



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Revitimização, perda de recursos e perturbação pós-*stress* traumático nas mulheres portuguesas utentes da consulta de planeamento familiar

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

Sara Marlene Martins Guimarães



FACULDADE DE FILOSOFIA
JANEIRO 2015



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Revitimização, perda de recursos e perturbação pós-*stress* traumático nas mulheres portuguesas utentes da consulta de planeamento familiar

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

Sara Marlene Martins Guimarães

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
JANEIRO 2015

Agradecimentos

Antes de mais devo agradecer à Professora Doutora Eleonora Cunha Veiga Costa pelo apoio e ajuda indispensável durante todo o processo de investigação, escrita e pelos conhecimentos transmitidos.

Outro dos agradecimentos essenciais vai para a Dra. Zita Moreira pela ajuda, mas também pelo incentivo e motivação dadas ao longo do estudo.

Às mulheres, que aceitaram colaborar no estudo, por terem despendido do seu tempo, sempre com um sorriso nos lábios, pois sem elas o estudo não teria sido possível. Agradeço também às equipas médicas, de enfermagem e administrativas da Unidade de Saúde Familiar do Centro de Saúde de Fafe, pela ajuda na recolha da amostra, através da sinalização das participantes e pela disponibilidade demonstrada.

Ao meu namorado Rui Miguel, por todo o incentivo dado ao longo do ano, pela paciência pelas minhas ausências, compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

À minha família, especialmente aos meus pais, pelo incentivo, motivação, paciência e compreensão pelas ausências prolongadas.

À Carina, Sara e Sabrina, pela ajuda e pelos momentos de partilha e descontração que muito aliviaram o *stress* de todo o processo.

À Sandrine, pela ajuda no processo inicial de estudo.

A todos os meus amigos e colegas, mais uma vez pelo incentivo, e pelos momentos de descontração e alegria que em muito aumentou o ânimo para a execução deste estudo.

Resumo

O trauma infantil constitui um grave problema de saúde pública que ameaça a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima, com impactos psicossociais negativos que ressoam na idade adulta. A presente investigação teve como objetivos analisar as diferenças entre as mulheres vítimas de trauma infantil e mulheres sem trauma ao nível da perda de recursos psicossociais, da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) e da revitimização, tal como a relação entre as variáveis e respetivos preditores, numa amostra de 767 mulheres, utentes da consulta de planeamento familiar dos cuidados de saúde primários. Os resultados revelam que as mulheres vítimas de trauma infantil sofrem maior perda de recursos, PSPT e revitimização em comparação com as mulheres que não foram vítimas. Especialmente o abuso sexual infantil está associado à presença de PSPT, verificando-se também uma associação semelhante entre as vítimas de violação e assédio sexual e a PSPT, constatou-se ainda que estas vítimas tendem a sofrer de ambas as formas de abuso (assédio sexual e violação). Verificou-se que a tentativa de ameaça sexual está associada ao assédio sexual na idade adulta, sugerindo que as mulheres tendem a experienciar as duas situações. A análise de regressão logística permitiu verificar que dos distintos tipos de trauma infantil, o abuso sexual constitui o mais forte preditor para a presença de PSPT, com o modelo a explicar cerca de 50% da variância. Análises exploratórias revelaram que quanto maior é a gravidade do trauma infantil menor é o rendimento anual e maior é o número de filhos. Este estudo pretende contribuir para a criação de programas futuros de intervenção nas vítimas de mau trato infantil com o objetivo de tratar as mulheres com PSPT, evitar a revitimização e amortecer a perda de recursos. Sugere-se que em pesquisas futuras se contemple a realização de estudos longitudinais possibilitando assim, estudar as mudanças de estado que ocorrem na população durante o período em que esta é seguida, permitindo estudar a incidência do trauma.

Palavras-chave: perturbação de *stress* pós-traumático; abuso infantil; revitimização; recursos de *coping*.

Abstract

Childhood trauma is a serious public health problem that threatens the security, dignity and biopsychosocial and emotional development of the victim, with negative psychosocial impact that resonate in adulthood. This research aimed to analyse the differences between women victims of childhood trauma and women without trauma in terms of resource loss, Post-Traumatic Stress Disorder (PSPT) and revictimization, as well as the relationship between the variables and predictors, in a sample of 767 women attending family planning consultation of primary health care. The results showed that women victims of childhood trauma suffer greater resource loss, PSPT, rape, sexual harassment and attempted sexual threat in adulthood when compared to women who were not victimized. Especially, child sexual abuse is associated with the presence of PSPT, a similar association was found between the victims of rape, sexual harassment and PSPT, it was also found that these victims tend to suffer of both forms of abuse (sexual harassment and rape). It was found that sexual threat attempt is associated with sexual harassment in adulthood, suggesting that women tend to experience both situations. Logistic regression analysis showed that from the different types of childhood trauma, sexual abuse is the strongest predictor for PSPT, with the model explaining about 50% of the variance. Exploratory analyzes revealed that the higher is the severity of the childhood trauma the lower is these women's annual income and more children they tend to have. This study aims to contribute to the creation of future intervention programs on victims of child abuse in order to treat women with PSPT, prevent revictimization and the buffering of resource loss. It is suggested that future studies use longitudinal studies to enable studying the changes of state that occur in the population during the period in which this is followed, allowing to study the incidence of trauma.

Keywords: posttraumatic stress disorder; child abuse; revictimization; coping resources.

Índice

	Página
Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract.....	iii
Índice	iv
Índice de Tabelas.....	vi
Lista de Quadros do Coeficiente de Consistência Interna de <i>Cronbach</i>	vi
Introdução	7
I – Enquadramento Teórico	8
1. Trauma na Infância: Definição e Dinâmica.....	8
1.1 Abuso sexual	9
1.2 Abuso físico	10
1.3 Abuso emocional/psicológico	10
2. Impacto do trauma infantil na idade adulta	10
2.1 PSPT	15
2.2 PSPT e deterioração de recursos	18
2.3 PSPT e revitimização.....	22
II – Metodologia.....	27
1. Objetivos.....	27
2. Design.....	27
3. Variáveis.....	27
4. Hipóteses	28
5. Análises Exploratórias.....	28
6. Seleção e Recolha da Amostra	29
7. Caracterização da Amostra.....	29
7.1 Caracterização Sociodemográfica	29
7.2 Caracterização Clínica	32
8. Instrumentos	35
8.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico	35
8.2 Questionário da Conservação de Recursos (Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire - COR-E)	35
8.3 Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PSPT (PTSD Symptom Scale: Self- Reported - PSS-SR).....	38

8.4 Questionário de Abuso Sexual na Idade Adulta.....	39
8.5 Questionário de Trauma Infantil (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ)	40
9. Análise dos Dados.....	42
III – Resultados	42
IV – Discussão dos Resultados	53
10. Limitações do Estudo	57
11. Conclusões e Implicações para a Prática.....	58
V – Referências bibliográficas	59
Anexos	80

Índice de Tabelas

	Página
Tabela 1 Características sociodemográficas da amostra e por subamostra com trauma infantil e sem trauma infantil	31
Tabela 2 Características clínicas da amostra e por subamostra com trauma infantil e sem trauma infantil	34
Tabela 3 Resultados dos Testes de Mann-Whitney.....	43
Tabela 4 Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman's Rho das variáveis abuso sexual, abuso físico/emocional, PSPT, perda de recursos e revitimização na idade adulta	46
Tabela 5 Resultados das variáveis Predictoras da PSPT	48
Tabela 6 Resultados das variáveis Predictoras da Perda de Recursos	49
Tabela 7 Resultados das variáveis Predictoras da Detecção de Violação na idade adulta.....	50
Tabela 8 Resultados das variáveis Predictoras do Assédio Sexual na idade adulta	51
Tabela 9 Resultados das variáveis Predictoras da Tentativa de Ameaça Sexual na idade adulta	52

Lista de Quadros do Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach*

- Quadro 1** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* – COR-E
- Quadro 2** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* (*Stress* social) – COR-E
- Quadro 3** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* (*Stress* na saúde) – COR-E
- Quadro 4** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* (*Stress* no tempo) – COR-E
- Quadro 5** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* (*Stress* nas condições domésticas/ferramentas) – COR-E
- Quadro 6** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* (*Stress* financeiro) – COR-E
- Quadro 7** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* (*Stress* no trabalho) – COR-E
- Quadro 8** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* – CTQ
- Quadro 9** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* (Abuso sexual) – CTQ
- Quadro 10** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* (Abuso físico/emocional) – CTQ

Introdução

A violência exercida sobre a criança é conhecida ao longo dos tempos, desde a antiguidade até aos nossos dias, confundindo-se com a história da própria humanidade. Por todo o mundo, reportaram-se as maiores atrocidades: a criança foi durante muitos séculos, vítima de abandono, vendida como escrava, explorada sexualmente ou pelo trabalho e obrigada à mendicância. Neste panorama aterrador, as crianças do sexo feminino estiveram sempre mais propensas a serem vítimas de abandono, vendidas, exploradas sexualmente ou expostas, tal como ainda se verifica hoje em dia o abuso sexual ganha destaque entre estes crimes. Com o surgimento de diversos organismos e instituições, públicas ou privadas, de apoio à criança e/ou família, o estatuto da criança transforma-se, defende-se a necessidade de cuidados e atenção especiais devido à sua manifesta vulnerabilidade, e adquire novo protagonismo na história ocidental. Mas, infelizmente os esforços desenvolvidos a par de novos valores sociais não foram suficientes e capazes de combater os maus tratos infantis, estes continuam a ser um grave problema que tem vindo a sofrer um significativo aumento a nível mundial e, por isso, tem sido cada vez mais estudado o seu impacto na vida de mulheres adultas. Os maus tratos infantis compreendem todos os tipos de maus-tratos, físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência, exploração comercial ou outro, que ocorre em crianças com menos de 18 anos de idade, e que resulta em dano real ou potencial para a saúde da criança, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (Direção-Geral da Saúde – DGS, 2011; World Health Organization – WHO, 2014).

Os abusos, sexual, físico e emocional, revisados ao longo do presente estudo têm impactos psicossociais negativos que ressoam na idade adulta entre as mulheres. As vítimas apresentam um elevado risco de desenvolver Perturbação de *Stress* Pós-traumático (PSPT) na idade adulta, e além disso, mostram-se mais propensas a sofrer revitimização, que pode, por sua vez, exacerbar sintomas de PSPT. Ao mesmo tempo, o trauma infantil pode produzir deterioração recorrente de recursos (condições, interpessoais, materiais e de energia) nas mulheres, aumentando assim os níveis de PSPT. O presente estudo incorpora variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas, com o objetivo de contribuir para o conhecimento do problema e para a criação de programas de intervenção. Assim, numa primeira parte é feita uma revisão da literatura, numa segunda parte é realizada a descrição empírica do estudo, e na terceira e última parte é apresentada a discussão dos resultados empíricos, as limitações do estudo e as conclusões.

I – Enquadramento Teórico

1. Trauma na Infância: Definição e Dinâmica

A infância e a adolescência são etapas fundamentais para o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social do indivíduo. Desta forma, as crianças e os adolescentes são considerados indivíduos em condição peculiar de desenvolvimento, necessitando cuidados especiais que garantam a sua proteção e potencializem o seu crescimento intra e interpessoal (Habib et al., 2010). Neste sentido, toda a sociedade e o poder público são responsáveis pela garantia dos direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes.

A família desempenha um papel crucial neste processo, uma vez que constitui o primeiro sistema social no qual o ser humano interage. Em situações de risco ou ameaça, a expectativa de apoio percebida e recebida dos cuidadores reduz a angústia da criança, pois são estas transações entre os cuidadores e a criança que fortalecem o desenvolvimento dos seus recursos internos para enfrentar com expectativa de sucesso as situações de risco (Leidy, Guerra, & Toro, 2012). Entretanto, nem sempre os pais, cuidadores ou outrem comportam-se de forma protetiva e as situações de risco experienciadas pela criança não ocorrem somente em contexto extrafamiliar mas também podem ocorrer dentro do sistema familiar (Lacelle, Hebert, Lavoie, Vitaro, & Tremblay, 2012; Lev-Wiesel, Amir, & Besser, 2005; Pereda, Guilera, Forns, & Gomez-Benito, 2009; Snyder, 2000; Stith et al., 2009). Os termos abuso ou maus tratos contra crianças e adolescentes são utilizados para definir negligência, violência psicológica, física e sexual, de maneira repetitiva e intencional, perpetrado por um adulto ou alguém em estágio de desenvolvimento superior (idade, força física, posição social, condição económica, inteligência, autoridade), que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. O perpetrador utiliza-se do poder, da relação de confiança e/ou força física para colocar a criança e/ou adolescente em situações para as quais não possui condições maturacionais, biológicas e psicológicas de superação (WHO, 2014).

A presença simultânea de diferentes formas de violência, tais como o abuso sexual, físico e emocional, revisados ao longo deste estudo, sucede frequentemente, o que dificulta que a sua dinâmica seja rompida. As vítimas relatam ameaças e agressões físicas durante o abuso sexual, bem como sentenças depreciativas utilizadas pelo agressor. A violência gera um ambiente, no qual predominam os sentimentos de medo e de desamparo que contribuem para que o abuso seja mantido em segredo pela própria vítima e por outros membros da família que, em alguns casos conhecem a situação, mas não a denunciam.

1.1 Abuso sexual

Um grave problema de saúde pública na infância e na adolescência diz respeito ao abuso sexual, esta forma de violência corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha (Briere, 1992; Cashmore & Shackel, 2013; Krug, 2002; Meadow, Mok, & Rosenberg, 2007; Modelli, Galvão, & Pratesi, 2012). Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento não tem capacidade para compreender que delas é vítima; percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada nem capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido. O abuso sexual pode revestir-se de diferentes formas – que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito (cópula, coito anal ou oral), ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, passando pela manipulação dos órgãos sexuais (DiLillo et al., 2006; Kuehnle, 2010). Pode ser definido também, de acordo com o contexto de ocorrência, em diferentes categorias. O abuso sexual extrafamiliar ocorre fora do ambiente doméstico, envolvendo situações de pornografia e exploração sexual. Não obstante, a maioria dos casos ocorre dentro do contexto familiar, perpetrado por pessoas próximas, que desempenham um papel de cuidador. Nestes casos, o abuso sexual é denominado intrafamiliar ou incestuoso. As relações sexuais, mesmo sem laços de consanguinidade, envolvendo uma criança e um adulto responsável (tutor, cuidador, membro da família ou familiar à criança) são consideradas incestuosas, incluindo madrastas, padrastos, tutores, meios-irmãos, avós e até namorados ou companheiros que morem junto com o pai ou a mãe, caso eles assumam a função de cuidadores. O abuso sexual intrafamiliar é desencadeado e mantido por uma dinâmica complexa. O perpetrador utiliza-se do seu papel de cuidador e da confiança e afeto que a criança tem por ele para iniciar, de forma ténue, o abuso sexual. A criança, na maioria dos casos, não identifica imediatamente que a interação é abusiva e, por esta razão não a revela a ninguém. À medida que o abuso se torna mais explícito e que a vítima percebe a violência, o perpetrador utiliza recursos, tais como enganos e ameaças para que a criança mantenha a situação em segredo. A criança percebe-se vulnerável, acredita nas ameaças e desenvolve crenças de que é culpada pelo abuso, sentindo vergonha e medo de revelá-lo à família e ser punida. Dessa forma, a criança adapta-se à situação abusiva para manter as relações familiares.

1.2 Abuso físico

O mau trato físico resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico (Christian, 2012). O dano resultante pode traduzir-se em lesões físicas de natureza traumática, doença, sufocação, intoxicação ou ainda pela síndrome de *Munchausen* por procuração. No mau trato físico, cujo padrão é a criança batida, estão incluídos a síndrome da criança abanada; as queimaduras; as fraturas; os traumatismos cranioencefálicos; as lesões abdominais; a sufocação; o afogamento e as intoxicações provocadas. Acrescenta-se ainda alguns elementos de tortura, traduzindo-se em queimaduras intencionais com pontas de cigarro, com resistências de água quente, pontapés indiscriminadamente por todo o corpo, bater com a cabeça da criança na parede ou em superfície dura, bater com cintos, chicotes, entre outras situações de cariz cruel (Gilbert et al., 2009). A violência física contra crianças, praticada em casa, é consistentemente infligida com o objetivo de punir.

1.3 Abuso emocional/psicológico

O mau trato emocional/psicológico resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem (Wolfe & McIsaac, 2011; Wright, Crawford, & Castillo, 2009). Inclui um conjunto de ações que o adulto intencionalmente desenvolve, no sentido de rejeitar (quando o adulto não aceita ou não permite interações com a criança e lhe expressa valorizações negativas de si mesma), aterrorizar, isolar (quando a criança é privada de manter contatos ou relações sociais) ou ignorar a criança (Brassard & Donovan, 2006; Norman et al., 2012; Trickett, Mennen, Kim, & Sang, 2009). Situações desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental (Gilbert et al., 2009).

2. Impacto do trauma infantil na idade adulta

A experiência do trauma na infância pode afetar o desenvolvimento de crianças e adolescentes de diversas formas. Algumas crianças apresentam efeitos mínimos ou nenhum efeito aparente, enquanto outras desenvolvem severos problemas emocionais, sociais e/ou psiquiátricos (Runyon & Kenny, 2002). O impacto da violência está relacionado com três

conjuntos de fatores: fatores intrínsecos à criança, fatores extrínsecos, envolvendo a sua rede de apoio social e afetiva e fatores relacionados com a violência em si.

Os fatores intrínsecos à criança envolvem a saúde emocional prévia, o temperamento, as experiências de vida anteriores e as crenças que esta desenvolve sobre a experiência abusiva (Cohen & Mannarino, 2002). Os fatores extrínsecos à criança estão relacionados com fatores de risco e de proteção da sua rede de apoio social e afetiva. A rede de apoio social é definida como o conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento existentes e percebidos pela criança. A esse constructo foi agregado o elemento afetivo, em função da importância do afeto para a construção e manutenção do apoio (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000). As crianças tornam-se mais vulneráveis quando não possuem uma rede de apoio que seja eficaz para protegê-la e oferecer suporte emocional após a revelação do abuso (Jonzon & Lindblad, 2004). As características da violência sexual, física ou emocional também podem ser associadas ao impacto desta experiência para o desenvolvimento da vítima. A idade da vítima no início do abuso; a duração, a frequência e o grau de violência; a diferença de idade e proximidade afetiva entre o perpetrador e a vítima; o grau de segredo e ameaça; a ausência de figuras parentais protetoras; a aceitação de recompensas e a negação do perpetrador de que o abuso aconteceu são fatores que podem exacerbar as consequências negativas do abuso (Mattos, 2002).

Apesar da complexidade e da quantidade de fatores envolvidos no impacto da violência para a criança, numerosos estudos demonstram que experienciar trauma na infância e na adolescência não só provoca efeitos negativos imediatos, mas também efeitos prolongados sobre o funcionamento psicossocial adulto (Briere, Kaltman, & Green, 2008; Cook, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2003). De facto, os maus tratos infantis têm sido reconhecidos como um evento traumático capaz de produzir sofrimento psicológico a longo prazo e a evidência do impacto destes atos violentos na saúde mental é impressionante, quando se olha para os efeitos a longo termo, como a presença de morbidade psicológica (PSPT) e deterioração de recursos interpessoais (Widom, 1999).

Conforme a WHO (2014), aproximadamente 20% das mulheres e 5-10% dos homens reportaram terem sido abusados sexualmente quando crianças, enquanto 23% das pessoas relatam terem sido agredidas fisicamente quando crianças. Em 2011, os serviços de proteção à criança nos Estados Unidos receberam 3.4 milhões de encaminhamentos, o que representa 6.2 milhões de crianças. Desses casos, cerca de 19% ocorreram nas seguintes frequências: mais de 75 por cento (78.5%) sofreram negligência; 17.6% sofreram abuso físico e menos de 10 por cento (9.1%) sofreram abuso sexual. Relativamente ao diagnóstico de Perturbação de

Stress Pós-traumático (PSPT), numa amostra representativa dos Estados Unidos com mais de 10.000 adolescentes com idades entre os 13-18, os resultados indicaram que 5% dos adolescentes tinham cumprido os critérios para PSPT na sua vida. A prevalência é maior para as raparigas do que para os rapazes (8% vs 2.3%) e aumenta com a idade (WHO, 2014).

Em Portugal, identificaram-se as situações traumáticas de *Violação* (23.1%) e *Abuso sexual antes dos 18 anos* (21.7%) como as principais responsáveis pelo desenvolvimento da Perturbação de *Stress* Pós-traumático (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003). Machado e Gonçalves (2003) chegam mesmo a afirmar que mais de 50% das crianças abusadas preenchem os critérios de diagnóstico da PSPT.

Vejamos, a experiência do trauma é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Saywitz et al., 2000). A literatura aponta que crianças ou adolescentes podem desenvolver quadros de depressão, transtornos de ansiedade, perturbações alimentares, enurese, encoprese, perturbações dissociativas, hiperatividade e défice de atenção e perturbação pós-*stress* traumático (Kaplan et al., 1998; Lange et al., 1999; MacMillan et al., 2001; Walter, Horsey, Palmieri, & Hobfoll, 2010). Além disso, estudos têm demonstrado que o abuso infantil é preditivo de vitimização secundária que pode levar à manutenção e exacerbação de sintomas (Schaaf & McCanne, 1998; Schumm, Stines, Hobfoll, & Jackson, 2005).

Entretanto, a Perturbação de *Stress* Pós-traumático (PSPT) é a psicopatologia mais citada como decorrente dos maus tratos na infância, que, por definição, se desenvolve após um evento terrível ou provação (Cohen, 2003; Saywitz et al., 2000). Estudos prospetivos e retrospectivos mostram consistentemente associações entre abuso físico ou sexual e PSPT em adolescentes e adultos (Andrews, Corry, Slade, Issakidis, & Swanston, 2004; Banyard, Williams, & Siegel, 2001; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Lansford et al., 2002; McCauley et al., 1997; Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes; Tolin & Foa, 2006; Whiff & Macintosh, 2005; Widom, 1999) e revelam que estes efeitos podem ser duradouros. Um estudo prospetivo (Widom, 1999) de crianças que foram maltratadas antes dos 12 anos de idade e avaliadas aos 29 anos verificou que 23% das pessoas que foram abusadas sexualmente, 19% das pessoas abusadas fisicamente, e 17% das pessoas negligenciadas, tinham presente diagnóstico de PSPT (com base nos critérios do DSM-III), em comparação com 10% do grupo de controlo, e os riscos de vida desta doença eram muito maiores nos casos de trauma do que no grupo de controlo. Uma meta-análise de Andrews e col. (2004) relativa a estudos em crianças que foram abusadas sexualmente, sugere um efeito dose-resposta, com riscos mais elevados para a saúde mental, nomeadamente síndromes psicóticas

e esquizofrénicos associados ao abuso sexual com penetração do que com o abuso com ou sem contato.

Para além de transtornos psicopatológicos, as crianças e adolescentes vítimas de abuso infantil podem apresentar alterações comportamentais, cognitivas e emocionais (Cohen & Mannarino, 2000; Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Haugaard, 2003; Jonzon & Lindblad, 2004; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003). Entre as alterações comportamentais destacam-se: conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, fugas do lar, furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões de sono e alimentação, comportamentos autodestrutivos, tais como magoar-se e tentativas de suicídio. As alterações cognitivas incluem: baixa concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas, tais como percepção de que é culpada pelo abuso, diferença em relação aos pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação. As alterações emocionais referem-se aos sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade (Norman et al., 2012).

A longo prazo, as consequências decorrentes do abuso permanecem e em muitos casos agravam-se quando não há uma intervenção adequada. Num estudo de Edwards e col. (2001) no qual foi aplicado um questionário sobre a infância a todas as pessoas com idade a partir de 19 anos que frequentavam um hospital, foi verificado que 5.9% dos pacientes referiram ter histórico de abuso sexual na infância. Entre os que relataram histórico de abuso foi identificado que estes apresentavam problemas com álcool, tabagismo, depressão, autoavaliação negativa do estado de saúde, altos níveis de *stress*, além de problemas familiares (e conjugais) e profissionais. Noutro estudo com mulheres com histórico de abuso sexual na infância, foi verificado que 67% destas desenvolveram quadro de transtorno de *stress* pós-traumático, bem como problemas na regulação emocional e no funcionamento interpessoal. As mulheres vítimas de abuso com PSPT apresentaram uma maior sensibilidade a críticas, inabilidade para ouvir outros pontos de vista, insatisfação conjugal, maior isolamento social e pobre ajustamento social. Dentro dos problemas relativos à regulação emocional foi encontrada uma alta intensidade de reação emocional, medo de experienciar a raiva e dificuldade em expressá-la apropriadamente (Cloitre, Cohen, Koenen, & Han, 2002).

O mau trato tem consequências económicas duradouras para indivíduos afetados (Widom, 1998). Num estudo prospetivo de casos documentados de mau trato infantil e uma comunidade de controlo para comparação, aos 29 anos de idade, significativamente mais dos indivíduos abusados e negligenciados ocupavam cargos servis e semiquilificados do que o grupo de controlo (62% vs 45%), e poucos tinham permanecido no emprego durante os

últimos cinco anos (41% vs 58%). De referir ainda, a vigorosa associação entre o abuso sexual e o abuso físico/emocional com a menor utilização de métodos contraceptivos (Holmes, Resnick, & Frampton, 1998).

Fitzpatrick e colaboradores (2010) demonstraram que sobreviventes que reportaram abuso sexual infantil como a sua pior experiência apresentaram as taxas mais altas de doença mental, e problemas psicossociais mais tarde na vida, seguidos de sobreviventes de abuso físico infantil. Sobreviventes de abuso emocional na infância foram os que reportaram menos problemas. Pessoas que experienciaram uma combinação de abuso sexual e físico infantil reportaram uma saúde mais pobre na idade adulta comparativamente a sobreviventes de abuso sexual infantil ou abuso físico infantil (Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara, & Thompson, 2008).

Especialmente saliente é a associação negativa a longo prazo entre o abuso infantil e a perda de recursos, que são vitais para o bem-estar dos indivíduos e até mesmo para a sobrevivência (Catania et al., 2008; Johnson, Palmieri, Jackson, & Hobfoll, 2007; Schumm et al., 2005; Walter & Hobfoll, 2009). O abuso infantil pode interferir de forma única na aquisição e manutenção de recursos, perturbando o ambiente na qual as crianças se desenvolvem. As crianças que são abusadas são frequentemente sujeitas à instabilidade, não lhes são ensinadas competências interpessoais apropriadas, ou dados os recursos necessários para a segurança e uma vida saudável. A própria natureza do trauma infantil prejudica a capacidade das pessoas para aprender processos de aquisição de recursos, deixando as crianças em situação de desvantagem para alcançar recursos futuros. Neste sentido, espera-se um impacto direto do abuso infantil na perda de recursos, uma vez que interfere com o desenvolvimento e processos interpessoais necessários para adquirir os recursos necessários (Walter et al., 2010).

Tem havido um interesse crescente no fenómeno da revitimização, ou a noção de que os indivíduos que vivenciam vitimização na infância estão em maior risco de vitimização subsequente em algum momento das suas vidas (Cloitre, Tardiff, Marzuk, Leon, & Portera, 1996; Coid et al., 2001; Maker, Kimmelmeir, & Peterson, 2001; Merrill, Newell, Thomsen, Gold, Milner, & Koss, 1999; Messman-Moore & Long, 1996; Sappington, Pharr, Tunstall, & Rickert, 1997; Schaaf & McCanne, 1998). De acordo com Arata (2002), cerca de um terço das vítimas de abuso sexual infantil relataram experienciarem vitimização repetida e vítimas de abuso sexual tinham duas a três vezes maior risco de revitimização na idade adulta do que mulheres sem história de abuso sexual infantil. Pesquisas sobre a revitimização na forma de abuso físico na idade adulta sugerem que entre 27% e 49% de sobreviventes de abuso sexual

infantil experienciam abuso físico na idade adulta, comparado com 12% a 18% das não vítimas (Briere & Runtz, 1987; Finkelhor & Yllö, 1983; Walker & Browne, 1985). Também é importante considerar os maus tratos psicológicos como outra forma em que pode ocorrer revitimização. Os maus tratos psicológicos podem preceder ou acompanhar o abuso físico (Okun, 1986; Tolman, 1989). Estudos demonstram que as várias formas de vitimização infantil/exposição à violência constituem um importante fator de risco para a revitimização na idade adulta (Feldman, 1997; Grauerholz, 2000; Heise, 1998).

Considerando o impacto decorrente de experiências abusivas, para o desenvolvimento humano, verifica-se que os maus tratos podem comprometer seriamente a saúde mental das vítimas, tal como a manutenção de um conjunto de recursos, vulnerabilizando-as para novas vitimizações.

2.1 PSPT

O equilíbrio quer físico, quer mental do ser humano pode ser posto em causa por determinadas situações adversas que ameaçam o seu bem-estar físico ou psicológico (Gunnar, 2000). A resposta a estas situações é conhecida como resposta de *stress*, uma cascata de alterações fisiológicas concomitantes com mudanças emocionais e cognitivas. No extremo das situações adversas podemos encontrar as experiências traumáticas. O DSM-V (American Psychiatric Association – APA, 2013) define trauma como (...) a experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo. A resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de obter ajuda ou horror (...) (p. 271). Entre as experiências normalmente consideradas como potencialmente traumáticas incluem-se experiências pessoais, como o abuso físico, sexual e emocional.

As altas taxas de exposição a eventos traumáticos são consideradas fenómenos mundiais que perpassam fronteiras nacionais, geográficas, culturais e étnicas (Keane, Brief, Pratt, & Miller, 2007). Em virtude disso, percebe-se um interesse crescente no entendimento do impacto do trauma no funcionamento psíquico, visto que a exposição a uma situação traumática vulnerabiliza o indivíduo ao desenvolvimento de diferentes psicopatologias, entre as quais a Perturbação de *Stress* Pós-traumático (PSPT) é a mais prevalente (Breslau, Peterson, & Schultz, 2008; Keane, Marshall, & Taft, 2006; Kessler, Sonnega, Bromet,

Hughes, & Nelson, 1995). A PSPT integra-se nas perturbações de ansiedade categorizadas no eixo I, e de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V), a sua característica essencial, é a exposição a um extremo stressor traumático vivido pela pessoa como real ou ameaçador/imaginário, que envolve risco de morte e/ou ameaça à própria vida ou a de outrem que lhe seja próxima. A constante evocação do evento, por meio de lembranças, imagens, pesadelos, medo, ansiedade e excitação, está presente na dinâmica do transtorno. O indivíduo experimenta e compreende o evento como traumático, mas não elabora o que foi vivido, o que pode acarretar prejuízo e sofrimento significativos na sua vida.

O abuso infantil incluindo o abuso físico, sexual e emocional associa-se a alterações psicopatológicas severas (Fergusson, Swain-Campbell, & Horwood, 2002; Penza, Heim, & Nemeroff, 2003; Teicher, Samson, Polcari, & McGreenery, 2006; Zweig-Frank & Paris, 2002), particularmente a Perturbação de *Stress* Pós-traumático (PSPT) (Bremner, Southwick, Johnson, Yehuda, & Charney, 1993; Oswald, Heil, & Goldbeck, 2010; Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007). Baseado na alta frequência de abuso infantil reportada entre sujeitos com PSPT, os pesquisadores foram conduzidos a associar PSPT com maltrato infantil. A maioria destes estudos identificou o abuso infantil (maioritariamente abuso físico e sexual) como um fator de risco importante no desenvolvimento de PSPT (Epstein, Saunders, & Kilpatrick, 1997; Widom, 1999). Caracterizada por sintomas de reexperiência intrusivos, comportamentos de evitamento e excitação elevada (APA, 2013), a PSPT associa-se com deficiências funcionais generalizadas e baixa qualidade de vida (Giaconia et al., 1995; Zayfert, Dums, Ferguson, & Hegel, 2002).

De acordo com a literatura, estudos descobriram problemas de regulação emocional em crianças e adolescentes que foram abusados, bem como problemas de regulação emocional e sintomas de *stress* pós-traumático em adultos com historial de abuso (Bloom, 2000; Krause, Mendelson, & Lynch, 2003; Linehan, 1993; Main & George, 1985; Street, Gibson, & Holohan, 2005). Conforme a conceptualização multidimensional de Gratz e Roemer (2004), a regulação emocional consiste na capacidade de monitorar, avaliar e modular experiências emocionais dadas as exigências de um contexto específico ou conjunto de objetivos. Deste modo, a pesquisa sugere que as dificuldades com a regulação emocional constituem um mecanismo através dos quais os sintomas de *stress* pós-traumático podem-se desenvolver e persistir (Arias, 2004; Gratz & Roemer, 2004; Tull, Barrett, McMillan, & Roemer, 2007).

Vejam, ambientes emocionalmente abusivos em que as emoções negativas da criança são punidas, ignoradas, minimizadas ou são atendidas com angústia podem inculcar padrões duradouros de evitamento, supressão e tentativas nocivas para gerir emoções (Krause et al., 2003). Às crianças expostas a tais ambientes invalidadores pode-lhes ser dito que as suas reações emocionais estão erradas, inadequadas ou então podem ser completamente ignoradas (Linehan, 1993). A punição da expressão emocional negativa também é comum em crianças que foram abusadas fisicamente, e promove o uso da supressão emocional e agressão reativa (Main & George, 1985). Em circunstâncias que envolvem o abuso sexual por parte dos cuidadores, pode ser adaptativo para as crianças suprimir ou dissociar-se do abuso e de emoções negativas associadas, a fim de obter a prestação de cuidados necessários para a sobrevivência (Freyd, 1996). A supressão e a dissociação têm sido associadas com um menor processamento emocional e sintomas mais severos de PSPT no adulto, exposto a eventos traumáticos repetidos (Clohessy & Ehlers, 1999). Similarmente, a supressão e a dissociação podem afetar a forma como as crianças abusadas aprendem a identificar, compreender e processar emoções, assim como pavimentar o caminho para dificuldades mais amplas com a regulação emocional na idade adulta, contribuindo para sintomas de *stress* pós-traumático.

A falta de aceitação e compreensão de emoções negativas pode resultar em sentimentos de vergonha ou culpa, que são muitas vezes essenciais para sintomas de *stress* pós-traumático (Gratz & Roemer, 2004; Salters-Pedneault, Gentes, & Roemer, 2007). Da mesma forma, a auto culpa que muitas vezes se manifesta em sintomas de *stress* pós-traumático é uma resposta comum ao abuso físico, sexual e emocional na infância, e às crianças é-lhes dito muitas vezes por perpetradores ou outros cuidadores, que elas têm a culpa pelo abuso (Bloom, 2000). A culpa e a auto culpa envolvendo o abuso na infância têm, por sua vez, sido associadas com o desenvolvimento de comportamentos de evitamento de *coping*, como a retirada comportamental (redução do esforço para lidar com o stressor, assim como, a renúncia a objetivos quando o stressor interfere) e a utilização de substâncias, que também estão associados com sintomas de *stress* pós-traumático em adulto (Street et al., 2005).

A pessoa que sofre de Perturbação de *Stress* Pós-traumático pode, portanto, dissociar-se ou tentar evitar pensamentos, situações e/ou pessoas que a remetam ao evento traumático. O transtorno pode incluir amnésia acerca de algum aspeto do evento ou mesmo anestesia emocional, falta de interesse ou prazer nas atividades desenvolvidas, além da redução de emoções e relações com a vida e com outras pessoas. Reações fisiológicas ocorrem em situações ativadoras do evento sofrido, sintomas esses especificados no DSM-V (2013). Fica

evidente que o dia-a-dia do indivíduo é afetado. Há uma tentativa constante de afastar-se daquilo que remete à situação traumática vivida, e este movimento de afastamento pode levar a pessoa a isolar-se da rotina e das obrigações diárias, além de distanciar-se da própria esfera pessoal. Como a conduta de quem sofre de PSPT circula ao redor da experiência traumática, o indivíduo pode apresentar mudanças comportamentais. Podem surgir aspetos que não estavam presentes antes do transtorno, como maior excitação, dificuldade de conciliar ou manter o sono, hipervigilância, irritabilidade e dificuldade de concentração. É importante ressaltar que os sintomas envolvem o indivíduo em todos os seus aspetos biopsicossociais.

A Perturbação de *Stress* Pós-traumático descreve a maneira patológica como algumas pessoas vivem após passar por uma situação traumática. Os sintomas, as relações pessoais e afetivas, o organismo, as reações fisiológicas, ou seja, todo este conjunto de fatores pode ser afetado pelos sintomas de PSPT. Em 1999, Levine afirma:

... aqueles (sintomas) produzidos pelo trauma são de período prolongado. Os sintomas do trauma podem ser estáveis (sempre presentes), instáveis (aparecem e desaparecem), ou podem se ocultar por décadas. Em geral, esses sintomas não aparecem de modo isolado, mas em grupos. Essas “síndromes” frequentemente ficam cada vez mais complexas com o passar do tempo, tornando-se cada vez menos ligadas à experiência original do trauma (p. 134).

Na visão de Kalsched (1996), o ego das pessoas que sofreram algum tipo de trauma mostra-se frágil, permanecendo envolto em ansiedade e em luta constante para sobreviver. Há um constante temor (ou terror) de que a experiência traumática original volte a acontecer, bem como uma contínua vigilância do que acontece ao seu redor, pois vivem com medo de que tudo entre em colapso, o que de facto pode suceder.

2.2 PSPT e deterioração de recursos

Uma forma de conceitualizar o aparecimento e manutenção de PSPT é o facto de o distúrbio ser acompanhado por uma perda rápida de recursos materiais e psicossociais (Hobfoll, 1991). A perda destes recursos pode contribuir para um maior *stress*, diminuindo a probabilidade de atenuar os sintomas. Por sua vez, a suspensão desses ciclos de perda de recursos pode ser uma chave para aliviar os sintomas. Assim como o tratamento psicológico se concentra frequentemente em aumentar os recursos dos pacientes, tais como o suporte

social, autoeficácia e autoestima, o curso natural da PSPT pode estar relacionada a fatores semelhantes.

Este processo, segundo o qual os recursos estão teoricamente ligados à PSPT, é ilustrado pela teoria da Conservação de Recursos (COR) (Hobfoll, 1989; Hobfoll & Lilly, 1993). Esta teoria define recursos como coisas que as pessoas valorizam ou que auxiliam na obtenção do que é valorizado (Hobfoll, 1989; Hobfoll & Lilly, 1993). A teoria COR afirma que há uma motivação humana básica para obter, manter e proteger os recursos, e porque os seres humanos desejam obter, reter, e proteger estes recursos, eles agem para minimizar a sua perda e maximizar o seu ganho. O *stress* resulta a partir de uma perda de recursos, o que pode levar a uma espiral descendente em que os recursos necessários para lidar com o trauma são também empobrecidos (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998). Assim, o trauma causa um rápido declínio dos recursos, e o estado resultante da perda de recursos, por sua vez, prejudica os processos de recuperação (Hobfoll, 1991).

Um princípio fundamental da teoria COR é que as pessoas devem investir em recursos para reter recursos, proteger-se contra a perda de recursos, recuperar-se das perdas e obter mais recursos. Assim, aqueles que não dispõem de recursos estão em risco adicional pois têm menos recursos para investir na recuperação (Ennis, Hobfoll, & Schroeder, 2000; Hobfoll, Johnson, Ennis, & Jackson, 2003). Podem experimentar espirais de perda, na medida em que esforços iniciais de *coping* progridem para uma maior perda de recursos (Benight et al., 1999; Hobfoll et al., 2003; Norris & Kaniasty, 1996). Assim, aqueles com PSPT terão esgotado os seus reservatórios de recursos.

As vítimas de trauma podem esgotar os recursos necessários para lidar com eventos traumáticos (Hobfoll, 1991, 1998). Como indicado pelos critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2013), os indivíduos que demonstram sintomas de PSPT podem isolar-se e evitar outras pessoas como forma de lidarem com o trauma, comprometendo as redes sociais de que necessitam para lidar com o mesmo. Isto, por sua vez, pode exacerbar a PSPT, produzindo um constante ciclo entre a perda de recursos interpessoais e a perturbação (Benotsch, Brailey, Vasterling, & Sutker 2000; Hobfoll, 1991; King, King, Foy, Keane, & Fairbank, 1999).

A perda de recursos interpessoais pode ser particularmente prejudicial a indivíduos traumatizados, uma vez que os membros da sua rede social são muitas vezes os agressores. Deste modo, a natureza íntima da relação do agressor com a vítima serve para a isolar dos seus sistemas de suporte, enquanto aniquila as suas reservas interpessoais de *coping*. Isto

reduz a capacidade dos indivíduos para confiar nos seus recursos interpessoais de *coping* e agrava o desajuste psicológico ao trauma.

Ciclos de trauma interpessoal crónico e esgotamento de recursos geralmente começam durante a infância. Finkelhor, Hotaling, Lewis e Smith (1990) descobriram que os membros da família foram os autores mais frequentes de abuso sexual entre as mulheres. Como tal, as mulheres são na maioria das vezes vitimizadas pelos mesmos indivíduos que iriam, caso contrário, servir de suporte. Além disso, nos casos de abuso por um dos progenitores, o pai que não é perpetrador pode ser submisso ou ineficaz e comprometido, como um provedor de suporte (Elloitt & Carnes, 2001). Assim, as vítimas esgotam os seus principais recursos interpessoais. Desta forma, o abuso infantil pode criar padrões espirais recorrentes de perda de recursos interpessoais mergulhando as mulheres dentro de um ambiente que inicia ciclos de trauma e fragmenta recorrentemente potenciais relações interpessoais afetivas (Beitchman et al., 1992; Melchert, 2000).

Kaniasty e Norris (1993; Norris & Kaniasty, 1996), no seu modelo de deterioração do suporte social, fornecem um quadro teórico no qual o impacto da perda de recursos interpessoais no contexto de trauma pode ser amplamente conceituado. No desenvolvimento deste modelo, descobriram que as exigências iniciais associadas ao trauma induzido por desastres contribuiu para a deterioração de suporte, e esta deterioração de suporte, por sua vez, foi relacionada com o aumento do *distress* psicológico. Assim, uma adaptação geral deste modelo sugeriria que a erosão dos recursos sociais muitas vezes segue eventos traumáticos e posteriormente agrava o sofrimento psicológico (Hobfoll, 1988, 1998). Dado que está mostrado que os sobreviventes de abuso exibem sistemas de apoio social comprometidos na idade adulta (Beitchman et al., 1992; Melchert, 2000), o modelo de deterioração de suporte social fornece um plano particularmente convincente para conceptualizar o impacto de abuso infantil e perdas interpessoais na idade adulta associadas a PSPT.

O abuso infantil pode interferir exclusivamente com a aquisição e manutenção de recursos, perturbando o ambiente geral no qual as crianças se desenvolvem. As crianças abusadas são frequentemente sujeitas à instabilidade, não lhes são ensinadas competências interpessoais apropriadas, ou fornecidos os recursos necessários para uma vida segura e saudável. Teoriza-se que os maus tratos interferem com o desenvolvimento comportamental saudável em crianças e está relacionado com a dificuldade de regulação das emoções (Maughan & Cicchetti, 2002). Além disso, os maus tratos estão relacionados com a adoção de valores desviantes (Brezina, 1998; Herrenkohl, Huang, Tajima, & Whitney, 2003). A própria natureza do trauma infantil prejudica a capacidade dos indivíduos para aprender e desenvolver

processos de aquisição de recursos interpessoais necessários, deixando as crianças em desvantagem para o alcance de recursos futuros. Por estas razões, o abuso infantil terá impacto direto na perda de recursos.

O abuso infantil conduz à perda posterior de recursos através de sintomas de PSPT, que inibem a regulação emocional saudável e conduzem ao evitamento de importantes redes de recursos. Quando os indivíduos enfrentam altos níveis de sintomas, tornam-se menos capazes de ativar redes de recursos, e efetivamente comprometer-se num conjunto de recursos (Hobfoll, 1991; Johansen, Wahl, Eilertsen, & Weisaeth, 2007; Walter et al., 2010). Num estudo longitudinal de homens e mulheres, Benotsch e colaboradores (2000) descobriram que à medida que os recursos diminuía, os sintomas de PSPT aumentavam ao longo do tempo. De acordo com estes achados, a PSPT servirá como um mediador parcial entre abuso na infância e perda futura de recursos, de tal forma que sintomas de PSPT irão interferir com o investimento efetivo de recursos e aquisição acima do que já é sofrido a partir do trauma em si. No entanto, as perdas, também preditivas de posterior PSPT, como perda de recursos vitais e tangíveis de *coping* necessários para funcionarem face ao trauma, podem tornar os indivíduos vulneráveis como consequência.

Abuso na infância pode promover a perda de recursos por meio do impacto direto através de auto cognições protetoras diminuídas, que o abuso e as experiências gerais de vida que muitas vezes acompanham ambientes abusivos podem afetar. Desta forma, as mulheres podem não ser capazes de preservar auto cognições protetoras a seguir ao abuso, particularmente a autoestima e a autoeficácia (Cascardi & O'Leary, 1992; Orava, McLeod, & Sharpe, 1996). A autoestima fornece a crença de que merecem cuidar de si mesmas, investindo em recursos. A autoeficácia, em seguida, permite-lhes acreditar que realmente podem realizar esses planos de forma eficaz. Esta via é suportada por estudos que avaliam o papel da perda de recursos no rescaldo do trauma, que demonstram que auto-cognições protetoras limitam perdas futuras na medida em que as mulheres podem preservá-los (Bradley, Schwartz, & Kaslow, 2005; Schumm et al., 2005). Como resultado, as mulheres com maiores auto cognições protetoras terão maior sucesso em muitas esferas da vida e esse sucesso pode levar à aquisição de recursos. Conclui-se que o abuso infantil conduz frequentemente à diminuição da autoestima, autoeficácia e auto cognições protetoras, que por sua vez, levam à capacidade mais limitada para obter, promover e proteger os recursos interpessoais. Como tal, a influência do abuso infantil em reservas de futuros recursos ocorrerão através do deletério impacto do abuso na autoestima e na autoeficácia.

Finalmente, em adição ao abuso ter impacto direto na autoestima e na autoeficácia, pode também influenciar estas auto cognições protetoras através do seu impacto sobre os sintomas de PSPT. Especificamente, os sintomas de PSPT podem agir para diminuir as auto cognições protetoras, uma vez que tem sido associada com níveis reduzidos de fatores psicológicos internos tais como, a autoestima (Vigil & Geary, 2008) e a autoeficácia (Johansen, et al., 2007). Benight e Bandura (2004) também afirmam que os sintomas de PSPT podem ser percebidos como um fracasso para gerir eficazmente as emoções, o que, por sua vez, diminui a autoeficácia, bem como a autoestima (Cascardi & O'Leary, 1992; Orava et al., 1996). A manutenção de um sentido de autoeficácia é crítica, particularmente porque auto cognições protetoras podem ser esgotadas pela própria experiência do evento traumático e pelos sintomas de PSPT (Benight & Bandura, 2004). Deste modo, apesar de se prever que o abuso infantil e subsequentes sintomas de PSPT serão associados a auto cognições protetoras mais limitadas, se as mulheres forem capazes de manter a autoestima e a autoeficácia poderiam proteger-se contra a perda de recursos.

Caso o processo de perda de recursos possa ser interrompido, a probabilidade de redução dos sintomas de PSPT pode aumentar (Schumm, Hobfoll, & Keogh, 2004). A importância de deter ou reverter ciclos de perda de recursos tem sido observada. Schumm e colaboradores (2004) descobriram que as mulheres que foram capazes de interromper ciclos de perda de recursos tinham uma probabilidade diminuída de PSPT decorrente da história de trauma infantil. Este processo também é citado no modelo de deterioração do suporte social (Kaniasty & Norris, 1997; Norris & Kaniasty, 1996), que afirma que depois de circunstâncias traumáticas, as relações sociais são cruciais para lidar com stressores subsequentes.

2.3 PSPT e revitimização

Mais de 18% das mulheres que responderam a uma pesquisa nacional do Departamento de Justiça dos EUA (DOJ) e dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) relataram terem sido sexualmente ou fisicamente agredidas em algum momento durante as suas vidas (Tjaden & Thoennes, 1998). Os resultados desta pesquisa também sugerem que as mulheres estão particularmente em risco de vitimização na adolescência, com 54% a terem sido agredidas antes dos 18 anos, e 22% a terem sido agredidas antes dos 12 anos, o que se traduz numa parte substancial da juventude feminina ter experimentado vitimização física ou sexual significativa.

Mulheres com história de vitimização física e sexual são especialmente vulneráveis à vitimização futura (Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005; Windom, Czaja, & Dutton, 2008). O

abuso físico ou sexual antes dos 18 anos parece representar um risco particular (Breitenbecher, 2001; Breitenbecher & Gidycz, 1998; Desai, Arias, Thompson, & Basile, 2002; Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, & Putnam, 2003; Roodman & Clum, 2001; Sorenson, Siegel, Golding, & Stein, 1991). As mulheres com histórico de abuso sexual na infância, reportaram taxas de vitimização sexual ou física posterior, três a cinco vezes maiores do que mulheres que não relataram tais histórias, com a revitimização a ocorrer muitas vezes antes do final do ensino secundário (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Gidycz, Coble, Latham, & Layman, 1993; Krahe, Scheinberger-Olwig, Waizenhofer, & Kolpin, 1999; Noll et al., 2003; Wekerle & Avgoustis, 2003). Além disso, as mulheres com história de abuso físico e sexual na infância têm relatado até 3.5 vezes maior incidência de violência doméstica na idade adulta, por parte de parceiros íntimos, do que mulheres que não tiveram abuso na infância (Coid et al., 2001; West, Williams, & Siegel, 2000; White & Widom, 2003; Wyatt, Guthrie, & Notgrass, 1992). O estudo de Widom e colaboradores (2008) também analisou especificamente o efeito do gênero sobre o risco de revitimização, relatando que mulheres com uma história de abuso na infância foram mais propensas a experienciar trauma e revitimização na idade adulta, o que justifica o foco do presente estudo na população feminina.

Resultados deletérios atribuíveis à experiência de abuso sexual na infância são numerosos e abrangem uma infinidade de domínios psicológicos, sociais e fisiológicos (Bonanno, Noll, Putnam, O'Neill, & Trickett, 2003; Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside, 2006; Cicchetti & Lynch, 1995; Feiring, Taska, & Lewis, 2002; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers, & Prescott, 2000; Thornberry, Ireland, & Smith, 2001; Trickett & McBride-Chang, 1995). Vários desses resultados também são fatores de risco para a vitimização sexual e física, na população geral de adolescentes e jovens adultos, que não sofreram necessariamente de abuso sexual na infância (Davies & Frawley, 1994; Messman-Moore & Long, 2003). Por exemplo, a baixa autoestima (Tyler, 2002), o álcool e abuso de substâncias (Bryer, Nelson, Miller, & Krol, 1987), a depressão (Kendler et al., 2000), a dissociação (Weiss, Longhurst, & Mazure, 1999), a permissividade sexual (Steel & Herlitz, 2005; Van Dorn et al., 2005), e o comportamento delinquente/violento (Merrill et al., 1999) foram confirmados para serem tanto sequelas do abuso sexual infantil como fatores de risco para a revitimização. A experiência única de abuso sexual parece colocar vítimas particularmente em risco de vitimização subsequente (Coid et al., 2001; Desai et al., 2002; Himelein, 1995; Maker et al., 2001; Mandoki & Burkhart, 1989; Merrill et al., 1999; Noll et al., 2003; West et al., 2000; Widom & Kuhns, 1996). Assim,

alguns autores têm argumentado que a vitimização sexual durante a infância é um dos mais fortes preditores de vitimização continuada na adolescência e na idade adulta, e deve ser acolhida como um fator de risco importante distal, especialmente para as mulheres (Casey & Nurius, 2005; Merrill et al., 1999; Siegel & Williams, 2003; Wolfe, Wekerle, Scott, Straatman, & Grasley, 2004).

O risco elevado de revitimização sexual em mulheres sexualmente agredidas na infância, adolescência ou na idade adulta é um fenômeno bem documentado na literatura (Classen et al., 2005; Collins, 1998; Gidycz, Hanson, & Layman, 1995; Krahe, Scheinberger-Olwig, Waizenhöfer, & Kolpin, 1999; Messman-Moore & Long, 2000). De acordo com vários estudos, o abuso sexual infantil está relacionado com a perturbação pós-*stress* traumático (PSPT; Briere & Runtz, 1987; Seedat & Stein, 2000), e com uma forte relação entre PSPT e revitimização sexual (Arata, 2000; Bolstad & Zinbarg, 1997; Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Ullman & Brecklin, 2002).

Algumas pesquisas sugerem que o abuso sexual infantil leva à revitimização, que por sua vez conduz a sintomas de PSPT (Arata, 2000; Nishith, Mechanic, & Resick, 2000; Schumm, Hobfoll, & Keogh, 2004). Assim, a revitimização na idade adulta pode reacender as sequelas de experiências anteriores à agressão. Estudos mostram que a PSPT pode ser tanto uma consequência como um fator de risco para a revitimização. De facto, dois estudos longitudinais identificaram PSPT como um fator de risco para a revitimização sexual. Acierno, Resnick, Kilpatrick, Saunders e Best (1999) constataram que o diagnóstico de PSPT aumentou o risco das mulheres para a agressão sexual adulta, enquanto Noll e colaboradores (2003) descobriram que os sintomas de PSPT mediam a relação entre o abuso sexual infantil e revitimização subsequente. A relação entre a vitimização sexual (quer em criança ou em adulto), PSPT, e revitimização podem formar um círculo de retorno de tal forma que a vitimização sexual leva à PSPT, que por sua vez aumenta o risco de revitimização e subsequente aumento dos sintomas de PSPT.

Tanto conceptualizações teóricas como evidências empíricas da resposta ao trauma, suportam a noção de que sintomas traumáticos, incluindo a PSPT, tornam-se mais persistentes quando indivíduos evitam estímulos relacionados ao trauma. Sintomatologia de PSPT pode interferir com o processamento de informação, percepção de risco, respostas auto protetivas (Chu, 1992) numa forma que aumenta o risco de revitimização. Por exemplo, se um sobrevivente de abuso sexual evita continuamente lembranças físicas e emocionais da agressão, pode falhar a aprendizagem de como distinguir relacionamentos ou situações seguras de relacionamentos ou situações potencialmente arriscadas, aumentando a sua

vulnerabilidade à revitimização. Estratégias de *coping* desajustadas, incluindo estratégias de evitamento, tais como o desinvestimento físico e emocional, assim como o uso de substâncias e comportamentos sexuais de risco, podem ser utilizadas para evitar fontes de ameaça e reduzir o sofrimento inicial. No entanto, porque tais medos não se extinguem, em última análise, o evitamento perpetua um sentimento penetrante e um elevado sentido de ameaça. Além disso, a interferência com o processo de extinção, as várias estratégias, incluindo o evitamento físico de estímulos relacionados com o trauma, a supressão de pensamentos indesejados, e outros esforços para evitar o sofrimento psicológico ou dano, interferem com a correção de avaliações imprecisas ou negativas sobre a segurança e outros aspetos da experiência traumática (Ehlers & Clark, 2000).

Os sintomas de PSPT podem ter efeitos específicos sobre o risco para a revitimização. A dissociação, que é maior entre mulheres revitimizadas do que apenas vitimizadas (Cloitre, Scarvalone, Difede, 1997; Wilson, Calhoun, & Bernat, 1999), pode aumentar o risco para a revitimização, tornando os sobreviventes alheios do seu ambiente ou insensíveis às potenciais pistas sobre o risco iminente. Além disso, a dissociação pode criar uma aparência de confusão ou distração e um aumento da vulnerabilidade aos predadores sexuais (Cloitre et al., 1997). Inundação emocional e entorpecente pode ter impacto na revitimização por perturbar a resposta de luta ou fuga apropriada. A PSPT também é caracterizada por reexperiência intrusiva, que alterna com estados de entorpecimento emocional, negação e evitamento. Indivíduos frequentemente inundados com emoção podem aprender a ignorar tais estados altos de excitação. Na verdade, a vitimização repetida é associada a uma reação exagerada às ameaças de baixo nível e também a uma falha de reagir adequadamente a um sinal de ameaça ou risco para a agressão (Cloitre & Rosenberg, 2006). Hiperexcitação crónica também pode afetar as probabilidades de revitimização por ter um impacto negativo na identificação e rotulagem de estados de sentimentos. Alexitimia, que geralmente acompanha PSPT (Badura, 2003; Yehuda et al., 1997; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001), pode ser particularmente relevante para o aumento da vulnerabilidade à revitimização por agressores conhecidos, onde um vocabulário emocional diminuído e uma autorrepresentação afetiva dessincronizada pode levar outros a minimizar ou desprezar recusas para participar em atividade sexual (Cloitre & Rosenberg, 2006).

De facto, os investigadores têm documentado que os sintomas de trauma e *distress* psicológico podem ser potenciais explicações para o porquê dos sobreviventes de abuso sexual infantil estarem em maior risco de revitimização. Por exemplo, os sintomas de PSPT (Arata, 2000; Risser, Hetzel-Riggin, Thomsen, & McCanne, 2006), depressão e ansiedade

(Gidycz et al., 1993) têm sido associados com o aumento do risco de violação e revitimização. Risser e colaboradores (2006) constataram que os sintomas de PSPT mediaram a relação entre a severidade do abuso sexual infantil e a severidade da agressão sexual adulta em mulheres universitárias.

Dadas as elevadas taxas de PSPT entre os indivíduos que reportam abuso sexual infantil (Kessler et al., 1995; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997), não é surpreendente que a PSPT tenha sido associada à revitimização em numerosos estudos. Em estudos retrospectivos de mulheres universitárias, a PSPT mediou a relação entre abuso sexual infantil e revitimização (Arata, 2000; Risser et al., 2006). Estudos prospectivos também confirmaram o pressuposto de que a PSPT aumenta a vulnerabilidade para a revitimização (Messman-Moore, Brown, & Koelsch, 2005; Sandberg, Matorin, & Lynn, 1999). Risser e colaboradores (2006) examinaram a PSPT como uma entidade assim como os três grupos de sintomas separadamente; neste contexto, só sintomas de hiperexcitação previram a revitimização. No entanto, um estudo prospectivo anterior descobriu que as mulheres com altos níveis de hiperexcitação tinham realmente uma maior percepção do risco num cenário de agressão sexual hipotético, e a percepção do risco previu o estado da revitimização (Wilson et al., 1999). Outro estudo prospectivo não comparou diretamente o poder preditivo dos diferentes aspetos da sintomatologia da PSPT, mas descobriu que sintomas intrusivos, entorpecimento/evitamento emocional, dissociação e sintomas de hiperexcitação foram todos associados à vitimização (Messman-Moore, Ward, & Brown, 2009).

O presente estudo integra, embora não teste, um modelo de mediação de abuso, revitimização e PSPT (Nishith et al., 2000), juntamente com o modelo de deterioração de suporte social (Kaniasty & Norris, 1993; Norris & Kaniasty, 1996) para melhorar a compreensão da etiologia da PSPT.

De acordo com Nishith e col. (2000), taxas elevadas de abuso sexual infantil foram relacionadas com taxas mais elevadas de vitimização sexual e física na idade adulta, o que por sua vez contribuiu para o nível de sintomatologia de PSPT após uma violação recente. O modelo destaca a relação entre trauma sexual infantil e vulnerabilidade à vitimização sexual e física durante a vida adulta, evidencia ainda que a sintomatologia de PSPT após violação é atribuível ao impacto cumulativo de estressores de trauma sexual infantil e vitimização adulta anterior. Finalmente defende que o abuso sexual na infância representa um risco significativamente maior de vitimização subsequente e sintomatologia do que o abuso físico na infância. O presente estudo incorpora também o modelo de detenção-deterioração do suporte de Kaniasty e Norris (1993; Norris & Kaniasty, 1996), que sugere que um possível

caminho pelo qual o trauma prevê o *distress* psicológico envolve a perda ou diminuição de recursos chave para lidar com o trauma. Segundo este modelo, as exigências iniciais de trauma induzido naturalmente conduzem à deterioração do suporte, o que por sua vez, resulta em *distress* psicológico. Uma adaptação geral deste modelo sugere que um novo trauma produz excesso de exigências de recursos, o que resulta na erosão dos mesmos especialmente para aqueles indivíduos a quem já faltam recursos, precisamente quando mais necessitam deles (Hobfoll, 1989, 1998).

II – Metodologia

1. Objetivos

O objetivo principal do estudo é analisar as diferenças entre as mulheres vítimas de trauma infantil e mulheres sem trauma ao nível da perda de recursos psicossociais, da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) e da revitimização, tal como a relação entre as variáveis e respetivos preditores, numa amostra de 767 mulheres, utentes da consulta de planeamento familiar dos cuidados de saúde primários, para além de contribuir para a criação de programas futuros de intervenção nas vítimas de mau trato infantil.

2. Design

O estudo é quantitativo e tem um design transversal e correlacional, os dados são avaliados num único momento ao nível das relações entre as diferentes variáveis (Almeida & Freire, 2003).

3. Variáveis

As variáveis em estudo decorreram da revisão da literatura e no seguimento dos objetivos e hipóteses traçados.

- 1) Variáveis Clínicas: gravidez atual, história de gravidez, perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT), história de abuso na idade adulta, trauma na infância e perceção de perda de recursos;

- 2) Variáveis Sociodemográficas: idade, área de residência, habilitações literárias, estatuto profissional atual, estado civil, religião, rendimento anual e número de filhos.

4. Hipóteses

- 1) Espera-se que haja diferenças significativas entre as mulheres vítimas de trauma infantil versus as mulheres que não foram vítimas, utentes da consulta de planeamento familiar ao nível da perda de recursos, morbilidade psicológica (PSPT) e revitimização.

- 2) Espera-se encontrar:
 - a) Uma relação positiva significativa entre o trauma infantil (abuso sexual e abuso físico/emocional), a PSPT, a perda de recursos e a revitimização.

- 3) Espera-se que:
 - a) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para a PSPT;
 - b) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para a perda de recursos;
 - c) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para a deteção de violação na idade adulta;
 - d) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para o assédio sexual na idade adulta;
 - e) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para a tentativa de ameaça sexual na idade adulta.

5. Análises Exploratórias

Para além da análise das hipóteses principais pretende-se investigar a influência das variáveis sociodemográficas (rendimento anual e número de filhos) na morbilidade psicológica, perda de recursos e revitimização.

6. Seleção e Recolha da Amostra

Este estudo é constituído por mulheres inscritas na consulta do Planeamento Familiar (PF) que voluntariamente participaram na investigação, sendo, por isso, uma amostra de conveniência (Almeida & Freire, 2003).

Os critérios de inclusão foram os seguintes: utentes do sexo feminino, na medida em que na literatura verifica-se que a associação entre saúde mental e física debilitada e a violência é mais prevalente em mulheres, com consequências que persistem ao longo do tempo (Choudhary, Coben, & Bossarte, 2008); idades entre os 18 e os 65 anos, uma vez que se inserem no período previsto para a realização da consulta do planeamento familiar; ausência de história pessoal de doença oncológica, mental ou neurológica; e competências mínimas de leitura, escrita e compreensão. Os critérios de exclusão consistiram em: ter doença oncológica e apresentar algum tipo de défice cognitivo.

As mulheres, seleccionadas de acordo com estes critérios foram recolhidas na Unidade de Saúde Familiar (USF) “Nós e Vós Saúde” do ACES Alto Ave, Centro de Saúde de Fafe, e outros Centros de Saúde do Norte que aceitaram colaborar no estudo e com os quais foi estabelecido um protocolo, após o estudo ter sido aprovado pela ARS Norte (Anexo I).

Os profissionais de saúde referenciaram e reencaminharam as participantes ao longo do estudo. A partir do contacto telefónico das participantes, era marcado um horário para a participante (no dia e hora da consulta) para preencherem os questionários (Anexo III), sendo explicado o carácter voluntário e confidencial da participação. A participação ocorreu num único momento, após preenchimento do consentimento informado (Anexo II).

7. Caracterização da Amostra

7.1 Caracterização Sociodemográfica

Na tabela 1 apresenta-se as características *sociodemográficas* da amostra ($N = 767$), e conforme o grupo de pertença, correspondendo cada grupo a uma percentagem da amostra total: o Grupo que inclui as mulheres com trauma infantil ($n = 480$) corresponde a 62.6% da amostra total e o Grupo que abarca as mulheres sem trauma ($n = 287$) corresponde a 37.4%. Só foram realizados testes de diferenças entre grupos nas variáveis com número suficiente de sujeitos nas várias células para permitir uma interpretação adequada dos resultados (Pallant, 2001).

Conforme os dados, a idade das participantes varia entre os 18 e os 65 anos, com uma média de 36.31 ($DP = 11.16$). A variável idade foi categorizada em 18-29 anos; 30-39 anos e

40-65 anos. Na amostra existem mais mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos ($n = 289$), o que corresponde a 37.7%, seguido da classe etária dos 18-29 anos ($n = 243$), o que corresponde a 31.7%, e por fim, a percentagem de mulheres com idades entre os 30 e os 39 anos é de 30.6%, representando 235 mulheres. Comparando os dois grupos, trata-se de uma amostra onde o maior número de participantes possui idades entre os 40 e os 65, as diferenças etárias não são significativas ($\chi^2 = .936$; $p = .626$).

Quando questionadas sobre o *meio onde vivem* 50.6% da amostra total afirmam residir no meio urbano, no grupo das mulheres com trauma infantil, 51.7% habitam no meio rural enquanto no grupo das mulheres sem trauma a percentagem é de 51.2. Também a este nível não se verificam diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 = .599$; $p = .439$).

Quanto à *escolaridade*, de acordo com a sua categorização (Ensino não superior e Ensino superior), as habilitações literárias das mulheres podem ser consideradas baixas. Verifica-se que apenas 25.3% das mulheres frequentaram o ensino superior e 74.7% referem ter um grau de escolaridade correspondente ao ensino não superior (ensino secundário e terceiro ciclo).

No que respeita ao *estatuto profissional atual*, verifica-se que 70.9% das mulheres estão profissionalmente ativas, o que equivale a 544 participantes. No grupo das mulheres com trauma infantil, 70.8% estão empregadas, sucedendo-se o mesmo com 71.1% das mulheres sem trauma, não se verificando assim, diferenças significativas ($\chi^2 = .005$; $p = .942$).

Quanto ao *estado civil*, a generalidade das mulheres nos dois grupos são casadas: 51% no grupo das mulheres com trauma infantil e 54.4% no grupo das mulheres sem trauma. Uma minoria vive em união de facto ou é divorciada ou viúva. Nesta variável não se registam diferenças significativas ($\chi^2 = 2.649$; $p = .618$).

No total da amostra, a *religião* das mulheres é maioritariamente a religião católica, variando na prática. 50.5% das mulheres são católicas praticantes, 43.5% são católicas não praticantes, sendo as restantes de outras religiões ou sem religião. Também a este nível não se verificam diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 = 4.937$; $p = .294$).

Tendo em consideração o *rendimento anual*, 66.8% das mulheres auferem em média menos de 6.000 euros, seguido de 23.5% correspondente à classe entre os 6.000 e os 12.000 euros, e uma pequena percentagem auferem mais de 12.000 euros (9.8%). Também nos dois grupos, a maioria das participantes recebem em média menos de 6.000 euros por ano, não se verificando diferenças significativas ($\chi^2 = 1.068$; $p = .586$).

Finalmente e no que concerne ao *número de filhos*, é possível constatar que grande parte da amostra tem entre um ou mais filhos (62.2%), sendo que as restantes não têm filhos. O mesmo acontece no grupo de mulheres com trauma infantil (64.4%) e no grupo sem trauma (58.5%), não se registrando igualmente diferenças significativas ($\chi^2 = 2.604$; $p = .107$).

Em conclusão, observa-se que os dois grupos são equivalentes em termos das características sociodemográficas.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra e por subamostra com trauma infantil e sem trauma infantil

	Amostra (N = 767)		Trauma Infantil				χ^2*	p
			Sim (n = 480; 62.6%)		Não (n = 287; 37.4%)			
	n	%	n	%	n	%		
Idade	M = 36.31 DP = 11.16		M = 36.19 DP = 11.03		M = 36.52 DP = 11.40		58.16	.127
Idade Categorizada								
18-29	243	31.7	150	31.3	93	32.4		
30-39	235	30.6	153	31.9	82	28.6	.936	.626
40-65	289	37.7	177	36.9	112	39		
Em que meio vive?								
Rural	379	49.4	232	48.3	147	51.2	.599	.439
Urbano	388	50.6	248	51.7	140	48.8		
Escolaridade								
Primeiro ciclo	75	9.8	41	8.5	34	11.8		
Segundo ciclo	84	11	52	10.8	32	11.1		
Terceiro ciclo	155	20.2	96	20	59	20.6	6.943	.225
Ensino secundário	248	32.3	149	31	99	34.5		
Frequência universitária	34	4.4	25	5.2	9	3.1		
Licenciatura/Bacharelato	171	22.3	117	24.4	54	18.8		
Escolaridade categorizada								
Ensino não superior	573	74.7	344	71.7	229	79.8	6.274	.012**
Ensino superior	194	25.3	136	28.3	58	20.2		
Estatuto profissional atual								
Empregada	544	70.9	340	70.8	204	71.1	.005	.942
Não empregada	223	29.1	140	29.2	83	28.9		

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra e por subamostra com trauma infantil e sem trauma infantil (cont.)

Estado civil							
Casada	401	52.3	245	51	156	54.4	
União de facto	65	8.5	42	8.8	23	8	
Solteira	235	30.6	146	30.4	89	31	2.649 .618
Divorciada/separada	51	6.6	36	7.5	15	5.2	
Viúva	15	2	11	2.3	4	1.4	
Religião							
Católica praticante	387	50.5	233	48.5	154	53.7	
Católica não praticante	334	43.5	213	44.4	121	42.2	
Protestante/Evangélica	10	1.3	8	1.7	2	.7	4.937 .294
Sem religião	33	4.3	23	4.8	10	3.5	
Outra	3	.4	3	.6	0	0	
Rendimento anual							
Menos de 6.000€	512	66.8	322	67.1	190	66.2	
Entre os 6.000 e os 12.000€	180	23.5	108	22.5	72	25.1	1.068 .586
Mais de 12.000€	75	9.8	50	10.4	25	8.7	
Número de filhos							
0	290	37.8	171	35.6	119	41.5	2.604 .107
1 ou mais	477	62.2	309	64.4	168	58.5	

Nota. * Só se referem os valores do χ^2 quando existe n suficiente por célula para a interpretação dos resultados.

** $p < .01$.

7.2 Caracterização Clínica

Na tabela 2 apresenta-se as características clínicas da amostra ($N = 767$), e conforme o grupo de pertença. Como para as variáveis sociodemográficas, só foram realizados testes de diferenças entre grupos nas variáveis com número suficiente de sujeitos nas várias células para permitir uma interpretação adequada dos resultados (Pallant, 2001).

No que respeita ao *estatuto de gravidez no momento de avaliação*, constata-se que a maior parte das mulheres não se encontravam grávidas (94.9%). No grupo das mulheres vítimas de trauma infantil 96.7% relatam não estar grávidas, o mesmo acontece com 92% das mulheres sem trauma. Verificam-se diferenças significativas nesta variável ($\chi^2 = 8.153$; $p = .004$). Não obstante, quando questionadas sobre uma *gravidez prévia*, uma grande

percentagem de mulheres da amostra assentem (63.2%). No grupo das mulheres vítimas de trauma infantil, 65% referem já terem estado grávidas, no grupo sem trauma regista-se 60.3%, não se assinalando diferenças significativas ($\chi^2 = 1.722$; $p = .189$).

Na tabela 2 apresenta-se ainda os resultados das variáveis de *abuso na idade adulta e na infância*. A análise dos itens que avaliam o abuso na idade adulta indicam que 2.1% das mulheres foram vítimas de *violação*, 2% foram vítimas de assédio e 2.5% referem ter sido vítimas de *ameaça sexual*. 3.1% das mulheres do grupo com trauma infantil foram vítimas de *violação*, tal como .3% no grupo sem trauma. No que concerne ao *assédio*, 2.7% das mulheres no grupo com trauma infantil e .7% do grupo sem trauma foram vítimas de assédio. A *ameaça sexual* é aludida por 3.5% das mulheres do grupo com trauma infantil e .7% no grupo sem trauma. Aqui verificam-se diferenças estatísticas significativas ($\chi^2 = 12.93$; $p = .024$).

O *Questionário de Trauma Infantil (CTQ)*, utilizado para medir o abuso na infância, inclui duas subescalas (abuso sexual e abuso físico/emocional). Relatos de abuso infantil foram comuns, 62.6% das mulheres relataram ser vítimas de pelo menos uma forma de abuso. O *abuso físico/emocional infantil* foi a forma mais comum, reportado por 61.8%. 5.2% das mulheres revelaram ter sido vítimas de abuso sexual na infância. Finalmente, 4.4% reportaram ser vítimas de ambas as formas de abuso.

A *perda de recursos*, particularmente recursos de condições, materiais, interpessoais e de energia, foram comuns. 87.1% das mulheres experienciaram pelo menos alguma perda durante os três meses anteriores à realização deste estudo. Nas mulheres com trauma infantil, a percentagem é de 91.9 e nas participantes sem trauma foi de 79.1%, registando-se assim, diferenças estatísticas significativas ($\chi^2 = 26.099$; $p = .000$).

Por fim, 5.3% das mulheres referem terem tido um período nas suas vidas em que se sentiram muito perturbadas ou incomodadas devido ao abuso sexual ou outro abuso que tivessem vivido. O grupo das mulheres vítimas de trauma infantil reporta 7.7% enquanto o outro grupo reporta 1.4%, verificando-se diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 = 14.15$; $p = .000$). Conforme pesquisas anteriores sobre os níveis de severidade de PSPT (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993; Nishith et al., 2000), resultados entre 10 e 20 foram considerados moderados, e resultados acima de 28 foram considerados severos. Os resultados indicaram que 1.7% apresentaram sintomas de nível moderado e .5% reportaram níveis severos de PSPT. Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos ($\chi^2 = .327$; $p = .567$).

Em suma, através da análise das variáveis clínicas, podemos concluir que os dois grupos são equivalentes na maioria das variáveis estudadas. Verificaram-se diferenças

significativas entre os grupos nas medidas de gravidez atual, abuso sexual na idade adulta, perda de recursos e sintomatologia de PSPT, nomeadamente o grupo das mulheres com trauma infantil é o que apresenta mais pessoas grávidas, índices mais elevados de abuso sexual na idade adulta, perda de recursos e sintomatologia de *stress* pós-traumático. Estas diferenças serão tidas em conta na interpretação dos resultados.

Tabela 2

Características clínicas da amostra e por subamostra com trauma infantil e sem trauma infantil

	Amostra (N = 767)		Trauma Infantil				χ^2^*	p
			Sim (n = 480;62.6%)		Não (n = 287;37.4%)			
	n	%	n	%	n	%		
Está grávida?								
Sim	39	5.1	16	3.3	23	8	8.153	.004**
Não	728	94.9	464	96.7	264	92		
Já esteve grávida?								
Sim	485	63.2	312	65	173	60.3	1.722	.189
Não	282	36.8	168	35	114	39.7		
História de Abuso na Idade Adulta								
Deteção de violação								
Sim	16	2.1	15	3.1	1	.3		
Não	751	97.9	465	96.9	286	99.7		
Assédio								
Sim	15	2	13	2.7	2	.7	12.93	.024*
Não	752	98	467	97.3	285	99.3		
Ameaça sexual								
Sim	19	2.5	17	3.5	2	.7		
Não	748	97.5	463	96.5	285	99.3		
História de Abuso na Infância								
Abuso sexual								
Sim	40	5.2						
Não	727	94.8						
Abuso físico/emocional								
Sim	474	61.8						
Não	293	38.2						

Tabela 2

Características clínicas da amostra e por subamostra com trauma infantil e sem trauma infantil (cont.)

Abuso na Infância Combinado									
(Abuso sexual e abuso físico/emocional)	34	4.4							
Perda de Recursos									
Sim	668	87.1	441	91.9	227	79.1			
Não	99	12.9	39	8.1	60	20.9	26.099	.000**	
Sintomatologia de PSPT									
Sim	41	5.3	37	7.7	4	1.4			
Não	726	94.7	443	92.3	283	98.6	14.15	.000**	
Níveis de severidade de PSPT									
10-20 (moderado)	13	1.7	12	2.5	1	.3			
> 28 (severo)	4	.5	4	.8	0	0	.327	.567	

Nota. * Só se referem os valores do χ^2 quando existe n suficiente por célula para a interpretação dos resultados.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

8. Instrumentos

8.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

O *Questionário Sociodemográfico e Clínico*, de Costa e McIntyre (2002) inclui variáveis relevantes para a caracterização da amostra, tais como, idade, área de residência, habilitações literárias, estatuto profissional atual, estado civil, religião, rendimento anual, gravidez atual, história de gravidez passada e número de filhos. Este instrumento é constituído por 10 itens, que inclui questões abertas e de escolha múltipla.

8.2 Questionário da Conservação de Recursos (Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire - COR-E)

O Questionário da Conservação de Recursos (*Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire*) (COR-E) é um instrumento de avaliação criado a partir da Teoria de Conservação de Recursos. Trata-se de um modelo explicativo do stress (Hobfoll, 1989). Este instrumento foi criado para medir o grau em que as mulheres encontraram condições *stressantes* que resultam na perda de condições (e.g. saúde, emprego, educação), material (e.g.

transporte, casa), recursos de energia (dinheiro, crédito) e de características pessoais (e.g. sentimento de esperança e de controlo). Este questionário foi desenhado para avaliar os ganhos e as perdas de recursos.

A versão original do COR-E, com 74 itens, foi testada numa amostra de 95 homens e 160 mulheres (Hobfoll & Lilly, 1993). Os itens do COR-E integram diferentes tipos de recursos: recursos de trabalho, recursos pessoais – autoestima, eficácia, bem-estar, recursos materiais, recursos de energia, recursos interpessoais – família, e recursos interpessoais – geral. O COR-E é respondido através de uma escala de *Likert*, pontuada de 1 a 7. Na sua versão original, este inclui a perda e ganhos de recursos em vários momentos.

Na versão original do questionário, em termos de fidelidade, Hobfoll e Lilly (1993) encontraram coeficientes entre os .55 e os .64, para as medidas de perda de recursos e ganhos recentes; e entre .64 aos .67. para as medidas de perda e ganho durante o último ano.

O COR-E foi também avaliado numa amostra portuguesa de 200 mulheres em risco sexual para o VIH/SIDA (Costa, 2006). A versão utilizada neste estudo foi uma adaptação da versão de Hobfoll e Schroder (2001). Neste estudo português excluiu-se as categorias de *stress* parental e de *stress* no trabalho devido às características da amostra (mulheres jovens maioritariamente sem filhos e sem actividade profissional). Assim, a versão portuguesa do COR-E (Costa, 2006) é constituída por 40 itens do Questionário de Conservação de Recursos – Avaliação (COR-E; Hobfoll, 2002). Nesta versão foram avaliadas as condições de *stress* que resultaram na perda de recursos, apenas nos últimos três meses. De acordo com Costa (2006), os resultados obtidos a partir deste estudo constituem apenas um estudo piloto das características psicométricas da amostra em estudo, dado o número da amostra não permitir a validação do instrumento. Não obstante, os dados que resultaram deste estudo são uma referência valiosa aquando da utilização do instrumento noutras amostras investigadas, especialmente populações de língua portuguesa.

A versão portuguesa do COR-E (Costa & McIntyre, 2002), avaliada com 200 mulheres em risco para o VIH/SIDA apresentou um alfa de .90 para o total da escala. Os coeficientes de *Cronbach* encontrados para as cinco subescalas do COR foram os seguintes: .93 para o *stress* social, .82 para o *stress* na saúde, .86 para o *stress* no tempo, .93 para o *stress* nas condições domésticas/ferramentas, e .95 para o *stress* financeiro (Costa, 2006). Procedeu-se ainda à análise da fidelidade teste-reteste para a escala, tendo-se verificado que, ao longo de 7 meses, o COR-E apresentou uma boa estabilidade, com as correlações a variar entre os .48 e os .87 (Costa, 2006).

Análise das Características Psicométricas do Questionário da Conservação de Recursos – COR (*Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire*) (40 itens) na Amostra em Estudo

A versão utilizada neste estudo foi a traduzida e adaptada por Costa e McIntyre (2002), com o acréscimo da subescala de *stress* no trabalho que pertencia à versão original de Hobfoll e Schoroder (2001). Assim, a versão usada com mulheres portuguesas ($N = 767$) inclui 40 itens do Questionário de Conservação de Recursos (COR-E; Hobfoll, 2002), com seis subescalas: *stress* financeiro, *stress* com condições de alojamento/condições domésticas, *stress* com o tempo, *stress* relacionado com a saúde, *stress* social, e *stress* com o trabalho.

Tal como na versão experimental portuguesa (Costa, 2006), o formato de resposta é uma escala *Likert* de 3 pontos (0 = *nenhuma ameaça ou perda*, 1 = *alguma ameaça ou perda*, e 2 = *muita ameaça ou perda*), havendo ainda uma categoria adicional (“*não se aplica*”), na eventualidade do item não ir ao encontro das condições de vida das mulheres participantes. A resposta a cada um dos itens do questionário pretende avaliar até que ponto as mulheres portuguesas questionadas vivem confrontadas com condições de *stress* que resultaram na perda de recursos, nos últimos três meses. Os valores mais elevados indicam maior *stress* por parte destas mulheres. Os dados relativos às características psicométricas na amostra são referentes ao único momento de avaliação e envolvem o total da amostra estudada ($N = 767$).

Fidelidade

A fidelidade das seis subescalas do COR (*stress* social, *stress* na saúde, *stress* no tempo, *stress* financeiro, *stress* relacionado com as condições domésticas, e *stress* no trabalho) foi avaliada através do cálculo dos coeficientes alfa de *Cronbach* (consistência interna).

No presente estudo obteve-se ao nível da análise de consistência interna dos 40 itens um valor global de alfa de .93 (Anexo IV – Quadro 1).

O estudo de fidelidade da escala do *stress* no trabalho (7 itens) revelou um alfa de *Cronbach* de .97. Todos os itens revelam boa correlação com o total da subescala *stress* no trabalho (o coeficiente de correlação varia de .59 a .63). Uma análise das restantes subescalas, permite verificar que os itens das subescalas *stress* social, *stress* na saúde, *stress* no tempo, *stress* nas condições domésticas/ferramentas e o *stress* financeiro, apresentam boas correlações com os totais das respetivas subescalas (todos $\geq .20$).

Os coeficientes de *Cronbach* encontrados nesta amostra para as 6 subescalas foram os seguintes: .70 para o *stress* social, .60 para *stress* na saúde, .76 para o *stress* no tempo, .78

para o *stress* nas condições domésticas/ferramentas, .91 para o *stress* financeiro e .97 para o *stress* no trabalho (Anexo IV– Quadros 2, 3, 4, 5, 6 e 7). Em comparação com os resultados do estudo de Costa (2006), com mulheres portuguesas em risco sexual, os resultados são semelhantes e igualmente satisfatórios.

Em suma, atendendo aos resultados obtidos, a versão do COR-E utilizada neste estudo apresenta elevada consistência interna para todas as subescalas e para a escala global.

8.3 Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PSPT (PTSD Symptom Scale: Self-Reported - PSS-SR)

O *PSPT Symptom Scale: self-reported* é um instrumento criado e desenvolvido por Foa e colaboradores (1993), que tem como objetivo avaliar a presença e severidade de sintomatologia de Perturbação de *Stress* Pós-Traumática (PSPT) em pessoas com história de trauma.

Esta escala é constituída por 17 itens que diagnosticam a presença de PSPT de acordo com os critérios do DSM-III-R (que são os mesmos das versões mais recentes do DSM) e avaliam o nível de severidade da sintomatologia da PSPT. Cada um dos itens da escala corresponde a um dos critérios de diagnóstico para PSPT. Os itens deste instrumento foram agrupados pelos autores de acordo com diferentes dimensões de sintomas (preconizadas pelo DSM-III-R e que são as mesmas das versões mais recentes do DSM): *reviver* (5 itens), *evitamento* (7 itens) e *ativação* (5 itens). Efetua-se o diagnóstico de PSPT quando se observa, um mínimo, de um sintoma de reviver, três de evitamento e dois de ativação. A PSS é respondida numa escala de 4 pontos (0 = nada, 1 = um pouco, 2 = moderadamente, e 3 = muito) e o total de severidade é calculado a partir da soma das classificações de severidade para os 17 itens. É um instrumento de avaliação de aplicação breve, na medida em que demora em média 5 a 10 minutos a administrar.

Aquando da validação da primeira versão da escala, com a PSS-I (*Interview*), os autores (Foa et al., 1993) administraram-na numa amostra de mulheres vítimas de violação recente ($n = 118$). Os resultados ao nível das análises de consistência interna revelaram um alfa de *Cronbach* de .85 para a escala total. Os valores da correlação dos itens com o total da escala variaram entre os .11 e .62. Os coeficientes de alfa para as subescalas de sintomas foram de .69 para “reviver”, .65 para “evitamento”, e .71 para “ativação”. Posteriormente, a PSS-SR (*Self-Reported*) foi administrada no decorrer de uma investigação com 44 mulheres vítimas de abuso nas últimas duas semanas, tendo, neste estudo, revelado um alfa de

Cronbach de .91 para a escala total, embora se reconheça que esta amostra é pequena para se tirar conclusões definitivas. A correlação dos itens com o total da escala variou de .27 até .77. Os alfa de *Cronbach* para as subescalas foram de .78 para “reviver”, .80 para “evitamento”, e .82 para “ativação”. Os autores (Foa et al., 1993) também realizaram análises de fidelidade para o total da escala no seguimento de um mês, numa amostra de 29 participantes. Os resultados demonstraram valores de .74. para o total da escala, de .66 para a subescala reviver, de .56 para a subescala de evitamento, e de .71 para a subescala ativação. Estes resultados sugerem que a PSS-SR possui uma boa estabilidade temporal.

Em Portugal, Costa (2006) utilizou uma versão experimental desta escala aquando do desenvolvimento de uma investigação com mulheres jovens ($n = 200$) em risco para a infeção pelo VIH/SIDA. No entanto, optou-se por não efetuar análises relativas às características psicométricas do instrumento nesta amostra devido ao pequeno número de mulheres que possuíam PSPT ($n = 36$).

Análise das Características Psicométricas da Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (*PSPT Symptom Scale: self-reported* - PSS-SR) na Amostra em Estudo

A versão do *PSPT Symptom Scale Self-Reported* (PSS-SR) (Foa et al., 1993) utilizada no presente estudo foi, mais uma vez, a experimental portuguesa de Costa (2006). Na presente investigação a PSPT é avaliada somente no momento atual (últimas duas semanas). A PSS-SR avalia três dimensões distintas (reviver, evitamento e ativação) e é respondida numa escala de quatro pontos (0 = “nada” a 3 = “muito”).

No decorrer da presente investigação, as mulheres foram questionadas acerca da vivência de algum episódio de abuso sexual ou outro tipo de abuso. Neste seguimento, a PSS-SR só foi aplicada às mulheres que responderam afirmativamente a essa questão ($n = 41$). Assim, dado o pequeno número de participantes que responderam à escala (41 mulheres num universo de 767), optou-se por não analisar as suas características psicométricas.

8.4 Questionário de Abuso Sexual na Idade Adulta

O abuso sexual na idade adulta foi avaliado através de seis itens de um questionário designado *National Women's Study* (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993). O Questionário de Abuso Sexual na Idade Adulta é parte integrante do *Women's Health Study Questionnaire* (Hobfoll, 2002). A versão utilizada no presente estudo é a experimental portuguesa de Costa (2006). Assim, este instrumento é constituído por quatro itens para

deteção de violação, um item para assédio sexual e um item para tentativa de ameaça sexual. As respostas são dadas em termos de ocorrências: nunca, ou primeira ocorrência, ocorrência mais recente e o número total de ocorrências.

Este questionário apenas pretende descrever a ocorrência e frequência de eventuais abusos na idade adulta. Como tal, não se procedeu à análise das características psicométricas do mesmo.

8.5 Questionário de Trauma Infantil (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ)

O Questionário de Trauma Infantil (CTQ) é da autoria de Bernstein e colaboradores (1994), e foi desenvolvido com o objetivo de avaliar, de forma breve, situações de abuso e negligência na infância. Trata-se de um instrumento de autorrelato, que aborda vários tipos de experiências traumáticas na infância, tais como, negligência, abuso físico e abuso sexual. O CTQ analisa a existência de ocorrência ou não de experiências traumáticas, assim como, a sua frequência e duração.

Numa primeira versão experimental, o CTQ possuiu 70 itens. No entanto, após uma revisão da literatura, os autores concluíram que seria melhor retirar alguns itens menos pertinentes (e.g. abuso de substâncias). Após esta revisão surgiu o CTQ original, onde as respostas são classificadas numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (0 = “nunca verdadeiro”; 5 = “muitas vezes verdadeiro”). A pontuação global do CTQ obtém-se através da soma direta dos itens. Existe também uma versão mais reduzida do CTQ com apenas 28 itens (Bernstein et al., 2003).

No que se refere às características psicométricas do instrumento, estas foram analisadas no decorrer de um estudo de Bernstein e colaboradores (1994), com uma amostra de indivíduos com dependência de álcool e drogas ($n = 286$). No que concerne à validade de constructo do instrumento, a análise de componentes principais das respostas revelou quatro fatores por rotação *varimax*, representando 47.6% da variância total dos resultados. Os quatro fatores são: (1) abuso físico e emocional (23 itens), (2) negligência emocional (16 itens), (3) abuso sexual (6 itens), e (4) negligência física (11 itens). Relativamente à fidelidade, o alfa de *Cronbach* para os quatro fatores demonstram elevados níveis de consistência interna: .79 para o fator negligência física, .94 para o fator abuso físico e emocional, .92 para o abuso sexual, e .91 para a negligência emocional. O valor para a escala total é de .95.

Em Portugal, Costa e McIntyre (2002) utilizaram uma versão experimental portuguesa constituída por 11 de 14 itens da escala original adoptados por Hobfoll e colaboradores (2002)

no *Women's Health Study Questionnaire*. No que se refere à consistência interna da escala, a análise das correlações permitiu constatar que todos os itens apresentavam correlações acima de .47 com o total da mesma (variando dos .47 aos .58). Nas correlações do CTQ – abuso sexual com o total da escala, os valores obtidos situam-se acima dos .24, variando dos .24 aos .63. O coeficiente de fidelidade para a subescala CTQ – abuso físico e emocional foi de .74 e para a subescala CTQ – abuso sexual foi de .72. Estes dados revelam uma adequada consistência interna do instrumento. A análise das características psicométricas do instrumento na amostra portuguesa de Costa (2006) demonstra uma boa fidelidade.

Análise das Características Psicométricas do Questionário de Trauma Infantil (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ) na Amostra em Estudo

No nosso estudo foi utilizada uma versão experimental portuguesa de Veiga Costa e McIntyre (2002) constituída por 11 de 14 itens da escala original adotados por Hobfoll e colaboradores (2002) no *Woman's Health Study Questionnaire*. Os itens são respondidos numa escala de 5 pontos (0 = “nunca verdadeiro”, 1 = “raramente verdadeiro”, 2 = “as vezes verdadeiro”, 3 = “frequentemente verdadeiro” e 4 = “muitas vezes verdadeiro”) e avaliam o abuso físico/emocional (5 itens) e o abuso sexual (6 itens).

As características psicométricas do CTQ, na versão portuguesa utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade, à semelhança da escala original. Neste estudo, foram utilizados os dados obtidos ao único momento de avaliação, para se proceder à análise das propriedades psicométricas do CTQ.

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de *Cronbach*, separadamente para as subescalas abuso físico-emocional e abuso sexual, tal como efetuado pelos autores da escala original.

No presente estudo obteve-se ao nível da análise de consistência interna dos 11 itens um valor global de alfa de .78 (Anexo IV – Quadro 8).

A análise das correlações dos itens do CTQ – abuso físico e emocional com o total da escala, revelou que todos os itens apresentavam correlações acima de .52, variando dos .52 aos .69. Nas correlações do CTQ – abuso sexual com o total da escala, os valores obtidos situam-se acima dos .61, variando dos .61 aos .94. O coeficiente de fidelidade para a subescala CTQ – abuso físico e emocional é de .81 e para a subescala CTQ – abuso sexual é

de .94, o que revela uma adequada consistência interna em ambos os casos (Anexo IV – Quadros 9 e 10).

9. Análise dos Dados

Para testar a primeira hipótese, de forma a avaliar as diferenças nas variáveis psicológicas ao nível do trauma infantil, foram utilizados testes Mann-Whitney, dado que não se encontravam cumpridos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos. Na segunda hipótese foi usado um Coeficiente de Correlação de Spearman Rho e na terceira hipótese foram utilizadas cinco Regressões Logísticas com método *Enter*, dados os pressupostos para a utilização de estatística paramétrica também não estarem cumpridos. De acordo com a fórmula de cálculo do tamanho ideal da amostra de Tabachnick e Fidell (2007), que tem em consideração o número de variáveis preditoras, neste caso duas (abuso sexual e abuso físico/emocional), o tamanho da amostra do presente estudo ($N = 767$) é claramente superior ao mínimo ideal ($N = 66$).

Para as análises exploratórias foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman Rho para testar as relações entre as variáveis clínicas e o rendimento anual e entre as variáveis clínicas e o número de filhos novamente porque os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não se encontravam cumpridos.

III – Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados das hipóteses testadas, bem como das análises exploratórias.

Resultados dos Testes de Hipóteses

Hipótese 1: Espera-se que haja diferenças significativas entre as mulheres vítimas de trauma infantil versus as mulheres que não foram vítimas, utentes da consulta de planeamento familiar ao nível da perda de recursos, morbilidade psicológica (PSPT) e revitimização.

Os grupos para avaliar as vítimas e não vítimas de trauma infantil foram definidos no *software* IBM SPSS Statistics, de acordo com o Questionário de Trauma Infantil (CTQ) que avalia duas subescalas (abuso sexual; abuso físico/emocional), foi criada uma variável contendo a soma de todos os itens deste questionário, para resultados iguais a zero constatou-se a ausência de trauma infantil e para resultados superiores a zero verificou-se a presença de trauma. Através dos resultados verificou-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos ao nível da perda de recursos ($U = 51552.000$, $p < .01$), presença e severidade de

sintomatologia de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) ($U = 64578.500$, $p < .01$), deteção de violação ($U = 66971.000$, $p < .01$) e tentativa de ameaça sexual ($U = 66920.500$, $p < .01$), e diferenças marginalmente significativas ao nível do assédio sexual ($U = 67494.500$, $p < .05$). Assim, as participantes vítimas de trauma infantil são as que encontram situações mais *stressantes* que resultam na deterioração de recursos, relatam presença de sintomatologia de PSPT e abuso sexual na idade adulta nas suas várias componentes: deteção de violação, assédio sexual e tentativa de ameaça sexual. Os resultados dos testes de Mann-Whitney apresentam-se na tabela 3.

Tabela 3

Resultados dos Testes Mann-Whitney

Variável	Com trauma infantil	Sem trauma infantil	<i>U</i>
	(<i>n</i> = 480) Ordem Média	(<i>n</i> = 287) Ordem Média	
Perda de Recursos (Total)	420.10	323.62	51552.000**
PSS-SR (Total)	392.96	369.01	64578.500**
Deteção de Violação	387.98	377.35	66971.000**
Assédio Sexual	386.89	379.17	67494.500*
Tentativa de Ameaça Sexual	388.08	377.17	66920.500**

Nota. PSS-SR = PTSD Symptom Scale: Self-Reported.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Hipótese 2: Espera-se encontrar:

- a) Uma relação positiva significativa entre o trauma infantil (abuso sexual e abuso físico/emocional), a PSPT, a perda de recursos e a revitimização.

Através das análises verificou-se que existe uma associação positiva significativa, embora baixa, conforme Pallant (2001), entre o abuso físico/emocional e a perda de recursos ($r = .198, p < .01$), assim como, entre o abuso sexual e a perda de recursos ($r = .150, p < .01$), evidenciando que o trauma infantil está associado a uma deterioração de recursos que podem ser de condição, materiais, interpessoais e de energia. Foi encontrada uma associação positiva significativa, baixa (Pallant, 2001), entre o abuso físico/emocional e a presença de sintomatologia de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) ($r = .134, p < .01$), uma associação significativa, positiva, elevada (Pallant, 2001) foi descoberta entre o abuso sexual e a presença de sintomatologia de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) ($r = .607, p < .01$), demonstrando que o aumento do trauma infantil está relacionado com o aumento da morbidade psicológica (PSPT). Verificam-se igualmente associações significativas positivas entre as diferentes vertentes que compõem o questionário do abuso sexual na idade adulta e o trauma infantil. Assim, constata-se uma associação positiva baixa (Pallant, 2001), entre: o abuso sexual e a deteção de violação ($r = .131, p < .01$), o abuso sexual e o assédio sexual ($r = .221, p < .01$), o abuso físico/emocional e a tentativa de ameaça sexual ($r = .100, p < .01$) e entre o abuso sexual e a tentativa de ameaça sexual ($r = .109, p < .01$), bem como uma associação positiva, ainda que muito baixa, entre o abuso físico/emocional e o assédio sexual ($r = .079, p < .05$). Refere-se uma associação positiva significativa, embora baixa (Pallant, 2001), entre a deterioração de recursos e a presença de sintomatologia de PSPT ($r = .114, p < .01$), denotando-se que quanto maior a perda de recursos maior a presença de PSPT e vice-versa. Existe uma associação positiva, conquanto muito baixa (Pallant, 2001) entre a perda de recursos e a deteção de violação ($r = .072, p < .05$), e entre a perda de recursos e o assédio sexual ($r = .082, p < .05$), enquanto que entre a perda de recursos e a tentativa de ameaça sexual ($r = .159, p < .05$) verifica-se uma associação positiva, baixa (Pallant, 2001), evidenciando que quanto maior a perda de recursos maior a revitimização sofrida na idade adulta por estas mulheres. As subescalas do questionário sobre o abuso sexual na idade adulta associam-se significativamente com a presença de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, ou seja, a deteção de violação associa-se positivamente e de forma moderada (Pallant, 2001) com a presença de PSPT ($r = .434, p < .05$), por sua vez, entre o assédio sexual e a presença de PSPT ($r = .277, p < .05$), e entre a tentativa de ameaça sexual e a presença de PSPT ($r = .156,$

$p < .05$), as correlações são baixas (Pallant, 2001), evidenciando que as vítimas de revitimização apresentam mais diagnósticos de PSPT. Foi também encontrada uma associação positiva, significativa, elevada (Pallant, 2001) entre o assédio sexual e a detecção de violação ($r = .575, p < .01$) e uma associação positiva baixa (Pallant, 2001) entre a tentativa de ameaça sexual e a detecção de violação ($r = .213, p < .01$), reforçando a ideia de que as participantes vítimas de assédio sexual e/ou tentativa de ameaça sexual sofreram também violação e vice-versa. Evidencia-se ainda uma associação positiva, moderada (Pallant, 2001) entre a tentativa de ameaça sexual e o assédio sexual ($r = .341, p < .01$), isto é, as participantes tendem a experienciar as duas situações. Na tabela 4 são apresentados os resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman's Rho.

Não foram verificadas associações significativas entre as restantes variáveis.

Tabela 4

Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman's Rho

Variável	1	2	3	4	5	6	7
1. Abuso Físico-Emocional							
2. Abuso Sexual	.169**						
3. Perda de Recursos (Total)	.198**	.150**					
4. PSS-SR (Total)	.134**	.607**	.114**				
5. Detecção de Violação	.055	.131**	.072*	.434**			
6. Assédio Sexual	.079*	.221**	.082*	.277**	.575**		
7. Tentativa de Ameaça Sexual	.100**	.109**	.159*	.156**	.213**	.341**	
<i>M (DP)</i>	2.65 (3.58)	.37 (2.11)	13.17 (12.13)	.68 (3.78)	.03 (.24)	.02 (.14)	.02 (.16)

Nota. PSS-SR = PTSD Symptom Scale: Self-Reported.* $p < .05$. ** $p < .01$.

Hipótese 3: Espera-se que:

- a) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para a PSPT;
- b) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para a perda de recursos;
- c) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para a detecção de violação na idade adulta;
- d) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para o assédio sexual na idade adulta;
- e) Os diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional) contribuam de forma diferente para a tentativa de ameaça sexual na idade adulta.

Foram realizadas cinco regressões logísticas (Brace, Snelgar, & Kemp, 2012) com método *Enter*. Foi, por isso, tida em conta as relações entre as variáveis, testadas nas hipóteses. Assim, na primeira regressão, a variável dependente consiste na presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático (PSPT) e os preditores introduzidos, nos diferentes tipos de abuso (abuso sexual e abuso físico/emocional), visto que o trauma praticado na infância está relacionado positivamente com morbilidade psicológica. Um total de 767 casos foi analisado. O teste Hosmer–Lemeshow para a qualidade do ajustamento não foi significativo $\chi^2 (5, N = 767) = 5.279, p = .383$, o que sugere que o modelo se adequa aos dados. De forma geral, este modelo classifica corretamente 97.3% das suas previsões, com 56.1% das participantes diagnosticadas com PSPT a serem corretamente classificadas contra 99.6% dos diagnósticos de ausência de sintomatologia de PSPT a serem corretamente previstos. O modelo completo explicou cerca de metade da variância na variável PSPT (Nagelkerke $R^2 = .503$). Tendo em conta os resultados obtidos, dos preditores analisados apenas o abuso sexual prevê com confiança o desenvolvimento de sintomatologia de *stress* pós-traumático. Os valores dos coeficientes revelam que o aumento de uma unidade no resultado da subescala abuso sexual (CTQ) está associado com um aumento nas probabilidades de desenvolvimento de sintomatologia de *stress* pós-traumático por um fator de 2.63 (95% CI 1.97-3.53). Os resultados das variáveis predictoras da PSPT são apresentados na tabela 5.

Tabela 5

Resultados das variáveis Predictoras da PSPT

Predictores	Modelo Multivariado			
	OR			
	(95% CI)			
	OR	LCI	UCI	p-Value
Abuso Sexual (CTQ)	2.634	1.968	3.526	.000*
Abuso físico/emocional (CTQ)	1.077	.985	1.178	.102

* $p < .01$.

Na segunda regressão, a variável dependente consiste na perda de recursos e os preditores no abuso sexual e abuso físico/emocional, dado que também se correlacionam com a variável dependente. Um total de 767 casos foi analisado. O teste Hosmer–Lemeshow para a qualidade do ajustamento foi significativo $\chi^2 (5, N = 767) = 13.952, p = .016$, o que sugere que o modelo não se adequa aos dados. De forma geral, este modelo classifica corretamente 87.1% das suas previsões, onde 100% das participantes que apresentam perda de recursos foram corretamente classificadas, embora não exista percentagem de acerto (0%) no que consta à previsão da ausência de perda de recursos. O modelo explicou 3.3% da variância na variável perda de recursos (Nagelkerke $R^2 = .033$). Conforme os resultados obtidos, dos preditores analisados apenas o abuso físico/emocional prevê com confiança a perda de recursos nestas mulheres. Os valores dos coeficientes revelam que o aumento de uma unidade no resultado da subescala abuso físico/emocional (CTQ) está associado com um aumento nas probabilidades de perda de recursos por um fator de 1.15 (95% CI 1.05-1.26). Infere-se assim, que as participantes submetidas ao abuso físico-emocional são quem têm uma maior deterioração de recursos (de condição, materiais, interpessoais e de energia). Os resultados das variáveis predictoras da perda de recursos são apresentados na tabela 6.

Tabela 6

Resultados das variáveis Predictoras da Perda de Recursos

Predictores	Modelo Multivariado			
	OR			
	(95% CI)			
	OR	LCI	UCI	p-Value
Abuso Sexual (CTQ)	1.059	.911	1.231	.456
Abuso físico/emocional (CTQ)	1.151	1.051	1.261	.003*

* $p < .01$.

Na terceira regressão, a variável dependente consiste na detecção de violação e os preditores nos distintos tipos de trauma infantil, uma vez que este último contribui para a ocorrência de abuso sexual na idade adulta, e do mesmo modo para a revitimização. Um total de 767 casos foi analisado. O teste Hosmer–Lemeshow para a qualidade do ajustamento foi significativo $\chi^2 (5, N = 767) = 16.221, p = .006$, o que sugere que o modelo não se adequa aos dados. De modo geral, este modelo classifica corretamente 98% das suas previsões, onde 100% das participantes vítimas de violação na idade adulta foram corretamente classificadas como tal, apesar do modelo não acertar em nenhuma das suas previsões (0%) relativamente à ausência de detecção de violação. O modelo explicou 4.2% da variância na variável detecção de violação na idade adulta (Nagelkerke $R^2 = .042$). Dos preditores analisados apenas o abuso sexual prevê com confiança a detecção de violação. Os valores dos coeficientes revelam que o aumento de uma unidade no resultado da subescala abuso sexual (CTQ) está associado com um aumento nas probabilidades de detecção de violação por um fator de 1.15 (95% CI 1.05-1.27). Os resultados mostram que as mulheres vítimas de abuso sexual infantil são as que registam índices mais elevados de violação na idade adulta. Na tabela 7 são apresentados os resultados das variáveis predictoras da detecção de violação na idade adulta.

Tabela 7

Resultados das variáveis Predictoras da Detecção de Violação na idade adulta

Predictores	Modelo Multivariado			
	OR			
	(95% CI)			
	OR	LCI	UCI	p-Value
Abuso Sexual (CTQ)	1.153	1.047	1.270	.004*
Abuso físico/emocional (CTQ)	1.032	.911	1.168	.623

* $p < .01$.

Na quarta regressão, a variável dependente consiste no assédio sexual e os preditores nos distintos tipos de trauma infantil, uma vez que este último contribui para a ocorrência de abuso sexual na idade adulta, e do mesmo modo para a revitimização. Um total de 767 casos foi analisado. O teste Hosmer–Lemeshow para a qualidade do ajustamento não foi significativo $\chi^2 (5, N = 767) = 7.049, p = .217$, o que sugere que o modelo se adequa aos dados. De modo geral, este modelo classifica corretamente 98.3% das suas previsões, onde 100% das participantes vítimas de assédio sexual na idade adulta foram corretamente classificadas como tal, no entanto, relativamente à ausência de assédio sexual encontra-se uma taxa de 0% de sucesso. O modelo explicou 8.5% da variância na variável assédio sexual na idade adulta (Nagelkerke $R^2 = .085$). Dos preditores analisados apenas o abuso sexual prevê com confiança o assédio sexual. Os valores dos coeficientes revelam que o aumento de uma unidade no resultado da subescala abuso sexual (CTQ) está associado com um aumento nas probabilidades de assédio sexual por um fator de 1.19 (95% CI 1.08-1.30). Os resultados indicam que as participantes com registo de abuso sexual na infância são as mais propensas ao assédio sexual na idade adulta. Na tabela 8 são apresentados os resultados das variáveis predictoras do assédio sexual na idade adulta.

Tabela 8

Resultados das variáveis Predictoras do Assédio Sexual na idade adulta

Predictores	Modelo Multivariado			
	OR (95% CI)			
	OR	LCI	UCI	p-Value
Abuso Sexual (CTQ)	1.188	1.084	1.304	.000*
Abuso físico/emocional (CTQ)	1.086	.972	1.214	.143

* $p < .01$.

Na quinta e última regressão, a variável dependente consiste na tentativa de ameaça sexual e os preditores nos distintos tipos de trauma infantil, uma vez que este último contribui para a ocorrência de abuso sexual na idade adulta, e do mesmo modo para a revitimização. Um total de 767 casos foi analisado. O teste Hosmer–Lemeshow para a qualidade do ajustamento não foi significativo $\chi^2(5, N = 767) = 9.728, p = .083$, o que sugere que o modelo se adequa aos dados. De modo geral, este modelo classifica corretamente 97.8% das suas previsões, com 100% das participantes vítimas de tentativa de ameaça sexual na idade adulta corretamente classificadas e 0% de acerto para a ausência de tentativa de ameaça sexual. O modelo explicou 3.4% da variância na variável tentativa de ameaça sexual na idade adulta (Nagelkerke $R^2 = .034$). Somente o abuso físico/emocional mostrou conseguir prever com confiança a tentativa de ameaça sexual. Os valores dos coeficientes revelam que o aumento de uma unidade no resultado da subescala abuso físico/emocional (CTQ) está associado com um aumento nas probabilidades de tentativa de ameaça sexual por um fator de 1.01 (95% CI .820-1.24). Constata-se que as mulheres vítimas de abuso físico/emocional são quem tem mais probabilidade de sofrer tentativas de ameaça sexuais, contribuindo para a revitimização na idade adulta. Os resultados das variáveis predictoras da tentativa de ameaça sexual na idade adulta são apresentados na tabela 9.

Tabela 9

Resultados das variáveis Predictoras da Tentativa de Ameaça Sexual na idade adulta

Predictores	Modelo Multivariado			
	OR			
	(95% CI)			
	OR	LCI	UCI	p-Value
Abuso Sexual (CTQ)	1.010	.820	1.244	.924
Abuso físico/emocional (CTQ)	1.119	1.025	1.222	.012*

* $p < .05$.

Análises Exploratórias**Relação entre o rendimento anual e as variáveis clínicas**

Os resultados demonstram haver uma associação negativa fraca/baixa entre o rendimento anual e o abuso físico/emocional ($r = -.054$, $p = .134$), assim como, entre o rendimento anual e o abuso sexual ($r = -.048$, $p = .183$), o mesmo se observa para a presença simultânea de ambos os tipos de abuso e o rendimento ($r = -.087$, $p = .015$). Verifica-se igualmente uma associação negativa fraca entre o rendimento anual e a perda de recursos ($r = -.010$, $p = .788$). Os resultados demonstram ainda associações negativas fracas entre o rendimento anual e a presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático ($r = -.025$, $p = .494$), entre o rendimento anual e o assédio sexual ($r = -.014$, $p = .698$), e entre o rendimento anual e a tentativa de ameaça sexual ($r = -.014$, $p = .696$), revelando, assim, que quanto maior for o trauma infantil, perda de recursos, presença de PSPT, maiores índices de assédio sexual e tentativa de ameaça sexual, menor é o rendimento anual nestas mulheres e vice-versa.

Não foram verificadas relações significativas entre as restantes variáveis.

Relação entre o número de filhos e as variáveis clínicas

Os resultados demonstram haver uma associação significativa positiva, embora fraca/baixa entre o número de filhos e o abuso sexual ($r = .075$, $p < .05$), assim como, entre o número de filhos e o abuso físico/emocional ($r = .071$, $p < .05$) revelando, assim, que mulheres vítimas de trauma infantil possuem maior número de filhos.

Não foram verificadas relações significativas entre as restantes variáveis.

IV – Discussão dos Resultados

No que concerne à análise descritiva, as características sociodemográficas e clínicas da amostra indicam que se verifica uma prevalência próxima de muitos estudos. Vejamos, no presente estudo, 5.2% das mulheres referiram ter história de abuso sexual na infância, o que vai de encontro com o estudo de Edwards e colaboradores (2001) que relatam o mesmo para 5.9% da sua amostra. Dos resultados obtidos constatou-se ainda que 91.9% das mulheres que relataram história de abuso apresentavam maior perda de recursos, tal como o verificado pelo mesmo estudo de Edwards e col. (2001), onde se relatou altos níveis de *stress* nas vítimas de trauma infantil. 7.7% das mulheres com trauma infantil apresentam sintomatologia de *stress* pós-traumático (PSPT) em comparação com 1.4% das mulheres sem trauma, tal como Cloitre e colaboradores (2002) descobriram num estudo com mulheres com histórico de abuso na infância, onde se verificou uma maior percentagem de sintomatologia de PSPT nas vítimas de trauma infantil do que nas não vitimizadas. Por fim, verificou-se que 4.4% das mulheres com trauma infantil sofreram abuso sexual na idade adulta, contra apenas 0.4% das mulheres sem trauma, indo assim, de encontro à literatura (Classen et al., 2005; Windom et al., 2008), constatando-se maiores percentagens de vitimização futura entre vítimas de abuso infantil, em comparação com não vítimas.

Hipótese 1

No presente estudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre mulheres vítimas de trauma infantil versus as mulheres que não foram vítimas ao nível da perda de recursos. Estes achados vão de encontro com os estudos de Catania e colaboradores (2008; Johnson et al., 2007; Schumm et al., 2005; Walter & Hobfoll, 2009) ao verificar que as crianças com história de abuso na infância são frequentemente mais expostas à instabilidade e falham em aprender, ou não lhes são fornecidos os recursos necessários à sobrevivência. De igual forma, Walter e colaboradores (2010) afirmam que o abuso infantil interfere de forma única na aquisição e manutenção de recursos indispensáveis ao desenvolvimento das crianças.

Através dos resultados obtidos verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos ao nível da Perturbação de *Stress* Pós-traumático, o que é congruente com uma investigação de Fitzpatrick e colaboradores (2010) que demonstrou que sobreviventes de trauma infantil apresentam taxas elevadas de doença mental, entre as quais PSPT tal como Bonomi e colaboradores (2008) que relataram que uma combinação de diferentes formas de abuso infantil resulta numa saúde mental mais pobre na idade adulta.

Finalmente, o presente estudo indica ainda diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ao nível da deteção de violação, assédio sexual e tentativa de ameaça sexual na idade adulta, constituindo subescalas da revitimização. Estes achados vão de encontro à literatura revisada (Cloitre et al., 1996, Coid et al., 2001; Maker et al., 2001; Merrill et al., 1999), evidenciando que as mulheres que experienciaram trauma na infância estão em maior risco de vitimização futura em algum momento das suas vidas em comparação com mulheres que não relatam história de abuso. Também Grauerholz (2000) obteve resultados semelhantes ao demonstrar que as várias formas de vitimização infantil conduzem a novas vitimizações.

Hipótese 2

No presente estudo verificou-se uma relação positiva significativa entre o trauma infantil e a Perturbação de *Stress* Pós-traumático, ou seja, quanto maior for o trauma maior a presença de PSPT e vice-versa. Estes resultados vão de encontro com o estudo de Oswald e colaboradores (2010), que afirmam existir uma associação entre trauma infantil e alterações psicopatológicas, particularmente a PSPT. Vários autores dos quais se destacam Epstein e colaboradores (1997) e Widom (1999) reportaram frequências elevadas de abuso infantil, entre sujeitos com PSPT, o que revelou uma associação entre esta e o mau trato infantil. Também se evidencia uma relação positiva significativa entre o trauma infantil e a perda de recursos, o que significa que quanto maior for o trauma maior a perda de recursos, assim, tal como Maughan e Cicchetti (2002) relatam, o abuso infantil parece estar associado com a fraca aquisição e manutenção de recursos, privando as suas vítimas de aprender e desenvolver processos de aquisição de recursos interpessoais. Os resultados obtidos mostram existir ainda uma relação positiva significativa entre o abuso sexual e a vitimização na idade adulta, depreendendo-se que quanto maior for este tipo de abuso maior a revitimização sofrida nestas mulheres e vice-versa, o que vai de encontro com a literatura. Coid e colaboradores (2001) e Desai e colaboradores (2002) relatam essa mesma relação, ao identificar o abuso sexual como a experiência que coloca as vítimas particularmente em risco de vitimização subsequente.

Uma relação entre PSPT e revitimização foi encontrada no presente estudo, mostrando que quanto maior for o diagnóstico de PSPT maior será a revitimização e vice-versa. De acordo com a literatura, diversos estudos identificaram a PSPT como fator de risco para a revitimização sexual. Acierno e colaboradores (1999) constataram que o diagnóstico de PSPT aumentou o risco das mulheres para vitimização subsequente. Um estudo de Messman-Moore e colaboradores (2009) descobriu que sintomas característicos da PSPT como o

entorpecimento/evitamento emocional, dissociação e sintomas de hiperexcitação estão associados à vitimização. Esta relação pode formar um círculo de retorno no qual a vitimização sexual conduz à PSPT, que por sua vez aumenta o risco de revitimização e posteriormente aumenta os sintomas de PSPT.

Finalmente, foi encontrada uma relação positiva significativa entre a PSPT e a perda de recursos, demonstrando que quanto maior for a presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático maior a perda de recursos e vice-versa. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Hobfoll (1991) que associa o aparecimento e manutenção da PSPT a uma perda rápida de recursos materiais e psicossociais, estando assim a perda de recursos relacionada com um maior *stress* e diminuindo a probabilidade de atenuar os sintomas.

Hipótese 3

Através da realização de regressões logísticas, o presente estudo verificou que dos distintos tipos de trauma infantil (abuso sexual e abuso físico/emocional), o abuso sexual constitui o mais forte preditor que contribui decisivamente para o desenvolvimento da Perturbação de *Stress* Pós-traumático (PSPT), com o modelo a explicar cerca de metade da variância (50.3%). De facto, este resultado vai de encontro com o que a literatura refere, Fitzpatrick e colaboradores (2010) relatam que os sobreviventes de abuso sexual infantil apresentam as taxas mais altas de doença mental e problemas psicossociais mais tarde na vida. Arata (2000) realça também a relação entre o abuso sexual infantil e a Perturbação de *stress* Pós-traumático.

Estudos demonstram que as várias formas de vitimização infantil/exposição à violência constituem um importante fator de risco para a revitimização na idade adulta. Os resultados obtidos vão de encontro à literatura. Para o assédio sexual na idade adulta, o abuso sexual foi o preditor mais significativo, o modelo mostra-se adequado aos dados e explicou 8.5% da variância, por sua vez, para a tentativa de ameaça sexual na idade adulta foi o abuso físico/emocional, aqui também o modelo mostra-se ajustado aos dados e explicou 3.4% da variância. Num estudo de Tjaden e Thoennes (1998) constatou-se que grande parte da amostra, composta por mulheres relatou ter sido fisicamente ou sexualmente agredida em algum momento das suas vidas. Ainda e de acordo com Windom e colaboradores (2008), mulheres com história de vitimização física e sexual estão particularmente propensas à vitimização futura.

Análises Exploratórias

Relação entre o rendimento anual e as variáveis clínicas

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram haver uma associação negativa entre o rendimento anual e o abuso físico/emocional, assim como, entre o rendimento anual e o abuso sexual, ou seja, quanto maior for a presença de um destes tipos de abuso menor será o rendimento anual nestas mulheres. Estes achados vão de encontro aos estudos internacionais. Zielinski (2009) relata associações de longo prazo entre maus tratos na infância e realizações socioeconómicas posteriores. Mais especificamente, mostra, com alguma variabilidade na força das relações, que o abuso infantil, compreendendo o abuso sexual, físico/emocional, está associado com maior probabilidade de desemprego pessoal e familiar, pobreza, salário baixo e ausência de seguro de saúde (Widom, 1998). Os dados mostram ainda que existe de igual modo uma associação negativa entre ambas as formas de abuso o ocorrer em simultâneo e o rendimento anual, o que vai de encontro com o estudo de Zielinski (2009), onde se conclui que vítimas de múltiplos abusos mostraram quase o triplo do risco de desemprego futuro, ou de viverem em situação de pobreza, e quase o dobro do risco de auferir rendimentos baixos, evidenciando assim, uma associação entre os maus tratos multifacetados e o rendimento. Em suma, tal como os resultados deste estudo evidenciam, os maus tratos na infância nas suas diversas formas estão claramente associados com uma série de privações socioeconómicas na vida adulta.

Relação entre o número de filhos e as variáveis clínicas

No presente estudo descobriu-se uma associação positiva entre o abuso sexual, físico/emocional e o número de filhos. Assim, mulheres com história de trauma infantil demonstraram maior tendência a ter um número mais elevado de filhos. Estes resultados vão de encontro à literatura, por exemplo, num estudo que acompanhou 389 adolescentes e adultos, vítimas de agressão sexual, Holmes e colaboradores (1998) descobriram que das vítimas de agressão que voltaram para uma consulta médica de acompanhamento (em média 8 semanas após a agressão) e que foram sexualmente ativas desde a agressão, 73.3% reportaram ter relações sexuais sem o uso consistente de preservativo. Utilizando a mesma amostra, Whitmire e Harlow (1996) concluíram que mulheres universitárias que reportaram abuso sexual infantil foram menos assertivas acerca da utilização de métodos de controlo de natalidade. Não foram encontrados estudos com dados concretos sobre a associação entre o trauma infantil e número de filhos, deste modo, esta associação pode ser explicada pelos

comportamentos sexuais de risco e ausência de métodos de contraceção observáveis em mulheres vítimas de abuso, que culminará no nascimento de mais filhos.

10. Limitações do Estudo

Foram várias as limitações ao longo do estudo, podendo por isso, terem influenciado os resultados obtidos.

A principal limitação prende-se com o tamanho da amostra nalgumas variáveis, limitando o poder estatístico para testar o modelo proposto, visto que a amostra de mulheres com perturbação pós-*stress* traumático era constituída apenas por 41 participantes, o mesmo acontece com a amostra de mulheres que relatam revitimização na idade adulta, uma vez que somente 34 reportam deteção de violação ou assédio sexual ou ainda tentativa de ameaça sexual. Ainda quanto à amostra, o facto de esta ter sido recolhida exclusivamente na zona norte do país, constitui uma limitação, por não abranger na totalidade, as diversas características sociais da população, sugere-se por isso que na realização de estudos futuros se incorpore uma amostra mais diversificada, com representação de todas as zonas do país. Em terceiro lugar, o relato retrospectivo das memórias de abuso destas mulheres pode ter resultado em distorção (Widom & Morris, 1997). A investigação sobre as consequências emocionais do abuso infantil, entre grupos com e sem esse histórico, em diferentes momentos posteriores ao evento, poderia ampliar o conhecimento a respeito das consequências emocionais vivenciadas pelas mulheres portuguesas em relação a esse tipo de violência. Nesta ótica, a natureza do corte transversal do presente estudo não permite o estabelecimento de caminhos causais definitivos (Knutson, 1995). Sugere-se então, que em pesquisas futuras se contemple a realização de estudos longitudinais, caracterizados pela existência de um período de seguimento mais ou menos longo, dos indivíduos, com pelo menos dois pontos no tempo em que se recolhem dados. Estes estudos permitem estudar as mudanças de estado que ocorrem na população durante o período em que esta foi seguida, podendo assim, ser estudada a incidência do trauma (Anstey & Hofer, 2004; Rajulton, 2001). A divulgação do impacto sobre a sua qualidade de vida, além de fomentar a criação de companhias para a redução dos números desse tipo de violência e das consequências negativas e duradouras desse evento na vida dessas mulheres, pode ampliar o conhecimento da população sobre as medidas a serem tomadas após o evento.

11. Conclusões e Implicações para a Prática

O abuso infantil compreendendo o abuso sexual, físico e emocional relaciona-se e contribui para o desenvolvimento da Perturbação de *Stress* Pós-traumático (PSPT), estas experiências traumáticas precoces estimulam também um ciclo recorrente de perda de recursos de condições, materiais, interpessoais e de energia, e de violência na idade adulta sob a forma de violação, assédio sexual e tentativa de ameaça sexual, contribuindo ainda mais para a gravidade da PSPT. É necessário também salientar a importância dos fatores sociodemográficos, nomeadamente o rendimento anual e o número de filhos, no que diz respeito à dimensão do trauma infantil.

O presente estudo avança a compreensão da etiologia da PSPT entre as mulheres. Em primeiro lugar, avaliou vários tipos de abuso na infância, o que se torna importante porque o abuso sexual e o abuso físico/emocional infantil têm sido frequentemente estudados exclusivamente sem ter em conta o potencial para a revitimização, apesar de ambas as formas de abuso terem vindo a mostrar que conduzem à revitimização e desajustamento. Por explorar várias formas de abuso (infantil e na idade adulta), o estudo atual fornece um modelo mais abrangente para explicar a PSPT e ajuda a aumentar a consciência das múltiplas formas de violência interpessoal sofridas pelas mulheres. Em segundo lugar, os resultados deste estudo sugerem que as intervenções para mulheres com trauma infantil devem incorporar facetas destinadas a travar espirais de perda de recursos interpessoais e construir relações interpessoais saudáveis. Em terceiro lugar, os resultados confirmaram pesquisas anteriores, demonstrando elevadas taxas de abuso físico/emocional nas mulheres, reforçando a ideia de que as intervenções devem incluir a prevenção da violência interpessoal, juntamente com o rastreio e tratamento para a PSPT, por ser o impacto mais citado na literatura.

Devido à natureza interpessoal do abuso infantil, e revitimização posterior, o ciclo de trauma pode ter um efeito prejudicial, sensibilizando especificamente as mulheres para o impacto da perda de recursos. Deste modo, indivíduos capturados em ciclos de revitimização podem ser afetados por espirais de perda de recursos interpessoais em maior grau, do que em indivíduos que não reportam trauma infantil. É também possível que devido à natureza interpessoal dos ciclos de revitimização, esses traumas possam servir para limitar ainda mais o desenvolvimento de recursos interpessoais de *coping* (Schumm et al., 2004).

O trauma infantil é um fenómeno complexo que envolve aspetos psicológicos, sociais e jurídicos, com altos índices de incidência, e que pode ocasionar sérias alterações cognitivas, comportamentais e emocionais para a vítima. A complexidade do problema exige intervenções igualmente complexas que incluem a denúncia e o acompanhamento do caso nos

órgãos de proteção à criança, atendimento médico e psicológico para a vítima e acompanhamento da família de forma a garantir a proteção da criança de outras situações abusivas. Assim, o trabalho interdisciplinar e a constituição de uma rede de apoio social e afetiva eficaz são fundamentais para minimizar os prejuízos que a violência pode acarretar para a vítima e sua família. Este estudo pretende contribuir para a criação de programas futuros de intervenção nas vítimas de mau trato infantil com o objetivo de tratar as mulheres com PSPT, evitar a revitimização e amortecer a perda de recursos.

Sugere-se que em pesquisas futuras se contemple a realização de estudos longitudinais possibilitando assim, estudar as mudanças de estado que ocorrem na população durante o período em que esta é seguida, permitindo estudar a incidência e o impacto do trauma.

V – Referências bibliográficas

- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G., Saunders, B., & Best, C. L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: Examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 541–563. Retirado de <http://www.researchgate.net>
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós traumática do stress (PSPT): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Ata médica portuguesa, 16*, pp. 309-320. Retirado de <http://www.actamedicaportuguesa.com>
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 3ª edição. Braga: Psiquilíbrios edições.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (2004). *Child sexual abuse. Comparative quantification of health risks*. Geneva: WHO.
- Anstey, K. J., & Hofer, S. M. (2004). Longitudinal Designs, Methods and Analysis in Psychiatric Research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(3), pp. 93-104. doi:10.1111/j.1440-1614.2004.01343.x
- Arata, C. M. (2000). From child victim to adult victim: A model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreatment, 5*, 28–38. doi:10.1177/1077559500005001004

- Arata, C. M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology-Science and Practice, 9*(2), 135–164. doi:10.1093/clipsy.9.2.135
- Arias, I. (2004). The legacy of child maltreatment: Long-term health consequences for women. *Journal of Women's Health, 13*, pp. 468–473. doi:10.1089/1540999041280990
- Badura, A. S. (2003). Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 349–360. doi:10.1016/S0887-6185(02)00201-3
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress, 14*, pp. 697–715. doi:10.1023/A:1013085904337
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego-depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, pp. 1252-1265. doi:10.1037/0022-3514.74.5.1252
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 16*, pp. 101–118. doi:10.1016/0145-2134(92)90011-F
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy, 42*, pp. 1129–1148. doi:10.1016/j.brat.2003.08.008
- Benight, C. C., Ironson, G., Klebe, K., Carver, C. S., Wynings, C., Burnett, K., Greenwood, D., Baum, A., & Schneiderman, N. (1999). Conservation of resources and coping self-efficacy predicting distress following a natural disaster: A causal model analysis where the environment meets the mind. *Anxiety, Stress and Coping, 12*, pp. 107-126. doi:10.1080/10615809908248325
- Benotsch, E. G., Brailey, K., Vasterling, J. J., & Sutker, P. B. (2000). War zone stress, personal and environmental resources, and PSPT symptoms in Gulf War veterans: A longitudinal perspective. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, pp. 205–213. doi:10.1037/0021-843X.109.2.205
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, K., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry, 151*(8), 1132-1136. Retirado de <http://www.researchgate.net>

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Bloom, S. L. (2000). Creating sanctuary: Healing from systemic abuses of power. *Therapeutic Communities: The international Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 21(2), pp. 67–91. Retirado de <http://www.sanctuaryweb.com>
- Bolstad, B. R., & Zinbarg, R. E. (1997). Sexual victimization, generalized perception of control, and posttraumatic stress disorder symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 523–540. doi:10.1016/S0887-6185(97)00028-5
- Bonanno, G. A., Noll, J. G., Putnam, F.W., O'Neill, M., & Trickett, P. K. (2003). Predicting the willingness to disclose childhood sexual abuse from measures of repressive coping and dissociative tendencies. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, 8(4), 302–318. doi:10.1177/1077559503257066
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1995). Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PSPT-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1401–1421. Retirado de <http://www.unh.edu>
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. R., & Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, 32, pp. 693–701. doi:10.1016/j.chiabu.2007.10.004
- Brace, N., Snelgar, R., & Kemp, R. (2012). *SPSS for Psychologists*. 5 th. Inglaterra: Palgrave Macmillan.
- Bradley, R., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of Traumatic Stress*, 18, pp. 685–696. Retirado de <http://www.researchgate.net>
- Brassard, M. R., & Donovan, K. L. (2006). Defining psychological maltreatment. In M. M. Feerick, J. F. Knutson, P. K. Trickett, & S. M. Flanzer (Eds.), *Child abuse and neglect: Definitions, classifications, and a framework for research* (pp. 151–197). Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing.

- Breitenbecher, K. H. (2001). Sexual revictimization among women: A review of the literature focusing on empirical investigations. *Aggression and Violent Behavior, 6*, 415–432. Retirado de <https://www.ncjrs.gov>
- Breitenbecher, K. H., & Gidycz, C. A. (1998). An empirical evaluation of a program designed to reduce the risk of multiple sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence, 13*(4), 472–488. doi:10.1177/088626098013004004
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R., & Charney, D. S. (1993). Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The American Journal of Psychiatry, 150*, pp. 235–239. Retirado de <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). Second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry, 65*, pp. 431–437. doi:10.1001/archpsyc.65.4.431
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, pp. 748–66. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748
- Brezina, T. (1998). Adolescent maltreatment and delinquency: The question of intervening processes. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 35*, pp. 71–99. doi:10.1177/0022427898035001003
- Briere, J. (1992). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*. London: Sage Publications.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*, pp. 223–226. doi:10.1002/jts.20317.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence, 2*(4), 367–379. doi:10.1177/088626058700200403
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry, 144*(11), 1426–1430. Retirado de <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1995). Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PSPT-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse & Neglect, 19*(12), 1401–1421. Retirado de <http://www.unh.edu>

- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, *30*(3), 257–269. doi:10.1016/j.chiabu.2005.09.004
- Cascardi, M., & O’Leary, K. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, *7*, pp. 249–259. doi:10.1007/BF00994617
- Casey, E. A., & Nurius, P. S. (2005). Trauma exposure and sexual revictimization risk. *Violence Against Women*, *11*(4), 505–530. doi:10.1177/1077801204274339
- Cashmore, J., & Shackel, R. (2013). The long-term effects of child sexual abuse. *Child Family Community Australia*, *11*, pp. 1-29. Disponível em: <https://www3.aifs.gov.au/cfca/publications/long-term-effects-child-sexual-abuse> [Acedido em 16 de Março de 2013]
- Catania, J. A., Paul, J., Osmond, D., Folkman, S., Pollack, L., Canchola, J., Chang, J., & Neilands, T. (2008). Mediators of childhood sexual abuse and high-risk sex among men-who-have-sex with-men. *Child Abuse & Neglect*, *32*(10), 925–940. doi:10.1016/j.chiabu.2007.12.010
- Christian, C. W. (2012). Child physical abuse: An overview. MacMillan H, topic ed. In: Tremblay, R. E, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, pp. 1-9. Disponível em: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/ChristianANGxp1.pdf> [Acedido em 18 de Maio de 2013]
- Choudhary, E., Coben, J., & Bossarte, R. (2008). Gender and Time Differences in the Associations between Sexual Violence Victimization, Health Outcomes, and Risk Behaviors. *American Journal Men’s Health*, *2*(3), 254-9. doi:10.1177/1557988307313819
- Chu, J. A. (1992). The revictimization of adult women with histories of childhood abuse. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, *1*, 259–269. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In D. Cicchetti, & J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, vol. 2: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 32–71). John Wiley & Sons: Oxford, England.

- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse, 6*(2), 103–129. doi:10.1177/1524838005275087
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PSPT symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *The British Journal of Clinical Psychology, 38*, pp. 251–265. doi:10.1348/014466599162836
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Koenen, K., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PSPT related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074. doi:10.1037//0022-006X.70.5.1067
- Cloitre, M., Scarvalone, P., Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 437–452. doi:10.1002/jts.2490100309
- Cloitre, M. Rosenberg, A. (2006). *Sexual revictimization: Risk factors and prevention*. In V. M. Follette J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 321–361). New York : Guilford.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., & Portera, L. (1996). Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 473–482. doi:10.1002/jts.2490090306
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Society of Biological Psychiatry, 53*, 827-833. doi:10.1016/S0006-3223(02)01868-1
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 983-994. doi:10.1016/S0145-2134(00)00153-8
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2002). Addressing attributions in treating abused children. *Child Maltreatment, 7*(1), pp. 81-84. doi:10.1177/1077559502007001008
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect, 25*, 123-135. doi:10.1016/S0145-2134(00)00226-X
- Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., Chung, W., Richardson, J., & Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimization in women: A cross-sectional survey. *The Lancet, 358*, 450–454. doi:10.1016/S0140-6736(01)05622-7

- Collins, M. E. (1998). Factors influencing sexual victimization and revictimization in a sample of adolescent mothers. *Journal of Interpersonal Violence, 13*, 3–24. doi:10.1177/088626098013001001
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (Eds.). (2003). Complex trauma in children and adolescents. National Child Traumatic Stress Network. Retirado de <http://www.NCTSNet.org>
- Costa, E. (2006). Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção do Sida e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH. [Evaluation of efficacy of two psychoeducational interventions to HIV/ AIDS prevention and health promotion in women at risk for HIV]. Unpublished doctoral dissertation, University of Minho, Braga, Portugal.
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*. New York, USA: Basic Books.
- Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., & Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence & Victims, 17*(6), 639–653. Retirado de <https://www.ncjrs.gov>
- DGS (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Retirado de <http://www.adcl.org.pt>
- DiLillo, D., Michelle, A. F., Hayes, S. A., Trask, E., Perry, A. R., Messman-Moore, T., Fauchier, A., & Nash, C. (2006). Retrospective Assessment of Childhood Sexual and Physical Abuse: a comparison of scaled and behaviorally specific approaches. *Assessment, 13*(3), pp. 297–312. doi:10.1177/1073191106288391
- Edwards, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D. F., Felitti, V. J., Williamson, D. F., & Wright, J. A. (2001). Bias assessment for child abuse survey: Factors affecting probability of response to a survey about childhood abuse. *Child Abuse & Neglect, 25*, 307-312. doi:10.1016/S0145-2134(00)00238-6
- Ehlers, A., Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319–345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Elloitt, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children, 6*, pp. 314–331. doi:10.1177/1077559501006004005

- Ennis, N., Hobfoll, S. E., & Schröder, K. E. E. (2000). Money doesn't talk it swears: How economic stress and resistance resources impact inner-city women's depressive mood. *American Journal of Community Psychology*, 28, pp. 149-173. doi:10.1023/A:1005183100610
- Epstein, J. N., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (1997). Predicting PSPT in women with a history of childhood rape. *Journal of Traumatic Stress*, 10, pp. 573-588. doi:10.1023/A:1024841718677
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38(1), 79-92. doi:10.1037//0012-1649.38.1.79
- Feldman, C. M. (1997). Childhood precursors of adult interpartner violence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 307-334. doi:10.1111/j.1468-2850.1997.tb00124.x
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, pp. 1365-74. doi:10.1097/00004583-199610000-00024
- Fergusson, D. M., Swain-Campbell, N. R., & Horwood, L. J. (2002). Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychological Medicine*, 32, pp. 991-996. doi:10.1017/S0033291702005986
- Finkelhor, D., Hotaling G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14, pp. 19-28. doi:10.1016/0145-2134(90)90077-7
- Finkelhor, D., & Yllö, K. (1983). Rape in marriage: A sociological view. In D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. T. Hotaling, & M. A. Straus (Eds.), *The dark side of families: Current family violence research* (pp. 119-131). Beverly Hills, CA: Sage.
- Fitzpatrick, M., Carr, A., Dooley, B., Flanagan-Howard, R., Flanagan, E., Tierney, K., White, M., Daly, M., Shevlin, M., & Egan, J. (2010). Profiles of adult survivors of severe sexual, physical and emotional institutional abuse in Ireland. *Child Abuse Review*, 19, pp. 387-404. doi:10.1002/car.1083
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473. doi:10.1002/jts.2490060405

- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silveman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), pp. 1369–1380. doi:10.1097/00004583-199510000-00023
- Gidycz, C. A., Coble, C. N., Latham, L., & Layman, M. J. (1993). Sexual assault experience in adulthood and prior victimization experiences. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 151–168. doi:10.1111/j.1471-6402.1993.tb00441.x
- Gidycz, C. A., Hanson, K., & Layman, M. J. (1995). A prospective analysis of the relationships among sexual assault experiences. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 5–29. doi:10.1111/j.1471-6402.1995.tb00276.x
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Child Maltreatment*, 373, pp. 68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, pp. 41–54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Grauerholz, L. (2000). An ecological approach to understanding sexual revictimization: Linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child Maltreatment*, 5, 5–17. doi:10.1177/1077559500005001002
- Gunnar, M. R. (2000). Early adversity and the development of stress reactivity and regulation. In C.A. Nelson (Ed.), *The effects of early adversity on neurobehavioral development*. (pp. 163-200). London: LEA.
- Habib, C., Santoro, J., Kremer, P., Toumbourou, J., Leslie, E., & Williams, J. (2010). The importance of family management, closeness with father and family structure in early adolescent alcohol use. *Addiction*, 105(10), pp. 1750-1758. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03021.x
- Haugaard, J. J. (2003). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Introduction. *Child Maltreatment*, 9(2), 123-130. doi:10.1177/1077559504264304
- Heise, L. L. (1998). Violence against women. An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4, 262–290. doi:10.1177/1077801298004003002

- Herrenkohl, T. I., Huang, B., Tajima, E. A., & Whitney, S. D. (2003). Examining the link between child abuse and youth violence: An analysis of mediating mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence, 18*, pp. 1189–1208. doi:10.1177/0886260503255558
- Himelein, M. J. (1995). Risk factors for sexual victimization in dating. *Psychology of Women Quarterly, 19*, 31–48. doi:10.1111/j.1471-6402.1995.tb00277.x
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. New York: Hemisphere.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, pp. 513-524. doi:10.1037/0003-066X.44.3.513
- Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research, 4*, pp. 187-197. doi:10.1080/08917779108248773
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum.
- Hobfoll, S. E., Bansal, A., Schurg, R., Young, S., Pierce, C. A., Hobfoll, I., & Johnson, R. (2002). The impact of Perceived Child Physical and Sexual Abuse History on Native American Women's Psychological Well-Being and AIDS Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 252-257. doi:10.1037/0022-006X.70.1.252
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N. E., & Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner-city women. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, pp. 632-643. doi:10.1037/0022-3514.84.3.632
- Hobfoll, S. E., & Lilly, R. S. (1993) Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology, 21*, pp. 128-148. doi:10.1002/1520-6629(199304)21:23.0.CO;2-5
- Hobfoll, S. E., & Schroder, K. E. (2001). Distinguishing between passive and active prosocial coping: Bridging inner-city women's mental health and AIDS risk behavior. *Journal of Social and Personal Relationships, 18*(2), 201-217. doi:10.1177/0265407501182003
- Holmes, M. M., Resnick, H. S., & Frampton, D. (1998). Follow-up of sexual assault victims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 179*, pp. 336-342. doi:10.1016/S0002-9378(98)70361-8
- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., & Weisaeth, L. (2007). Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PSPT) in physically injured victims of non-domestic violence: A longitudinal study. *Social Psychology and Psychiatric Epidemiology, 42*, pp. 583–593. doi:10.1186/1477-7525-5-26

- Johnson, D., Palmieri, P., Jackson, A. P., & Hobfoll, S. E. (2007). Emotional numbing weakens abused inner-city women's resiliency resources. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 197–206. doi:10.1002/jts.20201
- Jonzon, E., & Lindblad, F. (2004). Disclosure, reactions and social support: Findings from a sample of adult victims of child sexual abuse. *Child Maltreatment, 9*(2), pp. 190-200. doi:10.1177/1077559504264263
- Kalsched, D. (1996). *The Inner World of Trauma: Archetypal Defences of the Personal Spirit*. London/ New York: Routledge.
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (1993). A test of the social support deterioration model in the context of a natural disaster. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, pp. 395–408. doi:10.1037/0022-3514.64.3.395
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (1997). Social support dynamics in adjustment to disasters. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (2nd ed., pp. 595-619). London: Wiley.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F. S., Lesser, M. L., & Labruna, V. E. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry, 155*, 954–959. doi:10.1176/ajp.155.7.954
- Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment of PSPT and Its Comorbidities in Adults. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PSPT: Science and practice* (pp. 279-305). New York: The Guilford Press.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, pp. 161-197. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095305
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry, 57*(10), 953–959. doi:10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, pp. 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors,

- war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, pp. 164–170. doi:10.1037/0021-843X.108.1.164
- Knutson, J. F. (1995). Psychological characteristics of maltreated children: Putative risk factors and consequences. *Annual Review of Psychology, 46*, 401-431. doi:10.1146/annurev.ps.46.020195.002153
- Krahé, B., Scheinberger-Olwig, R., Waizenhöfer, E., & Kolpin, S. (1999). Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence. *Child Abuse and Neglect, 23*(4), 383–394. doi:10.1016/S0145-2134(99)00002-2
- Krause, E. D., Mendelson, T., & Lynch, T. R. (2003). Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse & Neglect, 27*, pp. 199–213. doi:10.1016/S0145-2134(02)00536-7
- Krug, E. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kuehnle, K. (2010). Child Sexual Abuse. *Corsini Encyclopedia of Psychology, 1-3*. doi:10.1002/9780470479216.corpsy0171
- Lacelle, C., Hebert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2012). Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization. *Journal of Child Sexual Abuse, 21*, pp. 571–592. doi:10.1080/10538712.2012.688932
- Lange, A., De Beurs, E., Dolan, C., Lachnit, T., Sjollem, S., & Hanewald, G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: Objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 150–158. Retirado de <http://dare.uva.nl>
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J.E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156*, pp. 824–30. doi:10.1001/archpedi.156.8.824
- Leidy, M. S., Guerra, N. G., & Toro, R. I. (2010). Positive parenting, family cohesion, and child social competence among immigrant Latino families. *Journal of Family Psychology, 24*(3), pp. 252-260. doi:10.1037/2168-1678.1.S.3
- Levine, P. A. (1999). *O Despertar do Tigre: curando o trauma*. 4. ed. São Paulo: Summus Editorial.
- Lev-Wiesel, R., Amir, M., & Besser, A. (2005). Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss & Trauma, 10*, pp. 7–17. doi:10.1080/15325020490890606

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Machado, C. & Gonçalves, R. A. (2003). *Violência e Vítimas de Crimes, Vol. 2 – Crianças*. Coimbra: Editora Quarteto.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y.-Y., & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1878–1883. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1878
- Main, M., & George, C. (1985). Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in age mates: A study in the day care setting. *Developmental Psychology*, *21*, pp. 407–412. doi:10.1037/0012-1649.21.3.407
- Maker, A. H., Kemmelmeier, M., & Peterson, C. (2001). Child sexual abuse, peer sexual abuse, and sexual assault in adulthood: A multi-risk model of revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 351–368. doi:10.1023/A:1011173103684
- Mandoki, C. A., & Burkhart, B. R. (1989). Sexual victimization: Is there a vicious cycle. *Violence & Victims*, *4*, 179–190. Retirado de <https://www.ncjrs.gov>
- Mattos, G. O. (2002). Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento. In D. C. A. Ferrari, & T. C. C. Vecina (Eds.), *O fim do silêncio na violência familiar* (pp. 174-200). São Paulo: Ágora.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and inter adult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, *73*, pp. 1525–1542. Retirado de <http://www.ilzee.com>
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., Derogatis, L. R., & Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, *277*, 1362–1368. doi:10.1001/jama.277.17.1362
- Meadow, S. R., Mok, J., & Rosenberg, D. (2007). *ABC of Child Protection*. USA: Blackwell Publishing.
- Melchert, T. (2000). Clarifying the effects of parental substance abuse, child sexual abuse, and parental caregiving on adult adjustment. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, pp. 64–69. doi:10.1037/0735-7028.31.1.64
- Merrill, L. L., Newell, C. E., Thomsen, C., Gold, S. R., Milner, J. S., & Koss, M. P. (1999). Childhood abuse and sexual revictimization in a female Navy recruit sample. *Journal of Traumatic Stress*, *12*, 211–225. doi:10.1023/A:1024789723779

- Messman-Moore, T. L., Brown, A. L., Koelsch, L. E. (2005). Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 253–261. doi:10.1002/jts.20023
- Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (1996). Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review. *Clinical Psychology Review, 16*(5), 397–420. doi:10.1016/0272-7358(96)00019-0
- Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2000). Child sexual abuse and revictimization in the form of adult sexual abuse, adult physical abuse, and adult psychological maltreatment. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 489–502. doi:10.1177/088626000015005003
- Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review, 23*(4), 537–571. doi:10.1016/S0272-7358(02)00203-9
- Messman-Moore, T. L., Ward, R. M., Brown, A. L. (2009). Substance use and PSPT symptoms impact the likelihood of rape and revictimization in college women. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 499–521. doi:10.1177/0886260508317199
- Modelli, M., Galvão, M. F., & Pratesi, R. (2012). Child sexual abuse. *Forensic Science International, 217*(1), pp. 1-4. doi:10.1016/j.forsciint.2011.08.006
- Nishith, P., Mechanic, M. B., & Resick, P. A. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PSPT symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 20–25. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F.W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(12), 1452–1471. doi:10.1177/0886260503258035
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine, 9*(11), pp. 1-31. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- Norris, F., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, pp. 498-511. doi:10.1037/0022-3514.71.3.498

- Okun, L. (1986). *Women abuse: Facts replacing myths*. New York: State University of New York Press.
- Orava, T. A., McLeod, P. J., & Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology and self-esteem of women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 11, pp. 167–186. doi:10.1007/BF02336668
- Oswald, S. H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, pp. 462–472. doi:10.1093/jpepsy/jsp114
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (1st ed.) Buckingham: Open University Press.
- Penza, K. M., Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2003). Neurobiological effects of childhood abuse: Implications for the pathophysiology of depression and anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 6, pp. 5–22. doi:10.1007/s00737-002-0159-x
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, pp. 328–338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Rajulton, F. (2001). The fundamentals of Longitudinal Research: An Overview. *Special Issue on Longitudinal Methodology, Canadian Studies in Population*. 28(2), pp. 169-185. Retirado de <http://www.canpopsoc.ca>
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984-991. doi:10.1037/0022-006X.61.6.984
- Risser, H. J., Hetzel-Riggin, M. D., Thomsen, C. J., McCanne, T. R. (2006). PSPT as a mediator of sexual revictimization: The role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 687–698. doi:10.1002/jts.20156
- Roodman, A. A., & Clum, G. A. (2001). Revictimization rates and method variance: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 21(2), 183–204. doi:10.1016/S0272-7358(99)00045-8
- Rosenthal, S., Feiring, C., & Taska, L. (2003). Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse & Neglect*, 27, 641-661. doi:10.1016/S0145-2134(03)00104-2
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., Mandel, F. S. (1997). Complex PSPT in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial

- for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–555. doi:10.1023/A:1024837617768
- Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression and post trauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(3), pp. 254-264. doi:10.1177/1077559502007003007
- Salters-Pedneault, K., Gentes, E., & Roemer, L. (2007). The role of fear of emotion in distress, arousal, and cognitive interference following an emotional stimulus. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, pp. 12–22. doi:10.1080/16506070600874281
- Sandberg, D. A., Matorin, A. I., Lynn, S. J. (1999). Dissociation, posttraumatic symptomatology, and sexual revictimization: A prospective examination of mediator and moderator effects. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 127–138. doi:10.1023/A:1024702501224
- Sappington, A. A., Pharr, R., Tunstall, A., & Rickert, E. (1997). Relationships among child abuse, date abuse, and psychological problems. *Journal of Clinical Psychology*, 53(4), 319–329. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199706)53:4<319::AID-JCLP4>3.0.CO;2-K
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), pp. 1040-1049. doi:10.1037/0003-066X.55.9.1040
- Schaaf, K. K., & McCanne, T. R. (1998). Relationship of childhood sexual, physical and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1119–1133. doi:10.1016/S0145-2134(98)00090-8
- Schumm, J. A., Hobfoll, S. E., & Keogh, N. J. (2004). Revictimization and interpersonal resource loss predicts PSPT among women in substance-use treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17, pp. 173–181. doi:10.1023/B:JOTS.0000022624.53181.21
- Schumm, J. A., Stines, L. R., Hobfoll, S. E., & Jackson, A. P. (2005). The double barreled burden of child abuse and current stressful circumstances on adult women: The kindling effect of early traumatic experience. *Journal of Traumatic Stress*, 18, pp. 467–476. doi:10.1002/jts.20054
- Seedat, S., & Stein, D. J. (2000). Trauma and post-traumatic stress disorder in women: A review. *International Clinical Psychopharmacology*, 15(Suppl. 3), 25–33. doi:0000-0001-7218-7810
- Siegel, J. A., & Williams, L. M. (2003). Risk factors for sexual victimization of women. *Violence Against Women*, 9(8), 902–930. doi:10.1177/1077801203255130

- Snyder, H. N. (2000). Sexual assault of young children as reported to law enforcement: Victim, incident, and offender characteristics. *Education Resources Information Center*. Retirado de <http://files.eric.ed.gov>
- Sorenson, S. B., Siegel, J. M., Golding, J. M., & Stein, J. A. (1991). Repeated sexual revictimization. *Violence & Victims*, *6*, 299–308. Retirado de <https://www.ncjrs.gov>
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse: An overview and a call to action. *Journal of General Internal Medicine*, *18*, 864–870. doi:10.1016/j.chiabu.2007.01.003
- Steel, J. L., & Herlitz, C. A. (2005). The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: A random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse & Neglect*, *29*(10), 1141–1153. doi:10.1016/j.chiabu.2004.10.015
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, *14*, pp. 13–29. doi:10.1016/j.avb.2006.03.006
- Street, A. E., Gibson, L. E., & Holohan, D. R. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PSPT symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, pp. 245–252. doi:10.1002/jts.20026
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5^a Ed.). Boston: Pearson Education.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *The American Journal of Psychiatry*, *63*, pp. 993–1000. doi:10.1176/appi.ajp.163.6.993
- Thornberry, T. P., Ireland, T. O., & Smith, C. A. (2001). The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development Psychopathology*, *13*, pp. 957–79. Retirado de <http://www.researchgate.net>
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). *Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the national violence against women survey*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention.

- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, *132*, pp. 959–92. doi:10.1037/0033-2909.132.6.959
- Tolman, R. M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, *4*, 159-177. Retirado de <http://www.researchgate.net>
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, *15*(3), 311–337. doi:10.1006/drev.1995.1012
- Trickett, P. K., Mennen, F. E., Kim, K., & Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect*, *33*(1), pp. 27-35. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.003
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, *38*, pp. 303–313. doi:10.1016/j.beth.2006.10.001
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, *7*(6), 567–589. doi:10.1016/S1359-1789(01)00047-7
- Ullman, S. E., & Brecklin, L. R. (2002). Sexual assault history, PSPT, and mental health service seeking in a national sample of women. *Journal of Community Psychology*, *30*, 261–279. doi:10.1002/jcop.10008
- Van Dorn, R. A., Mustillo, S., Elbogen, E. B., Dorsey, S., Swanson, J. W., & Swartz, M. S. (2005). The effects of early sexual abuse on adult risky sexual behaviors among persons with severe mental illness. *Child Abuse & Neglect*, *29*, pp. 1265–1279. doi:10.1016/j.chiabu.2005.06.004
- Veiga Costa, E., & McIntyre, T. (2002). Portuguese translation and adaptation of the questionnaires from the Women’s Health Empowerment Project. Unpublished Manuscript, Department of Psychology, Minho University, Braga, Portugal.
- Vigil, J. M., & Geary, D. C. (2008). A preliminary investigation of family coping styles and psychological well-being among adolescent survivors of Hurricane Katrina. *Journal of Family Psychology*, *22*, pp. 176–180. doi:10.1037/0893-3200.22.1.176

- Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PSPT symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse & Neglect, 31*, pp. 71–84. doi:10.1016/j.chiabu.2006.04.010
- Walker, L. E., & Browne, A. (1985). Gender and victimization by intimates. *Journal of Personality, 53*(2), 179-195. doi:10.1111/j.1467-6494.1985.tb00363.x
- Walter, K. H., & Hobfoll, S. E. (2009). Resource Loss and Naturalistic Reduction of PSPT Among Inner-City Women. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(3), 482-498. doi:10.1177/0886260508317174
- Walter, K. H., Horsey, K. J., Palmieri, P. H. & Hobfoll, S. E. (2010). The role of protective self-cognitions in the relationship between childhood trauma and later resource loss. *Journal of Traumatic Stress, 23*(2), pp. 264-273. doi:10.1002/jts.20504
- Wekerle, C., & Avgoustis, E. (2003). Child maltreatment, adolescent dating, and adolescent dating violence. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications*. University of Utah: Department of Psychology, p. 213–241 xvii, 414.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry, 156*(6), 816–828. Retirado de <http://www.researchgate.net>
- West, C. M., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2000). Adult sexual revictimization among black women sexually abused in childhood: A prospective examination of serious consequences of abuse. *Child Maltreatment, 5*, 49–57. doi:10.1177/1077559500005001006
- Whiff, V. E., & Macintosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*, pp. 24–39. doi:10.1177/1524838004272543
- White, H. R., & Widom, C. S. (2003). Intimate partner violence among abused and neglected children in young adulthood: The mediating effects of early aggression, antisocial personality, hostility and alcohol problems. *Aggressive Behavior, 29*, 332–345. doi:10.1002/ab.10074
- WHO (2014). Child maltreatment Fact Sheet N° 150. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/> [Acedido em 7 de Maio de 2014]

- Widom, C. S. (1998). Childhood victimization: early adversity and subsequent psychopathology. In: Dohrenwend BP, ed. *Adversity, stress, and psychopathology*. New York: Oxford University Press, pp. 81-95.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, pp. 1223–1229. Retirado de <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, *32*(8), 785–796. doi:10.1016/j.chiabu.2007.12.006
- Widom, C. S., & Kuhns, J. B. (1996). Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: A prospective study. *American Journal of Public Health*, *86*(11), 1607–1612. doi:10.2105/AJPH.86.11.1607
- Widom, C. S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, *9*, 34–46.
- Wilson, A. E., Calhoun, K. S., Bernat, J. A. (1999). Risk recognition and trauma-related symptoms among sexually revictimized women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 705–710. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Wolfe, D. A., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A.-L., & Grasley, C. (2004). Predicting abuse in adolescent dating relationships over 1 year: The role of child maltreatment and trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(3), 406–415. doi:10.1037/0021-843X.113.3.406
- Wolfe, D. A., & McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *35*, pp. 802-813. doi:10.1016/j.chiabu.2010.12.009
- Wright, M. O., Crawford, E., & Castillo, D. D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, *33*, pp. 59-68. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Wyatt, G. E., Guthrie, D., & Notgrass, C. M. (1992). Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *60*, 167–173. doi:10.1037//0022-006X.60.2.167
- Yehuda, R., Steiner, A., Kahana, B., Binder-Brynes, K., Southwick, S. M., Zelman, S., & Giller, E. L. (1997). Alexithymia in Holocaust survivors with and without PSPT. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 93–100. doi:10.1002/jts.2490100108

- Zayfert, C., Dums, A. R., Ferguson, R. J., & Hegel, M. T. (2002). Health functioning impairments associated with posttraumatic stress disorder, anxiety disorders, and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(4), pp. 233–240.
Retirado de <http://www.researchgate.net>
- Zielinski, D. (2009). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect, 33*, 666–678. doi:10.1016/j.chiabu.2009.09.001
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., Zimmerman, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 177–188. doi:10.1023/A:1007899918410
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 43*, pp. 103–107.
doi:10.1053/comp.2002.30804



Anexos

Anexo I

Parecer da ARS Norte



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA N.º <u>26</u>
REUNIÃO DE <u>02.06.2014</u>

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 48 DATA: 28/maio/14

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer Nº 50/2014

DELIBERADO AUTORIZAR

216/2014

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 50/2014 (sobre o estudo: “Revitalização e perda de recursos interpessoais enquanto preditores da perturbação de stress pós-traumático nas mulheres”), aprovado na reunião do dia 6 de maio de 2014, por unanimidade.


Rui Cernadas
Vice-Presidente do C.D.


Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C.D.


José Carlos Pedro
Vogal C.D.

À Consideração Superior



Ana Paula Guedes
Assessora CES/UIC





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Shia

u

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 50/2014

Sobre o estudo T/267 – Revitimização e perda de recursos interpessoais enquanto preditores da perturbação de stress pós-traumático nas mulheres

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UIC) iniciou a apreciação do Processo n.º T267, na sequência do pedido de parecer enviado a esta Comissão em Janeiro de 2014, para a realização do estudo de investigação "Revitimização e perda de recursos interpessoais enquanto preditores da perturbação de stress pós-traumático nas mulheres". A investigadora Sara Marlene Martins Guimarães é mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa. O estudo está sob orientação da Professora Doutora Eleanora Costa, sendo cofinanciado pelo Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos da UCP com fundos para a Ciência e Tecnologia.
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento; projeto de investigação; *curriculum vitae* da investigadora; consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação; declaração da orientadora; declaração de confidencialidade dos dados recolhidos e de compromisso de entrega à CES do relatório final do estudo; declaração de que todos os instrumentos utilizados foram traduzidos e adaptados para a população portuguesa pela orientadora; autorização do Diretor Executivo do ACES Alto Ave e Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Para estudar as variáveis, apresenta como instrumentos de avaliação: Questionário sociodemográfico; Cor-E, adaptado para a população portuguesa, que avalia os ganhos e as perdas de recursos; PTSD adaptado para a população portuguesa; Sexual abuse in adulthood e Childhood Trauma Questionnaire, adaptado para a população portuguesa.
3. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, descritivo - transversal. Pretende numa amostra de mulheres, cerca de 200 com idade entre os 18 e 49 anos, que frequentam a consulta de Planeamento Familiar no Centro de Saúde de Fafe, do ACES do Alto Ave, investigar se a ocorrência da Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) se relaciona com aspetos que se suspeitam serem fatores de risco.
4. Este estudo tem como missão o desenvolvimento de conhecimentos que possam contribuir para melhorar a saúde das mulheres e como objetivo compreender as consequências emocionais do abuso infantil (sexual, físico e emocional) na vida de mulheres adultas. O 1º contacto com a participante será feito pelo responsável da secretaria no momento da



inscrição na consulta de Planeamento Familiar, sobre a possibilidade de participar no estudo e mediante resposta afirmativa, a investigadora definirá com a participante o momento e o local para a recolha de dados. A resposta da CNPD refere que o trabalho não carece da sua Autorização desde que cumpra determinados requisitos: obtenção prévia do consentimento das utentes inquiridas devendo este documento ser recolhido e guardado no processo individual das utentes; nos documentos que servem de base à recolha de dados, a investigadora deve abster-se de recolher qualquer dado que possa direta ou indiretamente identificar a participante e a investigadora não pode aceder aos processos clínicos das participantes.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância ao estudo e interesse nos resultados esperados.
2. Trata-se de um estudo sem procedimentos invasivos, não incorrendo as participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos na sua vida quotidiana.
3. As participantes serão informadas de todos os procedimentos e darão, por escrito, o seu consentimento para participar, sendo também informadas que poderão desistir em qualquer momento e que a sua participação ou não no estudo, bem como a sua eventual desistência não acarretarão qualquer penalização.
4. A confidencialidade e o anonimato das respostas estão garantidos pela investigadora.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização da realização deste estudo.
2. Não obstante deve a investigadora cumprir com todos os requisitos a que está obrigada pelo Parecer da CNPD.

O relator


Mestre Alzira Morais

Aprovado em reunião do dia 13/05/2014, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP


Professor Doutor Alberto Pinto Hespagnol

Anexo II

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Revitimização e perda de recursos interpessoais enquanto preditores da Perturbação de *stress* pós-traumático nas mulheres.

Enquadramento: A presente investigação desenvolvida no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde é da responsabilidade de Sara Guimarães, aluna da Universidade Católica Portuguesa de Braga, sendo coordenada pela Prof.^a Doutora Eleonora Costa. A investigação realiza-se na Unidade de Saúde Familiar “NÓS E VÓS SAÚDE”, Centro de Saúde de Fafe.

Explicação do estudo: Os dados serão recolhidos através do preenchimento de questionários, tendo como principal finalidade compreender as consequências emocionais do abuso infantil (sexual, físico e emocional) na vida de mulheres adultas. Para participar neste estudo é necessário que seja do sexo feminino, usuária da consulta do Planeamento Familiar na USF “NÓS E VÓS SAÚDE” do Centro de Saúde de Fafe e, que responda a alguns questionários.

Condições e financiamento: A sua participação não tem qualquer custo e é de carácter voluntário. A participante tem o direito de desistir em qualquer altura, sem nenhum tipo de penalização. O presente estudo será co financiado pelo Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos da Universidade Católica Portuguesa com Fundos para a Ciência e Tecnologia (FCT).

Confidencialidade e anonimato: O estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos. São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados. Na eventualidade de publicação deste trabalho de carácter científico, a identidade das participantes ficará protegida, não sendo revelado o seu nome nem qualquer característica específica que a possa identificar.

Muito obrigado pela sua participação.

Sara Guimarães. Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Faculdade de Filosofia.

A investigadora,

Eu, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

A participante,

Data: ___ / ___ / ___

Anexo III

**Folha de Rosto dos Instrumentos de
Avaliação**

Questionário Sociodemográfico e Clínico (Costa & McIntyre, 2002)

N.º ____ Data: __/__/__ Iniciais do Entrevistador: __/__/__

1. Que idade tem? _____	3. Qual é a sua escolaridade?
2. Em que meio vive?	Primeiro ciclo (4ª classe) <input type="checkbox"/>
Rural <input type="checkbox"/>	Segundo ciclo (5º ao 6º ano) <input type="checkbox"/>
Urbano <input type="checkbox"/>	Terceiro ciclo (7º ao 9º ano) <input type="checkbox"/>
	Ensino Secundário (10º ao 12º ano) <input type="checkbox"/>
	Frequência Universitária <input type="checkbox"/>
	Licenciatura ou bacharelato <input type="checkbox"/>

4. Qual a sua origem étnica?

- Caucasiana (branca)
Afro-americana (negra)
Hispânica
Asiática
Outra _____

5. Está empregada? (Se Não, passe a 7)

- Sim
Não

6. Se está empregada, o que é que faz?

- Operária
Secretariado/recepção
Empregada de mesa
Vendedora
Funcionária Pública
Outra _____

7. Com quem vive?

- Com os pais
Com familiares
Com amigos
Com o companheiro/marido
Com crianças/filhos
Sozinha

8. Qual é o seu estado civil?

- Casada
União de facto
Solteira
Divorciada ou separada
Viúva

Anexo IV

Lista de Quadros do Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach*

Quadro 1

Resultados da análise de consistência interna do COR-E (N = 767)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	<i>Cronbach a se o item for eliminado</i>
1. Transporte pessoal	.32	.93
2. Roupas adequadas	.49	.92
3. Ferramentas/ trabalho	.63	.92
4. Eletrodomésticos/casa	.35	.93
5. Alojamento que satisfaça as minhas necessidades	.43	.93
6. Alimentação adequada	.43	.93
7. Mobiliário de casa adequado	.41	.93
8. Dinheiro para extras	.59	.92
9. Economias ou dinheiro de emergência	.57	.92
10. Rendimento adequado	.62	.92
11. Bens financeiros (poupanças)	.52	.92
12. Dinheiro para transporte	.61	.92
13. Dinheiro/ promoção pessoal	.53	.92
14. Ajuda financeira, se necessária	.53	.92
15. Saúde - família/amigos íntimos	.41	.93
16. Telefone	.49	.92
17. Sentir que tem valor para os outros	.49	.92
18. Estabilidade familiar	.49	.92
19. Relação próxima com um ou mais membros da família	.36	.93
20. Intimidade com o marido ou Companheiro	.36	.93
21. Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo	.39	.93
22. Compreensão por parte do meu empregador/patrão	.62	.92
23. Apoio por parte dos colegas de trabalho	.62	.92

Quadro 1

Resultados da análise de consistência interna do COR-E (N = 767) (cont.)

24. Companhia	.46	.93
25. Afeto por parte dos outros	.44	.93
26. Ajuda com as tarefas no trabalho	.62	.92
27. Ajuda com as tarefas em casa	.42	.93
28. Lealdade dos amigos	.40	.93
29. Tempo adequado para dormir	.37	.93
30. Tempo livre	.27	.93
31. Tempo para o trabalho	.59	.92
32. Tempo com aqueles de que gostamos	.43	.93
33. Crédito financeiro adequado	.47	.92
34. Saúde pessoal	.46	.92
35. Posição no emprego	.61	.92
36. Emprego estável	.61	.92
37. Saúde do marido/companheiro	.30	.93
38. Oportunidades de formação na educação ou no trabalho	.45	.92
39. Estabilidade financeira	.57	.92
40. Assistência médica	.48	.93
Total da Escala		.93

Quadro 2

Resultados da análise de consistência interna da subescala do COR-E: Stress Social (8 itens)

(N = 767)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	<i>Cronbach a</i> se o item for eliminado
<i>Stress Social</i>		
<i>a = .85</i>		
<i>(8 itens)</i>		
1. Sentir que tem valor para os outros	.49	.92
2. Estabilidade familiar	.49	.92
3. Relação próxima com um ou mais membros da família	.36	.93
4. Intimidade com o marido ou Companheiro	.36	.93
5. Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo	.39	.93
6. Companhia	.46	.93
7. Afeto por parte dos outros	.44	.93
8. Lealdade dos amigos	.40	.93

Quadro 3

Resultados da análise de consistência interna da subescala do COR-E: Stress na Saúde (4 itens) (N = 767)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach α se o item for eliminado
<i>Stress na Saúde</i>		
$\alpha = .60$		
(4 itens)		
1. Saúde - família/amigos íntimos	.41	.93
2. Saúde pessoal	.46	.92
3. Saúde do marido/companheiro	.30	.93
4. Assistência médica	.48	.93

Quadro 4

Resultados da análise de consistência interna da subescala do COR-E: Stress no Tempo (3 itens) (N = 767)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	<i>Cronbach a</i> se o item for eliminado
<i>Stress no Tempo</i>		
<i>a = .76</i>		
<i>(3 itens)</i>		
1. Tempo adequado para dormir	.37	.93
2. Tempo livre	.27	.93
3. Tempo com aqueles de que Gostámos	.43	.93

Quadro 5

Resultados da análise de consistência interna da subescala do COR-E: Stress Relacionado com as Condições Domésticas (9 itens) (N = 767)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach α se o item for eliminado
<i>Stress Condições Domésticas</i>		
$\alpha = .78$		
(9 itens)		
1. Transporte pessoal	.32	.93
2. Roupas adequadas	.49	.92
3. Eletrodomésticos necessários para a casa	.35	.93
4. Casa que satisfaça as suas necessidades	.43	.93
5. Alimentação adequada	.43	.93
6. Mobiliário de casa adequado	.41	.93
7. Telefone	.49	.92
8. Ajuda com as tarefas em casa	.42	.93
9. Oportunidade de formação na educação ou no trabalho	.45	.92

Quadro 6

Resultados da análise de consistência interna da subescala do COR-E: Stress Financeiro (9 itens) (N = 767)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach <i>a</i> se o item for eliminado
<i>Stress Financeiro</i>		
<i>a = .91</i>		
<i>(9 itens)</i>		
1. Dinheiro para extras	.59	.92
2. Economias ou dinheiro de emergência	.57	.92
3. Rendimento adequado	.62	.92
4. Bens financeiros (poupança)	.52	.92
5. Dinheiro para transporte	.61	.92
6. Dinheiro para promoção pessoal	.53	.92
7. Ajuda financeira, se necessária	.53	.92
8. Crédito financeiro adequado	.47	.92
9. Estabilidade financeira	.57	.92

Quadro 7

Resultados da análise de consistência interna da subescala do COR-E: Stress no Trabalho (7 itens) (N = 767)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach α se o item for eliminado
<i>Stress no Trabalho</i>		
$\alpha = .97$		
(7 itens)		
1. Ferramentas/ trabalho	.63	.92
2. Compreensão por parte do meu empregador/patrão	.62	.92
3. Apoio por parte dos colegas de trabalho	.62	.92
4. Ajuda com as tarefas no trabalho	.62	.92
5. Tempo para o trabalho	.59	.92
6. Posição no emprego	.61	.92
7. Emprego estável	.61	.92

Quadro 8

Resultados da análise de consistência interna do CTQ (N = 767)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	<i>Cronbach a se o item for eliminado</i>
1. As pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas.	.69	.76
2. Os castigos que recebi pareceram-me cruéis.	.67	.76
3. Fui castigada com um cinto, uma tabua, corda ou algum objeto duro.	.64	.77
4. Alguém da minha família berrou e gritou comigo.	.52	.82
5. As pessoas da minha família disseram-me coisas que me magoaram ou que me insultaram.	.63	.77
6. Acredito que fui abusada sexualmente.	.86	.92
7. Alguém me molestou sexualmente ao tocar os meus seios, vagina ou ânus.	.94	.90
8. Alguém pôs o pênis, dedos, ou objetos na minha boca, vagina, ou ânus contra a minha vontade.	.90	.91
9. Alguém tentou que eu tivesse comportamentos sexuais ou que observasse atos sexuais.	.62	.94
10. Alguém tentou tocar-me de forma sexual ou tentou forçar-me a tocar-lhe.	.92	.91
11. Alguém ameaçou que iria magoar-me ou dizer mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual com essa pessoa.	.61	.95
Total da Escala		.78

Quadro 9

Resultados da análise de consistência interna da subescala do CTQ: Abuso sexual (6 itens)
(*N* = 767)

Itens Quando eu tinha 15 anos ou menos:	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	<i>Cronbach a</i> se o item for eliminado
1. Acredito que fui abusada sexualmente.	.86	.92
2. Alguém me molestou sexualmente ao tocar os meus seios, vagina ou ânus.	.94	.90
3. Alguém pôs o pênis, dedos, ou objetos na minha boca, vagina, ou ânus contra a minha vontade.	.90	.91
4. Alguém tentou que eu tivesse comportamentos sexuais ou que observasse atos sexuais.	.62	.94
5. Alguém tentou tocar-me de forma sexual ou tentou forçar-me a tocar-lhe.	.92	.91
6. Alguém ameaçou que iria magoar-me ou dizer mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual com essa pessoa.	.61	.95
Total da Subescala		.94

Quadro 10

Resultados da análise de consistência interna da subescala do CTQ: Abuso Físico e emocional (5 itens) (N = 767)

Itens Quando eu tinha 15 anos ou menos:	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	<i>Cronbach a</i> se o item for eliminado
1. As pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas.	.69	.76
2. Os castigos que recebi pareceram-me cruéis.	.67	.76
3. Fui castigada com um cinto, uma tabua, corda ou algum objeto duro.	.64	.77
4. Alguém da minha família berrou e gritou comigo.	.52	.82
5. As pessoas da minha família disseram-me coisas que me magoaram ou que me insultaram.	.63	.77
Total da Subescala		.81