

Analfabeta

Primeiro Ciclo (4ª Ano)

Segundo Ciclo (6º Ano)

Terceiro Ciclo (9º Ano)  Ensino secundário (12º Ano)  Ensino Superior (Uni.)

**5. Área de residência:** Rural  Urbano

**6. Situação profissional**

Empregada  Desempregada  Reformada  Outro: \_\_\_\_\_

**7. Qual a sua perceção de nível socioeconómico?**

Positiva

Negativa

**8. Qual o escalão do seu rendimento anual?**

Sem rendimentos

≥7,116€

De 7,117€ até 10,736€

De 10,737€ até 15,216€

De 15,217€ até 19,696€

De 19,697€ até 25,076€

De 25,077€ até 36,757€

De 36,758€ até 48,033€

De 48,034€ até 75,009€

Superior a 75,009€

**9. Viveu, em algum momento da sua infância e adolescência, numa casa de acolhimento?**

Sim

Não

**9.1. Se sim, indique qual a instituição.**

---

**10. Foi vítima de maus-tratos por?**

Pai  Mãe  Avó  Avô

Tio  Tia  Primo  Prima

Irmão  Irmã  Amigo(a) de família  Ninguém

Outro: \_\_\_\_\_

**11. Habita com algum dos agressores?** Sim  Não

**12. Com idade(s) se recorda de sofrer de maus-tratos/adversidades na infância/adolescência?**

≥17 anos  16-15 anos  14-11 anos  10-6 anos  ≤ 6 anos

**13. Sente que foi vítima e/ou sofreu de adversidades durante a infância/adolescência?**

Sim  Não