



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Relação entre a História de Trauma na Infância, Bem-Estar Psicológico, Recursos e Comportamentos de Risco nas Mulheres, 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.**

Sabrina Sampaio Pedroso



FACULDADE DE FILOSOFIA
MAIO 2015



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Relação entre a História de Trauma na Infância, Bem-Estar Psicológico, Recursos e Comportamentos de Risco nas Mulheres, 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**.

Sabrina Sampaio Pedroso

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



FACULDADE DE FILOSOFIA
MAIO 2015

Agradecimentos

Uma dissertação é um trabalho realizado de forma isolada e solitária, no entanto, não posso deixar de agradecer aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que se concretizasse. Por esse motivo, deixo algumas palavras de profundo agradecimento.

À Professora Doutora Eleonora Cunha pela disponibilidade, compreensão, apoio e incentivo demonstrados ao longo de todo este percurso.

Às minhas colegas e amigas Carina Amorim, Sara Freitas e Márcia Correia pelo apoio incondicional, pela troca de impressões, pelos momentos de boa disposição e pelo incentivo e ajuda que me proporcionaram.

À Ana, minha incondicional amiga, pelo apoio, paciência, compreensão e força que me transmitiu. Obrigada por acreditares em mim!

Ao André, um agradecimento especial pelo apoio e carinho constantes, pela confiança e força transmitida em todos os momentos. Pelas palavras de encorajamento e incentivo nos momentos menos bons, por acreditares em mim sempre, por simplesmente estares presente na minha vida! Por tudo, a minha enorme gratidão.

À minha Família, em especial aos meus Pais, por tudo, por me incentivarem, por acreditarem e confiarem em mim. Pela paciência e compreensão que demonstraram ao longo de todo o meu percurso académico. Pelas palavras de conforto e carinho. O meu sincero e sentido obrigado por fazerem de mim a pessoa que sou hoje. Espero que de algum modo possa retribuir tudo o que fizeram e fazem por mim. Sem eles não seria possível. A eles dedico este trabalho.

Resumo

O presente estudo avaliou a relação entre história de trauma na infância (abuso físico e emocional, e abuso sexual), bem-estar psicológico (depressão e *stress*), recursos (suporte social e auto-eficácia) e o risco face às infeções sexualmente transmissíveis (IST's e número de parceiros), tal como analisou as diferenças entre as mulheres vítimas de trauma *versus* as mulheres sem história de trauma na infância numa população de 767 mulheres, utentes da consulta de planeamento familiar. Para avaliar as variáveis em estudo procedeu-se à aplicação dos seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico; Questionário de Conservação de Recursos; Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos; Escala de Suporte Social; Escala de Autoeficácia Geral; Questionário de Comportamentos de Risco e Questionário de Trauma Infantil. As mulheres com história de trauma na infância demonstram níveis mais elevados de *stress* e depressão, apresentando níveis mais baixos de suporte social, comparativamente a mulheres sem história de trauma. Não foram encontradas diferenças significativas ao nível da autoeficácia geral, número de parceiros e IST's. Verificou-se uma relação positiva significativa entre a história de trauma na infância e a sintomatologia depressiva e o *stress*. Encontrou-se também uma relação negativa entre o a história de trauma na infância e o suporte social. Adicionalmente, verificou-se que as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas apresentam índices mais elevados de história de trauma na infância, assim como as mulheres desempregadas. As mulheres que apresentam sintomatologia depressiva apresentam de igual forma índices mais elevados de trauma na infância. Também foi verificado que mulheres sem religião ou que pertencem a outra religião que não a Católica apresentam índices mais elevados de trauma na infância. Este estudo permitiu verificar que a história de trauma na infância possui um impacto no bem-estar psicológico e nos recursos das mulheres portuguesas.

É necessário avaliar a história de trauma com o objetivo de intervir individualmente ou em grupo ao nível da depressão, *stress*, suporte social, autoeficácia no sentido de recuperar e reabilitar as vítimas.

Palavras-chave: Trauma na Infância; Depressão; *Stress*; Suporte Social; Autoeficácia Geral; Recursos.

Abstract

The present study examine the relation between history of childhood trauma (physical and emotional abuse and sexual abuse), psychological well-being (depression and stress), resources (social support and self-efficacy) and the risk towards of sexually transmitted infections (STIs and number of partners), as well as the differences between female victims of trauma versus those female without history of trauma in childhood in a total population of 767 women, family planning consultation users. To assess the variables under study, it was proceeded to the application of the following questionnaires: Sociodemographic Questionnaire; Conservation of Resource Questionnaire; Depression Scale of Epidemiological Studies Center; Social Provisions Scale - Relationship Questionnaire; General Self-efficacy Scale; SDT Markers and Childhood Trauma Questionnaire. Women with history of abuse in childhood showed higher levels of stress and depression, with lower levels of social support, compared to women without a history of childhood trauma. No significant differences were found in terms of general self-efficacy, number of partners and STIs. There was a significant positive relationship between history of childhood trauma, depressive symptoms and stress. It was also found a negative relationship between history of childhood trauma and social support. Additionally, it was found that divorced women, separated or widowed have higher rates of history of childhood abuse, as well as unemployed women. Women with depressive symptoms have equally higher rates of history of childhood abuse. Moreover, women without religion or belonging to a religion other than Catholic presented higher rates of history of childhood abuse. This study showed that a history of childhood abuse has an impact on the psychological well-being of Portuguese women.

Future studies should evaluate trauma histories in order to intervene individually or in groups in terms of depression, stress, social support, self-efficacy for the propose of victims recover and rehabilitate.

Keywords: Trauma in Childhood; Depression; Stress; Social support; General self-efficacy; resources.

Índice

Índice	6
Índice de Tabelas	8
I Capítulo	10
1. Introdução	10
2. Abuso na Infância	11
2.1. Tipos de Abuso: Abuso Físico e Emocional e Abuso Sexual	11
3. Impacto da História de Abuso na Idade Adulta	16
3.1. Depressão	16
3.2. Comportamentos Sexuais de Risco e Infecções Sexualmente Transmissíveis	18
3.3. O Papel do Suporte Social	19
3.4. O Papel da Autoeficácia	20
II Capítulo	23
4. Metodologia	23
4.1. Objetivos	23
4.2. <i>Design</i>	23
4.3. Variáveis	23
4.3.1. Variáveis Sociodemográficas	23
4.3.2. Variáveis Clínicas	23
4.3.3. Variáveis Psicológicas	23
4.4. Hipóteses	24
4.5. Análise Exploratória	24
4.6. Procedimento de Recolha de Dados	24
4.7. Caracterização da Amostra	25
4.8. Instrumentos	29
4.8.1. Questionário Sociodemográfico	29

4.8.2. Questionário da Conservação de Recursos (Conservation of Resources – Evaluation Questionnaire - COR-E)	29
4.8.3. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Randloff, 1977)	31
4.8.4. Escala de Suporte Social (<i>Social Provisions Scale: Relationship Questionnaire - SPS</i>)	33
4.8.5. Escala de Autoeficácia Geral (General Self-Efficacy Scale – GSES)	34
4.8.6. Questionário de Comportamentos de Risco: Marcadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e VIH (<i>STD Markers</i>)	36
4.8.7. Questionário de Trauma Infantil (CTQ)	36
4.9. Análise dos Dados	38
III Capítulo	39
5. Resultados	39
5.1. Resultados dos Testes de Hipóteses	39
5.2. Análises Exploratórias	42
IV Capítulo	49
6. Discussão de Resultados	49
V Capítulo	56
7. Conclusão	56
7.1. Conclusão e Implicações para a Prática Futura	56
7.2. Limitações do estudo	57
VI Capítulo	59
8. Referências Bibliográficas	59
ANEXOS	64
	65

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=767)	27
Tabela 2 Caracterização Psicológica da Amostra (N=767)	28
Tabela 3 Caracterização Clínica da Amostra (N=767)	28
Tabela 4 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível das variáveis Stress, Depressão, Suporte Social, Autoeficácia Geral, Perceção de Risco no Parceiro, Número de Parceiros e IST's, em função da presença ou ausência de abuso infantil.	40
Tabela 5. Coeficiente de Correlação de <i>Spearman's Rho</i> das Variáveis Sociodemográficas, das Variáveis Clínicas e das Variáveis Psicológicas (N=767)	41
Tabela 6. Teste Kruskal-Wallis para avaliar as diferenças ao nível das variáveis de Trauma Infantil em função do estado civil	43
Tabela 7 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Trauma Infantil e do Abuso Sexual em função do estado civil (Casada ou União de Facto VS Solteira)	43
Tabela 8 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Trauma Infantil e do Abuso Sexual em função do estado civil (Casada ou União de Facto VS Divorciada, separada ou viúva)	44
Tabela 9 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Trauma Infantil e do Abuso Sexual em função do estado civil (Solteira VS Divorciada, Separada ou Viúva).	44
Tabela 10 Teste Kruskal-Wallis para avaliar as diferenças ao nível do Trauma Infantil em função da Religião	45
Tabela 11 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Abuso Sexual em função da Religião (Católica Praticante VS Católica Não Praticante)	45
Tabela 12 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Abuso Sexual em função da Religião (Católica Praticante VS Outras)	45
Tabela 13. Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Abuso Sexual em função da Religião (Católica Não Praticante VS Outras)	46
Tabela 14. Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Trauma Infantil em função da situação profissional.	46
Tabela 15 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Trauma Infantil em função da Sintomatologia Depressiva.	47
Tabela 16 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Trauma Infantil em função do Número de Parceiros.	48

Tabela 17 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Trauma Infantil em função da Presença ou Ausência de IST's.

48

I Capítulo

1. Introdução

O abuso na infância pode ser considerado um tipo de trauma infantil e um fenómeno definido culturalmente (Braquehais, Oquendo, Baca-García & Sher, 2010). De acordo com Kempe (1978), o abuso na infância é a violação dos direitos de uma criança que deve ser protegida, de pais incapazes de lidar com esta num nível considerado como razoável por parte da sociedade na qual se inserem, ou seja, a definição de abuso na infância pode variar consoante a cultura na qual estamos inseridos, dificultando a criação de uma definição consensual sobre o abuso na infância.

Vários estudos têm vindo a ser realizados no sentido de perceber qual o impacto que uma história de abuso na infância pode ter na idade adulta da vítima. Entende-se que uma criança abusada passe por um sofrimento intenso, que lhe causa traumas e limitações que permanecem ao longo da vida. Estas crianças deixam de ter uma infância dentro da normalidade, e passam a vivenciar um autêntico pesadelo. No entanto, não só ficam destroçadas na infância, como também ficam marcadas para o resto das suas vidas, e, dependendo do apoio que lhes é facultado quer na altura do acontecimento traumático, quer após esse período, as repercussões na sua vida futura podem ser limitativas e incapacitantes. Esta perspetiva negativa pode, por sua vez, torná-las mais vulneráveis no envolvimento em comportamentos sexuais de risco, o que representa uma barreira para o seu bem-estar sexual (Lemieux & Byers, 2008).

O presente estudo procura estudar o impacto do abuso na infância no bem-estar psicológico da mulher adulta, explorando psicopatologias associadas, características sociodemográficas e comportamentos sexuais de risco. Sabe-se que existem alguns fatores que promovem a adaptação social, o bem-estar psicológico e os comportamentos sexuais saudáveis, deste modo pretende-se explorar quais os fatores que promovem o ajustamento social e a prevenção de psicopatologia associada à história de abuso na infância, facilitando a adaptação à situação traumática vivida no passado, promovendo comportamentos sexuais adequados e prevenindo infeções sexualmente transmissíveis.

Uma vez que em Portugal existe uma escassez de estudos neste domínio (Costa, 2006), torna-se essencial mostrar o impacto que o trauma infantil tem na saúde mental e nos comportamentos de risco das mulheres na idade adulta.

O presente estudo, incorpora uma parte teórica, onde é realizada uma breve revisão da bibliografia mais recente sobre o tema, uma parte empírica, onde se pretende realizar uma descrição do estudo, assim como proceder ao teste das hipóteses, à descrição e discussão dos resultados, incorporando ainda as limitações e as respetivas conclusões do estudo.

2. Abuso na Infância

2.1. Tipos de Abuso: Abuso Físico e Emocional e Abuso Sexual

O abuso físico e emocional, foi definido por Browne e Finkelhor (1986) como um tipo de abuso que inclui tanto o abuso verbal e como o físico, sempre que este é percebido como cruel ou extremo, deixando marcas e hematomas, ou no qual é usado qualquer tipo de objeto físico (por exemplo, cintos, cordas) com a finalidade de provocar dor. O abuso físico na infância causa graves danos à criança, e pode ter repercussões graves no seu comportamento enquanto adulto, podendo, esses efeitos, persistir no decorrer da idade adulta (Browne & Finkelhor, 1986).

O abuso sexual infantil tem sido bastante estudado ao longo dos anos, no entanto, não existe uma definição genérica assumida, sendo que cada autor utiliza a sua própria definição, ou aquela que lhe parecer mais correta (Senn, Carey & Venable, 2008).

No seu estudo de revisão bibliográfica sobre o tema, Senn e colaboradores (2008) referem que os critérios para a definição de abuso sexual variam consoante determinadas condições. Alguns autores utilizam critérios de idade diferentes, definindo o abuso sexual infantil quando ocorre até aos 18 anos de idade, outros até aos 16 anos e ainda se verificam alguns estudos que estipulam o abuso sexual infantil até aos 13 anos.

No entanto, a dificuldade na definição não está circunscrita à estipulação da idade, mas também ao tipo de abuso que a criança sofre. Segundo Senn e colaboradores (2008), alguns autores cujas definições são mais abrangentes, identificam o abuso sexual independentemente do tipo de ato proposto à criança ou ao qual é exposta, isto é, o abuso sexual abrange o contato sexual, o exibicionismo e ainda, a solicitação. As definições mais restritivas definem o abuso sexual apenas pela penetração, e ainda existem outras definições que exigem o contato sexual, como beijos e carícias, colocando de parte a solicitação e o exibicionismo (Senn et al., 2008).

Senn e colaboradores (2008) apontam mais dois critérios para a discrepância entre as definições, a diferença de idade entre o abusador e a criança e o uso da força. Os autores

salientam ainda, que apesar dos esforços que têm sido desenvolvidos, ainda não se encontrou uma definição para o abuso sexual, o que torna difícil a comparação entre os estudos.

O abuso sexual infantil pode, também, ser definido como a exposição de uma criança a experiências violentas ou opressivas fortes, com o intuito de obter experiências sexuais com a criança, quer seja ao nível de relações sexuais acompanhadas, ou de outro tipo, com um menor, sendo percebidas por este como abusivas, não desejadas ou coercivas (Browne & Finkelhor, 1986). No presente estudo, a definição utilizada para o abuso sexual infantil foi definida por Browne e Finkelhor (1986), uma vez que são autores bastante referenciados nos estudos sobre o tema.

2.2. Consequências do Abuso Físico e Emocional e do Abuso Sexual

Os maus-tratos durante a infância têm um impacto muito negativo na criança, e pode persistir na idade adulta. Torna-se por isso importante salientar, qual o impacto que essas experiências negativas desempenham na idade adulta. Vários estudos estabelecem uma relação entre o abuso na infância e problemas médicos na idade adulta (Sachs-Ericsson, Blazer, Plant & Arnow, 2005).

No estudo de Briere e Elliot (1994), os autores referem que o abuso sexual durante a infância tem impacto no funcionamento psicológico de muitos sobreviventes, que conduzem ao desenvolvimento de comportamentos, que apesar de serem adaptativos, a longo prazo, podem ter consequências prejudiciais para as vítimas. Em contrapartida, Fiorillo, Papa e Follette (2013), salientam que existe uma associação entre o abuso físico e maiores níveis de sofrimento psicológico, quando comparado com ausência de episódios de abuso na infância.

Existe uma crescente evidência de alterações no cérebro em desenvolvimento, de crianças e adolescentes abusados, conduzindo a comportamentos atóxicos como, por exemplo, a impulsividade. Os autores Braquehais e colaboradores (2010) referem que esta característica está associada com a incapacidade adquirida do cérebro para inibir algumas ações negativas, ou seja, abuso e negligência na infância podem conduzir a uma incapacidade crónica de modular as emoções, aumentando assim o risco destas crianças e adolescentes se envolverem em relacionamentos indiscriminados com outras pessoas, nos quais podem reviver traumas antigos, podendo ser também expostos a novos traumas. Os mesmos autores referem que a impulsividade pode estar relacionada com o aumento da vulnerabilidade para o comportamento suicida, sugerindo que esta característica pode ser a ligação entre o abuso na infância e o suicídio. No entanto, no estudo desenvolvido por Nikulina e Widom (2013), não

foram encontrados dados que indiquem que o abuso sexual ou físico durante a infância causem danos a nível do funcionamento cognitivo, na idade adulta.

A revitimização é outra consequência frequentemente referenciada nos estudos desenvolvidos sobre o abuso infantil (Schumm, Briggs-Phillips & Hobfoll, 2006; Lemieux & Byers, 2008; Braquehais, e col., 2010; Aaron, Critini, Bonacquisti & Geller, 2013; Sigurdasdottir & Halldorsdottir, 2012). Uma pessoa que tenha vivenciado na infância uma história de abuso é frequentemente exposta a várias situações traumáticas, na maioria das vezes a relacionamentos nos quais revivem os traumas passados, que conduzem a vítima ao desenvolvimento de sintomatologia mental. No estudo desenvolvido por Schumm e colaboradores (2006), salienta-se que o abuso infantil é um fator de risco significativo para a violação na idade adulta, verificando-se que mulheres que tenham história de abuso tinham duas vezes mais probabilidade de sofrerem um estupro na idade adulta, do que aquelas que não tinham sofrido de abuso na infância.

Tal como Braquehais e colaboradores (2010) e Aaron e colaboradores (2013), Fiorillo e colaboradores (2013) constataram que ser vítima de abuso físico na infância é um fator de risco para ser vítima de violência no namoro. No seu estudo, 26% das mulheres que foram abusadas fisicamente durante a infância, foram vítimas de violência no namoro. Assim, pode referir-se que mulheres com história de abuso sexual são mais propensas a experiências sexuais negativas, como relações sexuais não consensuais e violação (Loeb, Gaines, Wyatt, Zhang & Liu, 2011).

Contudo, a sintomatologia e o desconforto manifestos pela vítima estão relacionados com um número indeterminado de variáveis específicas do abuso, com características específicas do indivíduo e do seu ambiente, bem como com os acontecimentos ocorridos após o término do episódio de abuso (Briere & Elliot, 1994).

No estudo de Hobfoll e colaboradores (2002), o abuso físico e emocional foi identificado como um fator de risco elevado para o desenvolvimento de humor depressivo, comparativamente ao abuso sexual infantil.

O abuso emocional na infância foi identificado como um preditor significativo para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, quando controlados os efeitos do abuso sexual e físico na infância (Fischer, Stojek e Hartzell, 2010). Segundo o estudo de Aaron e colaboradores (2013), estas mulheres podem desenvolver de igual modo ansiedade, depressão, dissociação e perturbação de *stress* pós-traumático, doenças conhecidas como sequelas psicológicas do abuso sexual infantil.

No estudo de Sigurdardottir e Halldorsdottir (2012) é referido que o abuso sexual durante a infância causa consequências muito graves no bem-estar psicológico das mulheres, nomeadamente a nível psicológico, físico e social, no qual é salientado o sofrimento intenso e dor emocional profunda. Esse mesmo estudo corrobora os dados obtidos por Aaron e colaboradores (2013), uma vez que são igualmente referidas o aparecimento, anos mais tarde, das doenças citadas, em mulheres com história de abuso.

Do mesmo modo, Bick, Zajac, Ralston e Smith (2014), revelam que os jovens que sofreram abuso na infância estão mais propensos ao desajustamento. No entanto, os autores referem que o suporte maternal tem um papel fundamental na recuperação das crianças, bem como do meio familiar no qual estão inseridas.

Na investigação realizada por Beach e colaboradores (2013), no qual analisaram a influência genética, ambiental e epigenética, em mulheres que haviam sido retiradas dos pais e que haviam sofrido de abuso sexual infantil, verificaram existia uma influência negativa do abuso sexual infantil e da psicopatologia dos pais (ou seja, carga genética), no abuso de substâncias, assim como um maior efeito do abuso sexual infantil sobre o abuso de substâncias na idade adulta. Esta investigação suporta dados de investigações anteriores indicando que o impacto do abuso sexual na infância sobre a psicopatologia adulta das mulheres persiste mesmo após o controlo de risco genético, sendo preditivo de sintomatologia de personalidade antissocial, depressão e uso de substâncias.

A longo prazo, mulheres que tenham sido abusadas sexualmente na infância, podem desenvolver um grande número de problemas de saúde físicos, apresentando sintomas gastrointestinais, urinários, ginecológicos e cardiopulmonares, assim como dor pélvica, obesidade, dor generalizada, cancro, doenças cardíacas, dores de cabeça, entre outras condições médicas inexplicáveis (Aaron et al., 2013).

As autoras Lacelle e Byers (2008), também identificaram os problemas urinários, genitais e ginecológicos, como uma consequência do abuso sexual infantil, quer na sua vertente mais grave (envolvendo penetração), quer envolvendo apenas o toque.

Um outro estudo refere que o abuso durante a infância pode ser um fator de risco para o aparecimento da síndrome metabólica (conjunto de fatores de risco para doenças cardiovasculares) durante a meia-idade, período crítico para as mulheres uma vez que há um aumento de risco cardiovascular (Midei, Matthews, Chang & Bromberger, 2013). Os mesmos autores salientam que o abuso físico parece ser particularmente prejudicial para o

aparecimento da síndrome metabólica na idade adulta, podendo mesmo designar-se como um preditor.

O abuso durante a infância pode ainda estar associado a disfunções na tiroide (Plaza et al., 2012). No estudo desenvolvido por Plaza e colaboradores (2012), verifica-se uma relação consistente entre abuso físico durante a infância e disfunções na tiróide, no entanto salientam o fato de não existirem dados consistentes no que se refere aos dois tipos de abuso infantil.

No estudo de revisão bibliográfica de Draucker e Mazurczyk (2013), foram encontradas correlações significativas entre o abuso sexual infantil e comportamentos de risco durante a adolescência. Os mesmos autores referem que durante a adolescência, crianças que foram sexualmente abusadas, podem recorrer ao uso de variadas substâncias ilícitas, assim como podem estar mais predispostos a um grande número comportamentos sexuais de risco, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, existem evidências de que o abuso sexual na infância, envolvendo contato físico e penetração sexual, pode originar um maior risco destes resultados negativos. Draucker e Mazurczyk (2013) salientam ainda que quando o abuso sexual infantil é acompanhado por outras adversidades na infância, como por exemplo o abuso físico, os sujeitos encontram-se em maior risco durante a adolescência.

No estudo de Kristman-Valente, Brown e Herrenkohl (2013), que pretendia verificar se existiam diferenças no comportamento de fumar entre homens e mulheres, durante a adolescência e a idade adulta, os resultados não mostraram uma relação significativa entre o abuso físico ou abuso sexual (quando analisados separadamente) e o risco de consumir tabaco nessas faixas etárias. No entanto, para os homens, tanto o abuso físico como o sexual teve efeitos diretos sobre a frequência de fumar na adolescência. Contudo, para o sexo feminino, apenas o abuso sexual previu o aumento da frequência de fumar na adolescência. A frequência de fumar na adolescência foi preditiva para a frequência de fumar na idade adulta, mais fortemente para o sexo feminino em comparação com os homens (Kristmen-Valente, et al., 2013).

Vários estudos focam ainda o VIH como um fator de risco para as vítimas de abuso sexual infantil (Branquehais et al., 2010; Jones et al., 2010; Aaron et al., 2013). Nesses estudos é salientado o frequente envolvimento indiscriminado em relações sexuais, sem práticas sexuais seguras, facilitando a infeção pelo VIH. Também Hobfoll e colaboradores (2002), identificaram o abuso infantil como um fator de risco para a infeção pelo VIH, no entanto, refere que existe um maior risco sobre as vítimas de abuso físico e emocional, do que sobre as vítimas de abuso sexual. No estudo de Jones e colaboradores (2010) salienta-se não

só o abuso sexual infantil como fator de risco para o VIH, como também outro tipo de maus-tratos como o abuso físico e emocional.

Em suma, a literatura refere um vasto número de consequências negativas do abuso na infância, que perduram durante toda a vida da pessoa abusada. Estas consequências estendem-se a várias dimensões da vida do indivíduo, a nível psicológico, físico e social, interferindo intensamente no percurso de vida de cada uma das vítimas, limitando-as permanentemente.

3. Impacto da História de Abuso na Idade Adulta

3.1. Depressão

As vítimas de abuso infantil têm demonstrado níveis elevados de sofrimento psicológico e possível diagnóstico, sendo a depressão considerada uma das patologias mais frequentes (Schumm et al., 2006).

A depressão pode ser caracterizada, segundo os critérios descritos pela *American Psychiatric Association* (APA) (2013) pela presença de humor depressivo, perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, podendo também incluir alterações no apetite, no peso, no sono e na atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades para pensar, para se concentrar ou tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida, podendo envolver planos e tentativas de suicídio.

Os sujeitos que padecem desta patologia, normalmente apresentam choro fácil, irritabilidade, preocupação, ruminações obsessivas, ansiedade, fobias, preocupações excessivas acerca da saúde física e queixas de dor, podendo ainda apresentar ataques de pânico, dificuldades ao nível das relações íntimas, interações sociais ou dificuldades no funcionamento sexual (APA, 2013).

O abuso infantil, a negligência e perda, quando ocorridos precocemente são considerados importantes fatores de risco, já estabelecidos, para o desenvolvimento de patologias depressivas na idade adulta (Heim & Binder, 2012). A vulnerabilidade genética, também pode ter um papel importante para o aparecimento de psicopatologia na idade adulta (Beach et al., 2013).

Vários autores tentaram identificar quais os tipos de abuso (físico, emocional e sexual) predis põem a vítima para o desenvolvimento da patologia depressiva.

Os autores Schumm e colaboradores (2006) verificaram que mulheres que relatam dois tipos de abuso (Físico e sexual), na infância e na idade adulta, desenvolvem humor

depressivo mais grave, estando mais propensas a desenvolverem uma depressão major do que aquelas mulheres que não relatam histórias de abuso. No entanto, é importante salientar que quando comparados separadamente o abuso na idade adulta com o abuso nas duas fases de desenvolvimento, verificou-se que os resultados são semelhantes no que se refere à predisposição para desenvolver uma depressão (Schumm et al., 2006).

No caso do estudo desenvolvido por Plaza e colaboradores (2010), que tinha por objetivo perceber os efeitos do abuso infantil na sintomatologia depressiva e na disfunção da tiroide, com mulheres puérperas, verificaram que o abuso infantil é um forte fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto e tem vindo a ser associado a disfunções na tiroide em mulheres diagnosticadas com depressão pós-parto. No mesmo estudo, inicialmente o abuso infantil (físico, emocional e sexual) foi associado ao desenvolvimento da depressão pós-parto, no entanto, quando controladas as variáveis, apenas os dados relativos ao abuso físico infantil se mostraram consistentes com o aparecimento da depressão pós-parto (Plaza et al., 2010).

O estudo desenvolvido por Miniati e colaboradores (2010) que se debruçou especificamente sobre os efeitos do abuso físico e emocional na infância, pretendia demonstrar que as vítimas destes tipos de abuso podiam desenvolver um subtipo de depressão caracterizado por uma fraca resposta ao tratamento, apresentando também sintomas neurovegetativos e psicomotores mais graves. Os autores verificaram que os pacientes em estudo, com episódios depressivos major e história de abuso físico, emocional e sexual, apresentavam uma resposta mais pobre ao tratamento, sendo necessária uma intervenção combinada, tendo também verificado um período mais longo até à remissão, quando comparados com pacientes sem história de abuso.

No concerne à gravidade da depressão, autores como Miniati e colaboradores (2010) referem que não foram encontradas diferenças significativas entre pacientes com história de abuso físico, emocional e sexual e pacientes sem história de abuso. Estes pacientes apenas divergem na durabilidade da doença e no período de início da mesma, uma vez que sujeitos com história de abuso físico, emocional e sexual desenvolvem a depressão mais cedo na vida e por um período mais longo (Miniati et al., 2010).

Relativamente à sintomatologia, os sujeitos com história de abuso encontram-se mais propensos a experienciarem as características típicas e atípicas da depressão, dado consistente na medida em que estes sujeitos têm uma iniciação da doença muito precoce e por um período mais longo (Miniati et al., 2010). No mesmo estudo, os autores verificaram a presença de

valores fatoriais mais elevados nos sintomas relativos ao atraso psicomotor e neurovegetativo (como os distúrbios de sono) em pacientes com história de abuso. Estes dados são ainda corroborados por estudos realizados por Levitan e colaboradores (1998) e Harkness e Monroe (2002).

3.2. Comportamentos Sexuais de Risco e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)

Na literatura é defendido que as vítimas de abuso infantil estão mais propensas a desenvolverem comportamentos sexuais de risco na idade adulta, expondo-as mais facilmente a doenças sexualmente transmissíveis. O abuso sexual infantil é um problema sério e generalizado com implicações significativas para o funcionamento sexual das mulheres adultas (Lemieux & Byers, 2008).

Por saúde sexual, entende-se um conjunto de fatores positivos e negativos do bem-estar sexual como por exemplo, a presença ou ausência de doenças sexualmente transmissíveis, a satisfação sexual, a excitação sexual, e a presença ou ausência de comportamentos sexuais de alto risco (Lacelle, Héber, Lavoire, Vitano & Tremblay, 2012).

As mulheres que vivenciaram uma história de abuso sexual com penetração ou tentativa de penetração, encontram-se mais propensas a praticar sexo casual, sexo sem proteção, abstinência sexual vulnerável, relatando menor recompensa sexual, baixa autoestima sexual e mais custos a nível sexual (Lemieux & Byers, 2008). Estes dados são comprovados no estudo desenvolvido por Lacelle e colaboradores (2012), realizado em 889 mulheres jovens adultas (das quais 31% relataram história de abuso sexual na infância) da província de Quebec, que pretendia verificar a associação entre o abuso sexual infantil e a saúde sexual na idade adulta, concluíram que existe uma relação significativa entre esses dois aspetos. Os resultados refletem que mulheres que tenham sofrido de abuso sexual infantil, no seu cariz mais grave, encontram-se mais vulneráveis a desenvolverem comportamentos sexuais de alto risco, com problemas de saúde sexual adversos e comportamentos sexuais problemáticos.

Os comportamentos sexuais de risco de mulheres que sofreram abuso sexual infantil mais grave, envolvendo penetração, que predispõem a pessoa para uma maior vulnerabilidade no que concerne à infecção por IST's, centram-se essencialmente na idade precoce da primeira relação sexual consensual, no maior número de parceiros sexuais durante a vida, bem como no uso inconsistente do preservativo (Lacelle et al., 2012).

Contudo, refere-se que mulheres vítimas de abuso sexual infantil, que não envolveu penetração, mas apenas toque, experienciam sentimentos negativos durante a atividade sexual, assim como um autoconceito sexual igualmente negativo, quando comparadas com mulheres que não enfrentaram uma história de abuso (Lacelle et al., 2012). As autoras referem que a emoção orientada pode ser usada como uma estratégia de *coping*, e que por esse motivo levanta a possibilidade de experienciarem sentimentos negativos relativamente ao autoconceito sexual, nomeadamente a presença de sentimentos negativos durante o ato sexual, maior ansiedade e medo sexual, bem como menor satisfação sexual. No entanto, referem que esta estratégia de *coping* (emoção orientada) não é um mediador do abuso sexual infantil e os comportamentos sexuais de risco.

3.3. O Papel do Suporte Social

No estudo de Schumm e colaboradores (2006) é referenciado que existe uma associação entre o abuso infantil e/ou violação com a perceção atual do suporte social. O suporte social pode ter um papel fundamental no controlo das consequências resultantes de um acontecimento traumático quer este tenha ocorrido na infância ou idade adulta.

A experiência de abuso durante a infância, estupro, conciliado com a perceção de falta de suporte social, aumenta a probabilidade das mulheres desenvolverem morbilidade psicológica, nomeadamente depressão e PTSD (Schumm et al., 2006).

O suporte social é importante pelo seu efeito *buffer*, especialmente quando se verifica perda de recursos (Schumm et al., 2006). Os autores Schumm, Stines, Hobfoll e Jackson (2005) salientaram que a perda de recursos pode aumentar o humor depressivo e agravar a PTSD. Os autores, referem ainda que o abuso sexual infantil tem um efeito preditivo de elevada significância no que concerne à perda de recursos, que por sua vez foi preditivo para o humor depressivo e o transtorno de *stress* pós-traumático. Assim, o abuso sexual infantil conduz a uma maior exposição ao *stress*, conduzindo, mais tarde, a uma maior vulnerabilidade a essa exposição. Contudo, existem estudos que defendem que o suporte social tem um papel fundamental no controlo das consequências adquiridas de uma história de abuso infantil. A perceção de suporte social pode ser duas vezes mais baixa em mulheres que vivenciaram uma história de abuso infantil, do que em mulheres que não experienciaram nenhum tipo de abuso (Schumm et al., 2006).

As mulheres que sofreram revitimização encontram-se mais predispostas a um baixo suporte social, como foi verificado no estudo desenvolvido por Schumm e colaboradores (2006), no qual é referido que “mulheres que tenham sofrido de abuso infantil e violação na

idade adulta possuem uma probabilidade 4.57 vezes maior de um suporte social baixo. Estes resultados suportam a teoria de conservação de recursos de Hobfoll (1998), que prevê que eventos traumáticos podem conduzir à perda de recursos, como o suporte social, e por conseguinte essa perda de recursos, conduzir a uma perda das habilidades que as vítimas adquirem para ultrapassarem os acontecimentos traumáticos”.

No que concerne à PTSD, o suporte social elevado possui um efeito controlador do *stress* em mulheres que experienciaram abusos tanto na infância como na idade adulta (Schumm et al., 2006). No entanto, quando analisado separadamente os tipos de abuso ou a ausência deles, não se verifica um grande impacto do suporte social na PTSD (Schumm et al., 2006).

Num estudo desenvolvido com mulheres vítimas de violência por parte do parceiro, Badcock, Roseman, Green e Ross (2008), verificaram que o suporte social tinha um papel moderador entre o abuso físico e psicológico e os sintomas de PTSD. No entanto, o abuso psicológico não era preditivo de PTSD. Os autores sugerem que os sintomas de PTSD provocados pelo abuso psicológico foram mascarados por um moderador, o suporte social, uma vez que o abuso psicológico só foi preditivo de PTSD quando os resultados do suporte social eram baixos.

O suporte social, no que se refere à depressão, também pode ter um efeito controlador, uma vez que no estudo de Uebelacker e colaboradores (2014), o suporte social foi associado a menores níveis de sintomatologia depressiva.

Schumm e colaboradores (2006) salientam ainda que o suporte social percebido pode ser uma variável fundamental para a lidar com o trauma, especificamente em mulheres que sofreram acontecimentos traumáticos ao longo de vários períodos de desenvolvimento, tornando-se um fator importante para a resiliência das vítimas. Em suma, os recursos psicossociais (e.g. suporte social) encontram-se associados a melhores resultados emocionais, assim como um menor risco de VIH para as mulheres (Hobfoll et al., 2002).

3.4. O Papel da Autoeficácia

A autoeficácia é um conceito definido como a confiança na capacidade para executar um determinado comportamento, tendo sido considerado como um componente importante de mudança de comportamento relacionados com a saúde (Bandura, 1977). Bandura (1997) refere ainda que a autoeficácia é como um conjunto de crenças de uma pessoa acerca da sua capacidade de exercer controlo sobre o seu funcionamento e sobre as situações que afetam as

suas vidas. Por esta razão, torna-se importante perceber o papel deste conceito quando se trata de pessoas que sofreram de abuso durante a infância.

Vários estudos têm confirmado uma associação negativa entre a autoeficácia e o trauma infantil. Num estudo desenvolvido por Sachs-Ericsson, Medley, Kendall-Tackett e Taylor (2011), o abuso infantil em mulheres foi preditivo de níveis mais baixos de autoeficácia, quando comparados com indivíduos sem história de abuso. Também, Maciejewski, Prigerson e Mazure (2000), desenvolveram um estudo que pretendia verificar em que medida a autoeficácia mediava os efeitos dos acontecimentos de vida stressantes e dos sintomas depressivos. Neste sentido, concluíram que os sujeitos com depressão tinham níveis mais baixos de autoeficácia, bem como sintomatologia depressiva mais grave e acontecimentos de stressantes do que aqueles que não tinham depressão. Os mesmos autores verificaram ainda que os sujeitos com depressão sofreram níveis mais elevados de tensão financeira e tronavam-se mais propensos ao desenvolvimento de doenças crónicas. Em suma, estes autores referem que um acontecimento de vida stressante conduz a um comportamento do indivíduo, provocando depressão e baixando os níveis de autoeficácia, que por sua vez torna o sujeito mais vulnerável para experienciar subseqüentes acontecimentos de vida stressantes, diminuindo ainda mais a sua autoeficácia, predispondo-o novamente a um episódio depressivo, criando um círculo.

Num estudo desenvolvido por Zhang e Jin (2014), em 427 mulheres puérperas, cujo objetivo se centrava em perceber qual o impacto do suporte social percebido na depressão pós-parto, focando o papel mediador da autoeficácia, verificaram que tanto o suporte social como a autoeficácia se relacionavam com a depressão pós-parto, indicando que a autoeficácia medeia parcialmente a associação entre o apoio social e a depressão pós-parto.

Num outro estudo, realizado em 201 participantes, que pretendia verificar a ligação negativa entre a depressão e a diabetes, que pode afetar negativamente a adesão ao tratamentos e recomendações da diabetes, foi verificado que a autoeficácia e alguns tipos de suporte social têm um papel fundamental de mediadores na adesão ao tratamento, bem como na diminuição do efeito negativo da depressão sobre a adesão (Tovar, Rayens, Gokun & Clark, 2013).

Um estudo realizado com sujeitos com história de abuso, que pretendia verificar a associação entre o trauma infantil e a perturbação de défice de atenção, analisando o papel da autoeficácia, verificaram que as diferenças individuais no *coping* da autoeficácia mediavam totalmente a associação entre o abuso na infância e os sintomas da perturbação de défice de

atenção na idade adulta, ou seja, crianças que sofreram abuso na infância, demonstram níveis de autoeficácia mais baixos ao nível das estratégias de enfrentamento face aos sintomas de défice de atenção (Singer, Humphrey & Lee, 2012).

A autoeficácia tem um papel importante no controlo das consequências traumáticas do abuso infantil, considerando que a PTSD é uma consequência do abuso na infância (Aaron et al., 2013), sabe-se que os sintomas provocados por esta patologia têm um impacto na autoeficácia da criança abusada (Diehl & Prout, 2002). Os autores Diehl e Prout (2002) salientam que as crenças de autoeficácia de uma criança abusada refletem-se no curso e tratamento da PTSD, devido ao papel mediador da autoeficácia percebida na capacidade de lidar com o trauma.

No estudo desenvolvido por Bockers, Roepke, Michael, Renneberg & Knaevelsrud (2014), revelam que os baixos níveis de autoeficácia, combinados com outras características como a ansiedade de afeto, maior estado de dissociação e falta de capacidade de reconhecimento de risco, pode aumentar o risco de revitimização.

Em suma, verifica-se que a autoeficácia tem um papel mediador entre as consequências do abuso infantil e o impacto destas na idade adulta. Associada ao suporte social, a autoeficácia pode ter um papel fundamental para diminuir o impacto das mesmas nas diferentes áreas de vida do sujeito abusado.

II Capítulo

4. Metodologia

4.1. Objetivos

O principal objetivo da presente investigação é avaliar a relação entre a história de trauma na infância (abuso sexual e abuso físico e emocional), bem-estar psicológico (depressão e stress), recursos (suporte social e auto-eficácia) e o risco face às infeções sexualmente transmissíveis (IST's e número de parceiros), numa população de 767 mulheres, utentes da consulta de planeamento familiar. Procura-se igualmente analisar as diferenças entre mulheres vítimas de trauma na infância e mulheres sem história de trauma na infância, bem como, analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas, para além de contribuir para a criação de programas futuros de intervenção nas vítimas de trauma infantil.

4.2. Design

O presente estudo é quantitativo, caracteriza-se como sendo transversal e correlacional na medida em que se foca num grupo de pessoas representativo da população, sendo os dados recolhidos num único momento, ao nível das relações entre as diferentes variáveis (Almeida & Freire, 2003).

4.3. Variáveis

4.3.1. Variáveis Sociodemográficas

Idade, idade categorizada, meio, nível de educação, estatuto profissional atual, estado civil, religião e rendimento atual.

4.3.2. Variáveis Clínicas

IST's e número de parceiros.

4.3.3. Variáveis Psicológicas

História de Trauma na infância (abuso sexual e abuso físico e emocional), depressão, suporte social, *stress* e autoeficácia geral.

4.4. Hipóteses

1. Espera-se que haja diferenças significativas entre as mulheres com história de trauma na infância *versus* sem história de trauma na infância ao nível da depressão, do suporte social, do *stress*, da autoeficácia geral, das IST's e do número de parceiros.

2. Espera-se encontrar:

a) Uma relação positiva significativa entre a história de trauma na infância e a sintomatologia depressiva e o *stress*;

b) Uma relação negativa entre a história de trauma na infância e o suporte social.

4.5. Análise Exploratória

Para além da análise das hipóteses principais foram realizadas análises exploratórias para verificar as relações entre as diferentes variáveis em estudo.

4.6. Procedimento de Recolha de Dados

A amostra foi recolhida, nos cuidados de saúde primários a 767 mulheres (N=767), com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, inseridas na Consulta de Planeamento Familiar, da Unidade de Saúde Familiar (USF) de São Nicolau do Centro de Saúde da Amorosa, Centro de Saúde de Fafe, Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto e Centro de Saúde de Vizela, no ACES Alto-Ave. Trata-se portanto de uma amostragem não probabilística, por conveniência.

Os critérios de inclusão para as participantes foram: ser do sexo feminino, estar inscrita nas consultas de planeamento familiar, ter idade superior a 18 anos e inferior a 65 anos e fazer parte do ACES Alto-Ave. Os critérios de exclusão foram: Não se do sexo feminino, a não inscrição na consulta de planeamento familiar, ter idade inferior a 18 anos e superior a 65 anos, não fazer parte do Aces Alto-Ave.

Quanto ao procedimento de recolha de dados, num primeiro momento procedeu-se ao pedido de aprovação da investigação ao presidente executivo do ACES Alto-Ave para a realização da investigação, após a sua aprovação (anexo 1), procedeu-se à comunicação da investigação, e do respetivo processo de recolha de dados, aos coordenadores dos Centros de Saúde. Os coordenadores informaram todos os secretários que se encontram na receção, dos centros de saúde sobre a existência de uma investigação, solicitando que estes promovessem uma primeira abordagem sobre a realização de uma investigação, sobre o âmbito e a finalidade da investigação, sobre o carácter voluntário e confidencial e a possibilidade de desistência a qualquer momento, às utentes inscritas na consulta de planeamento familiar.

As utentes previamente informadas foram novamente abordadas pela investigadora, após a aprovação das utentes, estas foram encaminhadas para uma sala cedida pelos coordenadores dos centros de Saúde, do ACES Alto-Ave, onde inicialmente foram cumpridos os requisitos éticos e deontológicos através da informação, prestada pela investigadora, acerca da natureza e finalidade da investigação, garantindo uma participação voluntária, confidencial e informada das participantes, e possibilidade de desistência a qualquer momento, seguindo-se as assinaturas do consentimento informado (Anexo 2). Foram requeridas duas assinaturas do consentimento informado, sendo que um dos documentos fica para a participante e o outro para a investigadora. De seguida, administraram-se os instrumentos supracitados. O processo de recolha de dados foi efetuado da mesma forma para todas as participantes.

4.7. Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 767 mulheres inscritas nas consultas de Planeamento Familiar das Unidades de Saúde Familiar, do ACES- Alto Ave.

A idade das participantes varia entre os 18 e os 65 anos, com uma média de 36,28 e um desvio padrão 11.123. Sendo que 243 (31.7%) das mulheres apresenta idades entre (18-29) anos, 235 (30.6%) apresenta idades compreendidas entre os (30-39) anos e 289 (37.7%), apresenta idades compreendidas entre os (40-64) anos. No que diz respeito ao meio em que vivem, 379 (49.4%) vive no meio rural e 388 (50.6%) vive no meio urbano. Em relação nível de educação, 314 (40.9%) têm menos que o ensino secundário e 453 (59.1%) têm o ensino secundário ou mais. Quanto ao estatuto profissional atual, 223 (29.1%) não tem emprego e 544 (71.9%) tem emprego. Relativamente ao estado civil, 401 (52.3 %) são casadas, 65 (8.5%) vivem em união de facto, 235 (30.6%) são solteiras, 51 (6.6%) são divorciadas ou separadas e 15 (2.0%) são viúvas. No que diz respeito à religiosidade, 499 (65.1%) são religiosas, 198 (25,8%) consideram-se mais ou menos religiosas e 70 (9,1%) não se consideram religiosas. Em relação à religiosidade atual, 270 (35.2%) não vão à missa, 291 (37.9%) vão às vezes à missa e 206 (26.9%) vão à missa. No que concerne o rendimento anual, 512 (66.8%) recebem menos de 6 000 euros por ano, 180 (23.5%) recebem entre 6 000 euros e 12 000 euros por ano, 75 (9.8%) recebem mais de 12 000 euros por ano.

Na tabela 1 são apresentadas as principais características sociodemográficas e clínicas da amostra (N= 767) em estudo.

Relativamente às variáveis psicológicas, a média obtida para a história de trauma na infância é de 3.02, e o desvio padrão de 4.3, para o total, sendo que para o abuso sexual obteve-se 0.4 de média e 2.1 de desvio padrão, e para o abuso físico e emocional a média é de

2.7 e o desvio padrão 3.6. Na amostra verifica-se que 480 participantes (62.6%) sofreram de trauma na infância e 287 participantes não tiveram qualquer tipo de experiência traumática durante a infância. No que concerne ao abuso sexual infantil, apenas 33 mulheres (4.3%) relatam este tipo de experiência na infância, enquanto 416 mulheres (54.2 %) afirmam que sofreram de abuso físico e emocional na infância. Relativamente à depressão, considerando o ponto de corte 20 (Mendes & Fagulha, 2012), 267 mulheres (34.8%) apresentam sintomatologia depressiva e 500 mulheres (65.2%) não apresentam sintomatologia depressiva, apresentando uma média de 16.12 e desvio padrão de 10.92 (*mínimo* = 0; *máximo* = 55). Relativamente ao suporte social verifica-se uma média de 15.68 e um desvio padrão de 3.84 (*mínimo* = 0; *máximo* = 20). No que concerne ao *stress* total verifica-se uma média de 13.17 e um desvio padrão de 12.13 (*mínimo* = 0; *máximo* = 8). Relativamente à autoeficácia geral, obteve-se uma média de 4.58 e um desvio padrão de .81 (*mínimo* = 1; *máximo* = 7).

Na tabela 2 são apresentadas as principais características psicológicas da amostra ($N=767$) em estudo.

Relativamente às variáveis clínicas, verifica-se que 48 mulheres (6.3%) tiveram uma IST's e 719 mulheres (93.7%) nunca teve uma IST. No que concerne ao tipo de IST, 5 mulheres (0.7%) tiveram hepatite B, 2 mulheres (0.3%) tiveram gonorreia, 3 mulheres (0.4%) tiveram sífilis, 8 mulheres (1%) tiveram herpes genital, 12 mulheres (1.6%) tiveram clamidíase, 18 mulheres (2.3%) já tiveram Herpes, 3 mulheres (0.4%) já tiveram tricomoníase, e 3 mulheres (0.4%) já tiveram piolhos púbicos. Nos últimos três meses, apenas três mulheres (0.4%) afirma ter tido uma IST, nomeadamente hepatite b, gonorreia, clamidíase e herpes. Quando questionadas sobre a realização do teste de VIH, 308 mulheres (40.2 %) afirmam já ter feito e 459 mulheres (59.8%) nunca fizeram o teste, sendo que para nenhuma das mulheres o teste foi positivo. No que se refere ao número de parceiros, 758 mulheres (98.8%) afirmam que têm apenas um parceiro sexual, contrastando com 9 mulheres (1.2%) que afirmam ter mais do que um parceiro.

Na tabela 3 são apresentadas as características clínicas da amostra ($n=767$) em estudo.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=767)

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>dp</i>
Idade	767	100	36.28	11.123
Nível de educação				
Menos do que ensino secundário	314	40.9		
Mais do que ensino secundário	453	59.1		
Estatuto profissional atual				
Empregada	544	71.9		
Desempregada	223	29.1		
Estado civil				
Casada/União de facto	464	60.5		
Solteira	235	30.6		
Divorciada/ separada/ Viúva	68	8.9		
Religião				
Católica praticante	391	51.0		
Católica não praticante	329	42.9		
Outras	47	6.1		
Rendimento anual				
Inferior a 6 000 euros	512	66.8		
De 6 000 a 12 000 euros	180	23.5		
Superior a 12 000 euros	75	9.8		

Tabela 2 Caracterização Psicológica da Amostra (N=767)

Variável	n	%	M	DP
História de Trauma Infantil			3.02	4.3
Ausência de História de Abuso Infantil	287	37.4		
Presença de História de Abuso Infantil	480	62.6		
Abuso Físico e Emocional			2.7	3.6
Ausência de Abuso Físico e Emocional na Infância	351	45.8		
Presença de Abuso Físico e Emocional na Infância	416	54.2		
Abuso Sexual			0.4	2.1
Ausência de Abuso Sexual na Infância	734	95.7		
Presença de Abuso Sexual na Infância	33	4.3		
Depressão			16.12	10.92
Com Sintomatologia Depressiva	267	34.8		
Sem Sintomatologia Depressiva	500	65.2		
Suporte Social			15.68	3.84
<i>Stress</i>			13.17	12.13
Autoeficácia Geral			4.58	.81

Tabela 3 Caracterização Clínica da Amostra (N=767)

Variável	n	%	M	DP
O seu parceiro atual é o seu único parceiro?				
Sim	758	98.8		
Não	9	1.2		
Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível?				
Sim	719	93.7		
Não	48	6.3		

4.8. Instrumentos

4.8.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi desenvolvido por McIntyre, Costa e Hobfoll (2002) e encontra-se organizado em 19 itens, de formato misto, com questões abertas e de escolha múltipla, procurando recolher informação sobre as variáveis sociodemográficas. No presente estudo, apenas foram utilizadas 6 itens do questionário sociodemográfico: idade, nível de escolaridade, empregabilidade, estado civil, religião e rendimento anual.

4.8.2. Questionário da Conservação de Recursos (Conservation of Resources – Evaluation Questionnaire - COR-E)

Descrição da Versão Original

O Questionário da Conservação de Recursos (COR-E), na sua versão original de Hobfoll e Lilly (1993, Citado por Costa, 2006), permite medir o grau em que as mulheres se encontraram em condições stressantes devido à perda material, de condição, de características pessoais e de recursos de energia, ou seja, permite avaliar os ganhos e perdas de recursos (Hobfoll, Lilly & Jackson, 1992 citado por Costa, 2006). O questionário é composto por 74 itens, constituindo uma listagem abrangente de 74 recursos, relativos a recursos de trabalho, recursos pessoais, recursos materiais, recursos de energia e recursos interpessoais.

Este instrumento tem várias versões, o que torna difícil a sua descrição. Uma dessas versões foi desenvolvida por Hobfoll e Schroder (2001), que utilizaram o COR-E no sentido de avaliar o *stress*, num estudo relativo a estratégias de *coping*, cuja amostra compreendia um total de 1339 mulheres (cit. in, Costa, 2006). Neste estudo, criaram uma versão do COR-E com os itens que consideravam mais relevantes para essa população, num conjunto total de 44 itens, esses itens foram ainda organizados em sete escalas (*Stress* Financeiro; *Stress* no Trabalho; *Stress* Social; *Stress* Parental; Condições de Alojamento e Ferramentas; *Stress* relacionado com a Saúde e, *Stress* no Tempo), após terem sido realizadas análises fatoriais.

Cotação

Na versão original de Hobfoll e Lilly (1993), o modo de resposta para os 74 itens centra-se numa escala *Likert* de 1 a 7 pontos para a perda de recursos e para o ganho dos mesmos (1 = pouca perda/pouco ganho, 7 = muita perda/muito ganho) em dois momentos (nas últimas semanas e durante o último ano).

Na versão desenvolvida por Hobfoll e Schroder (2001), o modo de resposta para os 44 itens, foram dadas numa escala de três pontos (1= nenhuma ameaça ou perda; 2=alguma ameaça ou perda; 3=muita ameaça ou perda), com uma categoria adicional “não se aplica”, caso algum item não fosse adequado a determinada área da vida do participante. Neste caso, o “não se aplica” foi classificado como “nenhuma ameaça ou perda”, e os totais foram calculados de modo a obter indicadores para os diferentes tipos de ameaça ou perda.

Características Psicométricas da versão Original

No que concerne à fidelidade da versão original de Hobfoll e Lilly (1993), os dados obtidos no teste-reteste para as medidas de perda de recursos e ganhos recentes, variavam entre os .55 e os .64, sendo que para as medidas de perda e ganho durante o último ano variavam dos .64 e os .67 (citado por Costa, 2006).

Para a versão desenvolvida por Hobfoll e Schroder (2001), foram encontrados bons níveis de consistência interna para as sete subescalas encontradas: .87 para o *stress* financeiro; .82 para o *stress* no trabalho, .81 para o *stress* social; .78 para o *stress* parental; .74 para as condições de alojamento-ferramentas; .59 para o *stress* relacionado com a saúde, e .65 para o *stress* no tempo.

Versão Portuguesa

No presente estudo, a versão a utilizar será a de Hobfoll e Schroder (2001, citado por Costa, 2006), na sua versão traduzida e adaptada, para a população portuguesa, por Costa e McIntyre (2006). Nesta versão portuguesa, a perda de recursos foi medida por 40 itens do Questionário de Conservação de recursos – Avaliação (Hobfoll, 2002, citado por Costa, 2006), tendo sido retirados os itens relativos as filhos.

Neste estudo, o instrumento em questão será utilizado para a avaliação total do *stress*, não sendo consideradas as suas subescalas.

Cotação

Foi pedido a cada uma das participantes que classificassem a perda ou ameaça de perda para cada item numa escala de três pontos: 0=nenhuma ameaça ou perda, 1= alguma ameaça ou perda, 2= muita ameaça ou perda, com uma categoria adicional “não se aplica”, caso algum item não se adequasse a alguma participante, sendo recodificada como 0=nenhuma ameaça ou perda (Costa, 2006).

Os *scores* totais foram computadorizados para obter indicadores para os diferentes tipos de ameaça ou perda, sendo que os scores mais elevados indicam maior *stress* (Costa, 2006).

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

Apesar dos dados obtidos no estudo de Costa (2006), constituem apenas um estudo piloto das características psicométricas, uma vez que o tamanho da amostra não permite uma validação definitiva do instrumento. Contudo, os dados obtidos podem ser utilizados como uma referência, deste modo, o alfa de *Cronbach* obtido para a escala total foi de .90. No que concerne às subescalas do instrumento, os valores do alfa de Cronbach são os seguintes: .93 para a subescala *Stress* Social, .82 para a subescala *Stress* Saúde, .86 para a subescala *Stress* no Tempo, .93 para a subescala Condições Domésticas, e .95 para a subescala *Stress* Financeiro.

Características Psicométricas do Presente Estudo

No presente estudo, com uma amostra de 767 mulheres, utentes da consulta de planeamento familiar, o instrumento apresenta um *alfa de cronbach* de .93 para a escala total. No que concerne às subescalas do instrumento, os alfas de cronbach são os seguintes: .85 para o *stress* social, .60 para *stress* na saúde, .76 para o *stress* no tempo, .78 para o *stress* nas condições domésticas, .91 para o *stress* financeiro e .97 para o *stress* no trabalho (anexo 3).

4.8.3. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

(Randloff, 1977)

Descrição da Versão Original

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), desenvolvida por Randloff (1977, citado por Costa, 2006), esta tem por objetivo medir a sintomatologia depressiva atual, na população em geral, concentrando-se de forma mais específica na componente afetiva, isto é, no humor deprimido. É uma escala de autorrelato, contendo 20 itens que se reportam ao humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desprezo, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono e outros sinalizadores de sintomatologia depressiva referidos na literatura.

Cotação

A resposta aos itens realiza-se com base numa escala tipo *likert*, de frequência de ocorrência do sintoma, variando entre 0 (raramente ou nenhum tempo) e 3 (sempre ou a maior parte do tempo).

Características Psicométricas da Versão Original

No que concerne à fidelidade, verifica-se que a escala possui uma elevada consistência interna e adequada fidelidade no estudo *test-reteste* de validação, tendo sido encontrado um alfa de Cronbach de .85 para a população geral e de .90 para a população clínica (Randloff, 1977 citado por Costa, 2006). No entanto num estudo posterior, de Hofboll e colaboradores (1994, citado por Costa, 2006) o valor da consistência interna foi de .80.

Versão Portuguesa

A versão utilizada foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2003).

Cotação

A cotação realiza-se da mesma forma que na versão original, sendo que a resposta aos itens realiza-se com base numa escala tipo *likert*, de frequência de ocorrência do sintoma, variando entre 0 (raramente ou nenhum tempo) e 3 (sempre ou a maior parte do tempo). O ponto de corte para população portuguesa é de 20 pontos, sendo que resultados inferiores a 20 indicam ausência de sintomatologia depressiva, e resultados superiores indicam presença de sintomatologia depressiva, obtidos no estudo desenvolvido por Mendes e Fagulha (2012) para a prevalência de sintomatologia depressiva na população portuguesa.

Características psicométricas da versão Portuguesa

No estudo desenvolvido por Gonçalves e Fagulha (2003, citado por Costa, 2006), verificou-se que a consistência interna para a versão portuguesa era elevada, tendo sido encontrados alfas mais elevados, nas amostras do estudo, .92, .89 e .87.

Características Psicométricas no presente Estudo

No presente estudo, para uma amostra de 767 mulheres utentes da consulta de planeamento familiar, obteve-se o seguinte um *alfa de cronbach* para a escala total de .90. Para às subescalas afeto depressivo o alfa foi de .89, para a subescala afeto positivo o alfa foi de .57, para a subescala sintomas somáticos o alfa foi de .85 e para a subescala interpessoal o alfa foi de .56 (anexo 4).

4.8.4. Escala de Suporte Social (*Social Provisions Scale: Relationship Questionnaire - SPS*)

Descrição da Versão Original

A Escala de Suporte Social, na sua versão original foi desenvolvida em 1978 e compreendia doze afirmações, duas por cada função social, definidas por Weis (1974, citado por Costa, 2006), sendo uma positiva e a outra negativa. Mais tarde, no sentido de melhor representar cada função, Cutrona e Russel adicionaram doze novos itens, dois por cada dimensão, constituindo deste modo a Escala de Suporte Social Revista (1993, citado por Costa, 2006). O modo de resposta foi também simplificado para uma escala de quatro pontos, facilitando a utilização do instrumento (Costa, 2006). Esta escala visa avaliar os componentes específicos do suporte social, assim como o nível global de suporte disponível para o sujeito.

Cotação

O formato de resposta comporta a uma escala de quatro pontos.

Características Psicométricas da versão Original

Relativamente à consistência interna da escala original, verifica-se um alfa de *Cronbach* entre .65 e .76 para as subescalas e de .92 para a escala total.

Versão Portuguesa

A versão utilizada neste estudo será a versão portuguesa de Costa e McIntyre (2006), constituída por 10 itens, selecionados por Hobfoll no *Woman's Health Study Questionnaire* (2002). Estes itens encontram-se organizados em 5 subescalas, nomeadamente: relação de confiança, integração social, orientação, vinculação e reconhecimento. As dez afirmações avaliam as relações do sujeito com os amigos e os familiares.

Cotação

O modo de resposta centra-se numa escala tipo *likert* com quatro possibilidades para cada afirmação, assinalando apenas uma: “não”= 0, “às vezes”= 1, “Sim”= 2 ou “Incerteza”= 0. A presente escala possui itens invertidos, nomeadamente os itens 2, 4, 5, 8 e 10, sendo necessário realizar a cotação no sentido inverso, “não”= 2, “às vezes”= 1, “Sim”= 0 ou Incerteza= 0.

Os valores mais elevados indicam suporte social global elevado, e valores mais baixos indicam níveis inferiores de suporte social global.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

Uma vez que se trata de uma versão parcial da escala de suporte social, os dados obtidos no estudo desenvolvido por Costa (2006), não podem ser utilizados para a validação da escala para a população portuguesa. Neste sentido os dados obtidos serão utilizados como uma referência para o presente estudo.

Os dados obtidos para a consistência interna no estudo de Costa (2006), foi de .72 para a escala total.

Características Psicométricas do Presente Estudo

No presente estudo, com uma amostra de 767 mulheres utentes da consulta de planeamento familiar, o instrumento apresenta um *alfa de Cronbach* de .78 para a escala total (anexo 5).

4.8.5. Escala de Autoeficácia Geral (*General Self-Efficacy Scale* – GSES)

Descrição da Versão Original

A Escala de Autoeficácia Geral (GSES) foi desenvolvida por Schwarzer e Jerusalem (2000, citado por Costa, 2006) tendo por objetivo avaliar a perceção de competência pessoal para lidar de forma eficaz com uma pluralidade de acontecimentos stressantes, ou seja, a crença global e constante de ser capaz de controlar desafios ambientais, sendo agente. Segundo os autores Schwarzer e Scholz (2000, citado por Costa, 2006), a autoeficácia geral refere-se a um sentido estável de competência pessoal, para lidar de modo concreto com uma variedade de acontecimentos stressantes, deste modo, a escala desenvolvida pretende avaliar este constructo.

A GSES começou a ser desenvolvida originalmente por Jerusalem e Schwarzer (1981), e compreendia um total de 20 itens, sendo mais tarde reformulada e reduzida para uma versão de 10 itens (Schwarzer & Jerusalem, 1995, citado por Costa, 2006).

Cotação

A GSES é uma escala que compreende um questionário de 10 itens, cujo modo de resposta varia entre 1 (baixo) a 4 (elevado), consistindo numa escala tipo *likert* de 4 pontos. Para cada item existem quatro opções de resposta, devendo a pessoa escolher apenas uma de acordo com a sua percepção de autoeficácia geral. O total da escala resulta da soma de todos os itens, sendo que os valores mais elevados indicam níveis elevados de autoeficácia geral.

Características Psicométricas da Versão Original

Os coeficientes encontrados para a consistência interna variam entre os alfas de .75 e .91, revelando uma elevada consistência interna, obtendo uma fidelidade teste-reteste, entre .55 e .75 (Schwarzer & Scholz, 2000, citado por Costa, 2006).

Versão Portuguesa

A versão portuguesa da Escala de Autoeficácia Geral utilizada neste estudo, corresponde a uma versão experimental de McIntyre e Costa (2002). Esta versão é constituída pelos dez itens da escala original. No entanto, o método de cotação foi reformulado, em vez de uma escala de quatro pontos, passou a utilizar-se uma escala de sete pontos, na qual varia de 1 (falso) a 7 (verdadeiro), de acordo com a versão utilizada por Hobfoll no *Women's Health Study Questionnaire* (Costa, 2006).

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

A consistência interna para a GSES foi avaliada através do coeficiente de consistência interna de *Cronbach* para o total da escala, obtendo-se uma alfa de *Cronbach* de .84. A escala apresenta uma elevada consistência interna, sendo que todos os itens apresentam correlações acima de .42 com o total da escala, variando entre .42 e .67 (Costa, 2006).

Características Psicométricas no Presente Estudo

No presente estudo, com uma amostra de 677 mulheres utentes da consulta de planeamento, o instrumento apresenta um alfa de *Cronbach* de .70 para a escala total (anexo 6).

4.8.6. Questionário de Comportamentos de Risco: Marcadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e VIH (*STD Markers*)

Descrição da Versão Original

O Questionário de Comportamentos de Risco: Marcadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e VIH (*SDT Markers*) foi desenvolvido por Hobfoll e colaboradores (2002) e tem por objetivo verificar potenciais autorrelatos de IST's e VIH ao longo da vida das participantes e durante um determinado período (últimos três meses). Adicionalmente é também questionado se os sujeitos já foram testados relativamente ao VIH e qual foi o resultado (Costa, 2006).

Versão Portuguesa

A versão utilizada no presente estudo foi traduzida por Costa e McIntyre (2002).

Cotação

Os dados obtidos através deste questionário apenas serviram para caracterização da amostra, ao nível da estatística descritiva, nomeadamente percentagens.

4.8.7. Questionário de Trauma Infantil (CTQ)

Descrição da Versão Original

O Questionário de Trauma Infantil (CTQ) (Bernstein e colaboradores, 1994, citado por Costa, 2006) consiste numa escala de 70 itens, cotados numa escala de *likert* de 5 pontos, com o objetivo de avaliar, de forma breve, de confiança e válida, um conjunto de experiências traumáticas. Existem várias versões do CTQ, pelo que neste estudo será utilizada uma versão mais breve desenvolvida por Hobfoll e colaboradores (2002, citado por Costa, 2006). Esta versão é constituída por 14 itens. Os itens do CTQ encontram-se divididos em duas subescalas: abuso físico/emocional e abuso sexual.

Cotação

A resposta aos itens baseia-se numa escala de 5 pontos (nunca verdadeiro, raramente verdadeiro, às vezes verdadeiro, frequentemente verdadeiro, e muitas vezes verdadeiro).

Características Psicométricas da Versão Original

Ao nível da consistência interna e fidelidade, vários estudos apontam para elevados valores na sua versão original (Costa, 2006). No entanto, não foram encontrados dados relativos à versão breve desenvolvida por Hobfoll e colaboradores (2002, citado por Costa 2006) pelo que se mantém a necessidade de validar o CTQ para a população portuguesa.

Versão Portuguesa

No presente estudo, foi utilizada a versão experimental portuguesa de Costa e McIntyre (2002), que compreende 11 dos 14 itens da versão breve desenvolvida por Hobfoll e colaboradores (2002, citado por Costa, 2006). Os itens encontram-se agrupados em duas subescalas: Abuso Sexual (cinco itens) e Abuso físico e emocional (seis itens).

No presente estudo, será utilizada a escala total para a avaliação do trauma infantil conjugando os dois tipos de abuso, assim como as subescalas de modo a verificar o impacto de cada um, discriminadamente.

Cotação

No presente estudo, a resposta aos itens faz-se igualmente através de uma escala de 5 pontos (0 = nunca verdadeiro, 1 = raramente verdadeiro, 2 = às vezes verdadeiro, 3 = frequentemente verdadeiro, e 4 = muitas vezes verdadeiro). O somatório dos itens indicam a presença ou ausência de abuso durante a infância, no qual índices mais elevados indicam maior abuso e índices menos elevados indicam menor abuso.

Deste modo, no presente estudo, valores superiores a zero indicam presença de abuso e valores iguais a zero indicam ausência de abuso na infância.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

Os valores obtidos na análise da consistência interna das subescalas, encontrada no estudo de Costa (2006), são considerados elevados, para a subescala abuso sexual o alfa de Cronbach foi de .72 e para a subescala abuso físico e emocional foi de .74.

Características Psicométricas do Presente Estudo

No presente estudo, com uma amostra de 767 mulheres utentes da consulta de planeamento familiar, o instrumento apresenta alfa de *Cronbach* de .78 para a escala total (anexo 7). Em relação às subescalas do instrumento, os alfas de *Cronbach* obtidos foram os seguintes: .81 para o abuso físico e emocional (anexo 8) e .94 para o abuso sexual (anexo 9).

4.9. Análise dos Dados

Na caracterização da amostra foi utilizada a estatística descritiva.

Para testar a primeira hipótese, de forma a avaliar as diferenças entre mulheres com história de trauma na infância e mulheres sem história de trauma na infância, ao nível das variáveis psicológicas e de comportamentos de risco, foram utilizados testes Mann-Whitney, uma vez que não se encontravam cumpridos os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica (anexo 10). Na segunda hipótese, realizaram-se testes de correlação, nomeadamente o Coeficiente de Correlação de Spearman's Rho, por se tratar de estatística não paramétrica (anexo 11).

Para as análises exploratórias foram utilizados testes da estatística não paramétrica (anexo 12), nomeadamente o teste de Kruskal-Wallis bem como o teste de Mann-Whitney para verificar se existiam diferenças entre grupos. Sempre que se verificaram diferenças entre os grupos no teste de Kruskal-Wallis, foram realizados testes de Mann-Whitney, comparando os grupos 2 a 2, com a Correção de Bonferroni (dividindo o valor crítico da significância pelo número de grupos) para diminuir o enviesamento, dado que o teste de Kruskal-Wallis não permite verificar em que medida os grupos diferem entre si.

III Capítulo

5. Resultados

O presente ponto do estudo pretende apresentar os resultados das hipóteses testadas bem como das análises exploratórias realizadas.

5.1. Resultados dos Testes de Hipóteses

Hipótese 1: Espera-se que haja diferenças significativas entre as mulheres com história de trauma na infância *versus* sem história de trauma na infância ao nível do *stress*, suporte social, depressão, autoeficácia geral, número de parceiros e IST's.

Os grupos, para verificar as diferenças ao nível das variáveis supracitadas, foram criados de acordo com a presença ou ausência de qualquer tipo de atitude que foi considerada abusiva por parte da participante no estudo.

Através dos resultados verifica-se que existem diferenças significativas entre os grupos ao nível do *stress* ($U = 51552.000, p < .001$), depressão ($U = 59560.000, p < .005$), suporte social ($U = 58739.000, p < .005$). Assim, verifica-se que as mulheres com história de trauma na infância apresentam níveis mais elevados de *stress* e depressão e um menor suporte social, comparativamente às mulheres sem história de trauma na infância.

Não foram encontradas diferenças significativas ao nível da autoeficácia geral, número de parceiros e IST's.

Tabela 4 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível das variáveis *Stress*, Depressão, Suporte Social, Autoeficácia Geral, Número de Parceiros e IST's, em função da presença ou ausência de história de trauma na infância.

Variáveis	Com História	Sem História	<i>U</i>
	de Trauma na Infância (n=480) Ordem média	de Trauma na Infância (n=287) Ordem média	
<i>Stress</i>	420.10	323.62	51552.000***
Depressão	403.42	351.53	59560.000**
Suporte Social	362.87	419.33	58739.000**
Autoeficácia Geral	379.59	391.37	66764.000
Número de Parceiros	385.89	380.84	67972.000
IST's	384.77	382.72	68511.500

*** $p < .001$; ** $p < .01$ * $p < .05$; IST'S – Infecções Sexualmente Transmissíveis

Hipótese 2: Espera-se encontrar:

a) Uma relação positiva significativa entre a história de trauma na infância e a sintomatologia depressiva e o *stress*;

b) Uma relação negativa entre a história de trauma na infância e o suporte social.

Pela análise realizada verifica-se que existe uma associação positiva significativa entre a história de trauma na infância e a sintomatologia depressiva ($r = .141$; $p < .001$) e entre a história de trauma na infância e o *stress* ($r = .204$; $p < 001$), evidenciando que o abuso durante a infância está associado a maior sintomatologia depressiva, assim como, uma maior exposição ao *stress* devido à perda de recursos. Verifica-se também uma associação negativa entre a história de trauma na infância e o suporte social ($r = -.139$; $p < .001$), evidenciando que quanto maior a experiência traumática na infância menor é o suporte social percebido pelas mulheres.

Tabela 5. Coeficiente de Correlação de *Spearman's Rho* das Variáveis Sociodemográficas, das Variáveis Clínicas e das Variáveis Psicológicas (N=767)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Idade	-													
2. Educação	-.348***	-												
3. Empregabilidade	.024	0.39	-											
4. Estado Civil	-.267***	.170***	-.109**	-										
5. Religião	-.222***	.205***	-.029	.223***	-									
6. Rendimentos	.080*	.312***	.237***	-.118**	.092*	-								
7. IST's	.066	-.059	-.024	.011	.005	-.019	-							
8. Nº Parceiros	-.108**	.017	-.064	.100**	.052	-.022	.072*	-						
9. História de Trauma na Infância	.012	-.009	-.086*	.048	.061	-.055	.043	.036	-					
10. Abuso Sexual	.001	-.007	-.107**	.084*	.084*	-.048	.014	-.026	.341***	-				
11. Abuso Físico/Emocional	.017	-.003	-.086*	.044	.042	-.054	.047	.042	.965***	.169***	-			
12. Depressão	.135***	-.166***	-.108**	.016	-.070	-.091*	.104**	-.037	.141***	.114**	.132***	-		
13. Suporte Social	-.129***	.204***	.023	-.028	.080*	.146***	-.018	-.037	-.139***	-.060	-.143***	-.423***	-	
14. Stress	-.003	.123**	.013	.019	.087*	.046	.023	.032	.204***	.150**	.198***	.453***	-.334***	-
15. Autoeficácia Geral	.035	-.015	.042	-.025	.051	-.005	-.054	-.043	-.003	.017	-.015	-.152***	.107**	-.177***

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; IST'S – Infecções Sexualmente Transmissíveis

5.2. Análises Exploratórias

Diferenças ao nível das variáveis de História de Trauma na Infância em função do Estado Civil

Para comparar os três grupos relativos ao estado civil em relação à escala de história de trauma na infância bem como às subescalas abuso físico e emocional e abuso sexual, procedeu-se à realização do teste Kruskal-Wallis. Na escala de história de trauma na infância foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ($X^2 = 6.313$; $p < .05$) bem como relativamente à subescala de abuso sexual ($X^2 = 23.391$; $p < .001$). No que concerne ao abuso físico e emocional, não foram encontradas diferenças significativas.

Uma vez que o teste Kruskal-Wallis não permite verificar como os grupos diferem entre si, procedeu-se a realização do teste Mann-Whitney comparando os grupos dois a dois. De modo a diminuir o enviesamento, procedeu-se à correção de Bonferroni, dividindo o valor crítico da significância (.05) pelo número de grupos/testes Mann-Whitney a realizar (3), obtendo o valor 0.017 de significância.

Não foram encontradas diferenças significativas entre as mulheres casadas e as solteiras ao nível da história de trauma na infância e do abuso sexual. Foram encontradas diferenças significativas no que concerne à história de trauma na infância entre mulheres casadas ou em união de facto *versus* mulheres divorciadas, separadas ou viúvas ($U = 13000.500$, $p < .05$), relativamente ao abuso sexual também foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ($U = 13669.000$, $p < .001$). No que se refere à história de trauma na infância, relativamente às mulheres solteiras *versus* mulheres divorciadas, separadas ou viúvas, não foram encontradas diferenças significativas. No entanto, relativamente à subescala abuso sexual, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ($U = 6863.500$, $p < .001$). Deste modo, verifica-se que as mulheres que se encontram atualmente divorciadas, separadas ou viúvas, apresentam níveis mais elevados de história de trauma na infância, bem como de abuso sexual na infância. No entanto, não se verificam diferenças significativas no que concerne ao abuso físico e emocional.

Tabela 6. Teste Kruskal-Wallis para avaliar as diferenças ao nível das variáveis de História de Trauma na Infância em função do Estado Civil

Variáveis	Casada/União de Facto (n=464) Ordem média	Solteira (n=235) Ordem Média	Divorciada, Separada ou Viúva (n=68) Ordem Média	χ^2
História de Trauma na Infância	378.57	376.66	446.43	6.313*
Abuso Sexual	380.49	377.17	431.55	23.391***
Abuso Físico e/ou Emocional	378.89	378.79	436.82	4.538

*** $p < .001$; ** $p < .01$ * $p < .05$

Tabela 7 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível da História de Trauma na Infância e do Abuso Sexual em função do Estado Civil (Casada ou União de Facto VS Solteira)

Variáveis	Casada/União de Facto (n=464) Ordem média	Solteira (n=235) Ordem Média	U
História de Trauma na Infância	350.55	348.92	54265.500
Abuso Sexual	349.99	350.02	54514.500

*** $p < .001$; ** $p < .01$ * $p < .017$

Tabela 8 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível da História de Trauma na Infância e do Abuso Sexual em função do Estado Civil (Casada ou União de Facto VS Divorciada, separada ou viúva)

Variáveis	Casada/União de Facto (n=464) Ordem média	Divorciada, separada ou viúva (n=68) Ordem Média	<i>U</i>
História de Trauma na Infância	260.52	307.32	13000.500*
Abuso Sexual	261.40	301.29	13669.000***

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .017$

Tabela 9 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível da História de Trauma na Infância e do Abuso Sexual em função do Estado Civil (Solteira VS Divorciada, Separada ou Viúva).

Variáveis	Solteira (n=235) Ordem média	Divorciada, separada ou viúva (n=68) Ordem Média	<i>U</i>
História de Trauma na Infância	145.74	173.62	6520.000
Abuso Sexual	147.21	168.57	6863.500***

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .017$

Diferenças ao nível das variáveis de História de Trauma na Infância em função da Religião

Para proceder à comparação dos grupos relativos à religião no que concerne à história de trauma na infância, abuso sexual e abuso físico e emocional, procedeu-se novamente à realização do teste Kruskal-Wallis. Neste sentido, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no que concerne ao abuso físico e emocional e à história de trauma na infância. No entanto, foram encontradas diferenças entre os grupos ao nível do abuso sexual ($X^2 = 10.362$; $p < .01$). De modo a perceber como os grupos diferem entre si, procedeu-se à realização de testes Mann-Whitney, utilizando dois grupos de cada vez, assim como a correção de Bonferroni de modo a diminuir o enviesamento dos dados.

Neste sentido, apenas foram verificadas diferenças entre as mulheres que se consideram

católicas praticantes versus mulheres de outras religiões ou sem religião ($U = 8169,500$; $p < .01$), evidenciando que as mulheres que pertencem a outras religiões ou se consideram descrentes possuem uma maior incidência de abuso sexual infantil.

Tabela 10 Teste Kruskal-Wallis para avaliar as diferenças ao nível da História de Trauma na Infância em função da Religião

Variáveis	Católica Praticante (n=391) Ordem média	Católica não Praticante (n=329) Ordem Média	Outras (n=47) Ordem Média	χ^2
História de Trauma na Infância	372.68	391.05	428.87	3.490
Abuso Sexual	378.60	385.16	420.80	10.362**
Abuso Físico e/ou Emocional	376.81	387.23	421.20	1.931

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabela 11 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Abuso Sexual em função da Religião (Católica Praticante VS Católica Não Praticante)

Variáveis	Católica Praticante (n=391) Ordem média	Católica Não Praticante (n=329) Ordem Média	U
Abuso Sexual	357.70	363.82	63226.000

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .017$

Tabela 12 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Abuso Sexual em função da Religião (Católica Praticante VS Outras)

Variáveis	Católica Praticante (n=391) Ordem média	Outras (n=47) Ordem Média	U
Abuso Sexual	216.89	241.18	8169.500**

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .017$

Tabela 13. Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível do Abuso Sexual em função da Religião (Católica Não Praticante VS Outras)

Variáveis	Católica Não Praticante (n=391) Ordem média	Outras (n=47) Ordem Média	<i>U</i>
Abuso Sexual	186.34	203.62	7021.000

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .017$

Diferenças ao nível das variáveis de História de Trauma na Infância em função da Situação Profissional

Relativamente à história de trauma na infância, abuso sexual e abuso físico e emocional em função da situação profissional, procedeu-se à realização do teste de Mann-Whitney. Neste sentido, verificam-se diferenças entre as mulheres desempregadas versus mulheres empregadas, ao nível da história de trauma na infância ($U = 54231,000, p < .05$), do abuso sexual ($U = 57485.500, p < .01$) e do abuso físico e emocional ($U = 54253,000, p < .05$). Verifica-se que as mulheres que se encontram desempregadas tiveram uma maior exposição ao trauma infantil, ao abuso sexual e ao abuso físico e emocional, do que as mulheres que se encontram a trabalhar.

Tabela 14. Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível da História de Trauma na Infância em função da situação profissional.

Variáveis	Desempregada (n=223) Ordem média	Empregada (n=544) Ordem Média	<i>U</i>
História de Trauma na Infância	412.81	372.19	54231.000*
Abuso Sexual	398.22	378.17	57485.500**
Abuso Físico e Emocional	412.71	372.23	54253.000*

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Diferenças ao nível das variáveis de História de Trauma na Infância em função da presença ou ausência de Sintomatologia Depressiva

No que concerne às variáveis de história de trauma na infância, em função da presença ou ausência de sintomatologia depressiva, verifica-se que existem diferenças ao nível do trauma infantil ($U = 57961.500, p < .01$) e do abuso sexual ($U = 58489.500, p < .01$), entre mulheres que apresentam sintomatologia depressiva e mulheres sem sintomatologia depressiva. Verifica-se que as mulheres com sintomatologia depressiva possuem índices mais elevados de história de trauma na infância e de abuso sexual, do que mulheres sem sintomatologia depressiva.

Tabela 15 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível da História de Trauma na Infância em função da Sintomatologia Depressiva.

Variáveis	Com Sintomatologia Depressiva (n=267) Ordem média	Sem Sintomatologia Depressiva (n=500) Ordem Média	<i>U</i>
História de Trauma na Infância	416.92	366.42	57961.500**
Abuso Sexual	391.31	380.10	64797.500
Abuso Físico e Emocional	414.94	367.48	58489.500**

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Diferenças ao nível das variáveis de História de Trauma na Infância em função do Número de Parceiros

Relativamente às diferenças ao nível das variáveis de história de trauma na infância em função do número de parceiros, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, no que concerne à história de trauma na infância ($U = 2767.500; p > .05$), Abuso Sexual ($U = 3231.000; p > .05$), e ao abuso físico e emocional ($U = 2667.000; p > .05$).

Tabela 16 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível da História de Trauma na Infância em função do Número de Parceiros.

Variáveis	1 Parceiro (n=758) Ordem média	2 ou Mais Parceiros (n=9) Ordem Média	<i>U</i>
História de Trauma na Infância	383.15	455.50	2767.500
Abuso Sexual	384.24	364.00	3231.000
Abuso Físico e Emocional	383.02	466.67	2667.000

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Diferenças ao nível das variáveis de História de Trauma na Infância em função da presença ou ausência de IST's

No que concerne às diferenças ao nível das variáveis de história de trauma na infância em função da presença ou ausência de IST's, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, no que concerne à história de trauma na infância ($U = 15540.000$; $p > .05$), abuso sexual ($U = 17041.000$; $p > .05$), e ao abuso físico e emocional ($U = 15376.500$; $p > .05$).

Tabela 17 Teste de Mann-Whitney para avaliar as diferenças ao nível da História de Trauma na Infância em função da Presença ou Ausência de IST's.

Variáveis	Com IST's (n=48) Ordem Média	Sem IST's (n=719) Ordem Média	<i>U</i>
História de Trauma na Infância	419.75	381.61	15540.000
Abuso Sexual	388.48	383.70	17041.000
Abuso Físico e Emocional	423.16	381.39	15376.500

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

IV Capítulo

6. Discussão de Resultados

Hipótese 1

Estudos como os desenvolvidos por Fiorillo e colaboradores (2013), Hobfoll e colaboradores (2002), Aaron e colaboradores (2013), Sigurdardottir e Halldorsdottir (2012), entre muitos outros procuraram verificar que consequências, uma história de abuso na infância, provocava na idade adulta das vítimas. Estes autores verificaram que existiam diferenças entre mulheres com história de abuso e mulheres sem história de abuso ao nível da depressão, *stress*, suporte social, autoeficácia geral e comportamentos sexuais de risco.

No presente estudo verificou-se que as mulheres que foram abusadas na infância distinguem-se das mulheres sem história de trauma, nas variáveis de *stress*, depressão, suporte social e percepção de risco do parceiro.

Neste sentido, relativamente ao *stress*, os resultados sugerem que mulheres que possuem história de trauma infantil têm níveis mais elevados de *stress*, quando comparadas com mulheres sem história de trauma infantil. Ou seja, mulheres com história de trauma infantil tornam-se mais vulneráveis para tolerarem acontecimentos stressantes, facto que foi corroborado no estudo de Hammen, Henry e Daley (2000), no qual verificaram que meninas que sofreram experiências de abuso durante a infância tinham limiares mais baixos de tolerância ao *stress*, mais tardiamente. Pode dizer-se que a história de trauma na infância pode tornar as vítimas mais vulneráveis ao *stress*, tal como se verificou no estudo de Schumm e colaboradores (2005). Os autores revelam que tanto o abuso físico como o abuso sexual na infância foram preditivos de perda de recursos na idade adulta. Contudo, o abuso físico na infância foi substancialmente mais preditivo para a perda de recursos, facto que os autores justificam pela maior frequência de abuso físico durante a infância, comparativamente ao abuso sexual infantil.

No que concerne ao suporte social, no presente estudo, mulheres com história de trauma infantil possuem níveis mais baixos de suporte social. Sabe-se que o suporte social tem um papel fundamental no controlo das consequências do trauma infantil. No entanto, no estudo de Schumm e colaboradores (2006), verificou-se que os níveis de suporte social em mulheres abusadas foram duas vezes mais baixos, comparativamente a mulheres sem história de trauma infantil. Estes dados podem ser justificados pela teoria da Conservação de Recursos de Hobfoll (1998), na medida em que se verifica que um acontecimento traumático (trauma

infantil), pode conduzir à perda de recursos, neste caso, recursos sociais, que por conseguinte, conduz em perda de competências para lidar com o trauma.

Relativamente à depressão, verifica-se que mulheres com história de trauma infantil possuem níveis mais elevados de depressão. No estudo desenvolvido por Andrews, Brewin, Rose e Kirk (2000), verificou-se que mulheres com história de abuso na infância encontram-se mais propensas a interpretar os acontecimentos passados com vergonha e culpa, sentimentos que conduzem a uma maior predisposição para a depressão. Do mesmo modo, Stuewing e McCloskey (2005) sugerem que a vergonha e a culpa estão associadas à depressão. O facto de estarem mais vulneráveis ao *stress*, e considerando que esses acontecimentos são mais impactantes para as vítimas, tornam-nas mais predispostas ao aparecimento de psicopatologia, nomeadamente, a depressão (Schumm et al., 2005). Uma vez que os níveis de suporte social também são inferiores, pode concluir-se que os níveis de depressão serão elevados, na medida em que, estudos defendem que o suporte social possui um papel moderador entre o trauma infantil e as consequências do mesmo na vida adulta, sendo níveis de suporte social elevado associados a menores níveis de sintomatologia depressiva (Uebelacker et al., 2014; Schumm et al., 2006). No entanto, o abuso infantil foi considerado por Heim e Binder (2012) como um fator de risco para a depressão, confirmando os resultados obtidos no presente estudo.

No que se refere à autoeficácia, não se verificam diferenças significativas na amostra em estudo. Este facto pode estar relacionado com uma questão cultural, na medida em que os níveis médios de autoeficácia geral da amostra total são relativamente baixos ($M= 4.58$; $DP=.81$; $Min.=1$; $Max.=7$). Apesar de não se verificarem diferenças significativas, as mulheres com trauma apresentam níveis mais baixos de autoeficácia geral comparativamente a mulheres sem história de trauma infantil, dados que o estudo de Sachs-Ericsson e colaboradores (2011) também revelam, na medida em que o trauma infantil previu níveis inferiores de autoeficácia em mulheres que sofreram história de trauma na infância.

Do mesmo modo, não se verificam diferenças significativas ao nível do número de parceiros e IST's. Este facto pode estar associado ao número reduzido de mulheres que possuem mais do que um parceiro sexual (9 mulheres), e pelo número elevado de mulheres que já tiveram uma IST, 719 mulheres. No entanto, verifica-se que mulheres com história de trauma infantil apresentam ligeiramente um maior número de IST's e um maior número de parceiros, tal como sugerem os estudos de Lamieux e Byers (2008) e Lacelle e colaboradores (2012). As mulheres que possuem história de trauma infantil, mais especificamente, abuso sexual infantil encontram-se mais propensas a terem comportamentos sexuais de risco como

por exemplo, sexo casual ou sexo sem proteção. Do mesmo modo, Lacelle e colaboradores (2012) afirmam que as mulheres com história de trauma infantil, nomeadamente abuso sexual infantil, tem tendência para o desenvolvimento de comportamentos sexuais de alto risco, com problemas de saúde adversos, como por exemplo IST's, bem como comportamentos sexuais problemáticos.

Hipótese 2

O abuso infantil pode ter um grande impacto em diversas áreas da vida das vítimas, quer no momento em que ocorrem quer na idade adulta, acompanhando o desenvolvimento das crianças durante toda a vida. Na hipótese 2, verificou-se que existia uma relação positiva significativa entre o trauma infantil e a sintomatologia depressiva e o *stress*. Estes resultados indicam que mulheres que sofreram trauma durante a infância possuem níveis mais elevados de sofrimento psicológico, nomeadamente ao nível da depressão e do *stress*, outros estudos também verificaram esta associação (Fiorillo et al., 2013; Briere & Elliot, 1994; Hobfoll et al., 2002; Aaron et al., 2013; Schumm et al., 2005). Por exemplo, no estudo desenvolvido por Fiorillo e colaboradores (2013) verificou-se que existe uma associação entre a história de trauma infantil, nomeadamente o abuso físico na infância, e maiores níveis de sofrimento psicológico, quando comparados com sujeitos que não sofreram de trauma infantil. No estudo de Aaron e colaboradores (2013), verificou-se que a depressão, de entre outras psicopatologias, era uma consequência do trauma infantil, na idade adulta. Também, Hobfoll e colaboradores (2002) verificaram que o abuso físico e emocional era um fator de risco elevado para o desenvolvimento de humor depressivo. Schumm e colaboradores (2005) verificaram que mulheres que sofreram de trauma durante a infância possuem maiores níveis de perda de recursos. Dado que no presente estudo, os níveis de *stress* são avaliados pela perda de recursos, o estudo desenvolvido por Schumm e colaboradores (2005), confirmam os dados obtidos.

Adicionalmente verificou-se uma relação negativa entre o trauma infantil e o suporte social. Neste sentido, verifica-se que níveis elevados de trauma infantil estão associados a níveis baixos de suporte social, assim como, níveis mais baixos de trauma infantil estão associados a níveis mais elevados de suporte social. No estudo desenvolvido por Schumm e colaboradores (2006) verificou-se que a perceção de suporte social é mais baixo em mulheres que vivenciaram uma história de trauma durante a infância, comparativamente a mulheres sem história de trauma infantil, salientando que a história de trauma durante a infância está associada a níveis comprometidos de suporte social percebido, confirmando os resultados

obtidos no presente estudo.

Na medida em que se verifica uma relação positiva significativa entre o trauma infantil e a depressão e o *stress*, verifica-se adicionalmente que existisse uma relação significativa negativa entre o trauma infantil e o suporte social, dados que são referenciados em outros estudos, nos quais se verifica que o suporte social tem um papel moderador na depressão e no *stress*, consequências do trauma infantil (Uebelacker et al., 2014; Schumm et al., 2006). No estudo desenvolvido por Uebelacker e colaboradores (2014), o suporte social elevado foi associado a níveis mais baixos de depressão, ou seja, quanto maior o suporte social menor é a sintomatologia depressiva. Neste sentido, os estudos referidos corroboram os dados do presente estudo, sugerindo que as mulheres portuguesas, vítimas de trauma infantil, não possuem o suporte social necessário para ultrapassarem as consequências do trauma, tendo um impacto devastador nas diversas áreas das suas vidas.

Dado que o suporte social tem um papel moderador nos efeitos do abuso durante a infância (Uebelacker et al., 2014; Schumm et al., 2006), e considerando que as mulheres abusadas que participaram no presente estudo demonstram níveis mais baixos de suporte social, pode concluir-se que o impacto do trauma infantil na idade adulta das mulheres portuguesas é elevado ao nível da depressão e do *stress*, demonstrando incapacidade ou, capacidade reduzida, para lidar com as consequências do trauma infantil, tornando-se fundamental intervir a este nível.

Diferenças ao nível das variáveis de Trauma Infantil em função do estado civil

No presente estudo, no que concerne ao estado civil, verificou-se que existem diferenças ao nível do trauma infantil e, mais especificamente, do abuso sexual, entre as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas, relativamente às mulheres casadas. O presente estudo revela que as mulheres que atualmente se encontram divorciadas, separadas ou viúvas apresentam níveis mais elevados de trauma infantil, mais especificamente de abuso sexual na infância, quer em comparação às mulheres solteiras quer em comparação às mulheres casadas.

Estes resultados podem estar relacionados com o facto de as mulheres que sofreram de trauma infantil, mais propriamente, abuso sexual infantil, se encontrarem mais propensas a praticar sexo casual, sexo sem proteção, abstinência sexual, menor recompensa sexual, baixa autoestima sexual e maior custo a nível sexual (Lemieux & Byers, 2008). Um dos motivos que conduz ao divórcio é a satisfação com a atividade sexual do casal, e considerando que estas mulheres experienciam sentimentos negativos durante a relação sexual, o seu autoconceito sexual é inferior ao das mulheres sem trauma, e têm menor recompensa sexual

(Lacelle et al., 2012, Lemieux & Byers, 2008), estes fatores podem condicionar o casamento, podendo esta ser a razão para o facto de mulheres divorciadas, separadas ou viúvas revelarem níveis mais elevados de trauma infantil e abuso sexual, na infância. Vários estudos desenvolvidos sobre o tema afirmam que as mulheres vítimas de trauma durante a infância não se encontram satisfeitas com os seus relacionamentos na idade adulta (Follete, 1991; Dilillo & Long, 1999; Orly & Hunsley, 2001). O estudo desenvolvido por Follete (1991) revela que as mulheres que experienciaram uma história de abuso durante a infância apresentam maior probabilidade de se divorciarem, sendo os seus relacionamentos frequentemente conflituosos e percecionados como infelizes. Também os autores Dilillo e Long (1999) referem que as mulheres vítimas de trauma infantil relatam uma menor satisfação nos seus relacionamentos. No entanto, os autores Orly e Hunsley (2001) afirmam as mulheres vítimas de trauma infantil possui uma menor probabilidade de se casarem. Estes estudos confirmam os dados obtidos na presente investigação, dado que as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas apresentam níveis mais elevados de trauma infantil.

Diferenças ao nível das variáveis de Trauma Infantil em função da Religião

No presente estudo, verificou-se que mulheres que se consideram sem religião ou frequentam outra religião, que não a Católica, possuem níveis mais elevados de abuso sexual, na infância, quando comparadas a mulheres que se consideram Católicas Praticantes.

Neste sentido, pode dizer-se que mulheres que sofreram um trauma sexual durante a infância tornaram-se descrentes ou mudaram de religião, visto que a religião predominante em Portugal é o Catolicismo. No estudo desenvolvido por Tailor, Piotrowski, Woodgate e Letourneau (2014), que pretendia realizar uma revisão bibliográfica sobre o trauma infantil e a religiosidade na idade adulta, verificaram que as vítimas de abuso infantil possuem uma religiosidade diminuída, concluindo que o abuso infantil pode comprometer a vida religiosa das vítimas na idade adulta. Tailor e colaboradores (2014) verificaram ainda que as mulheres vítimas de abuso durante a infância reportam ainda conceitos de ira, crueldade, distância e indiferença perante Deus. Na investigação desenvolvida por Kane, Cheston e Greer (1993), os autores verificaram que 27% das mulheres vítimas de abuso sexual na infância abandonaram a comunidade de fé, original das suas famílias, principalmente devido ao incesto, e 33% das vítimas abandonaram as comunidades de fé originais para se juntarem a outras. No estudo desenvolvido por Russel (1986) revela que o abandono religioso de mulheres com história de trauma infantil é mais elevado no Protestantismo e no Catolicismo (53%) do que no Judaísmo

(14%). Ainda no estudo de Tailor e colaboradores (2014) verificou-se que o abuso sexual foi diretamente preditivo de pessimismo, bem-estar espiritual e visões negativas sobre Deus. Estes dados podem corroborar os resultados da análise efetuada no presente estudo, dado que mulheres que se incluem no grupo de católicas não praticantes e outras religiões possuem níveis mais elevados de abuso sexual, demonstrando que as vítimas da presente amostra abandonaram as religiões de origem ou diminuíram a sua crença espiritual.

Diferenças ao nível das variáveis de Trauma Infantil em função da situação profissional.

Os dados sugerem que mulheres desempregadas têm índices mais elevados de trauma infantil, abuso sexual e abuso físico e emocional. Estes dados, podem estar relacionados com o facto de trauma trazer consequências incapacitantes para as vítimas, tornando-as propensas ao desajustamento social (Bick et al., 2014). Ou seja, tal como foi comprovado na hipótese um e dois, as mulheres que sofreram um trauma durante a infância possuem níveis mais elevados de *stress* e depressão, menores níveis de suporte social e autoeficácia geral, podendo ter menores recursos para lidar com as exigências externas. Pela Teoria da Conservação de Recursos de Hobfoll (1998), verifica-se que eventos traumáticos podem levar à perda de recursos, que por sua vez poderá conduzir a uma perda de habilidades que as vítimas adquirem para ultrapassarem acontecimentos traumáticos. Neste sentido pode concluir-se que estas mulheres abusadas não se encontram em condições que lhes permitem ter um emprego, uma vez que não possuem os recursos e as habilidades necessárias para ultrapassarem o acontecimento traumático da infância.

Diferenças ao nível das variáveis de Trauma Infantil em função da presença ou ausência de sintomatologia depressiva

Mais uma vez foi verificada a associação entre a depressão e o trauma infantil, e concluindo-se que as mulheres deprimidas da amostra em estudo possuem índices mais elevados de trauma infantil e de abuso sexual. No estudo de Schumm e colaboradores (2006), concluiu-se que mulheres que sofreram de abuso encontram-se mais propensas ao desenvolvimento de depressão, o que se comprova no presente estudo.

Diferenças ao nível das variáveis de Trauma Infantil em função do Número de Parceiros

Pela análise efetuada, não se verificam diferenças significativas ao nível do trauma infantil em função do número de parceiros. Uma vez que, apenas 9 mulheres afirmam ter mais do que um parceiro, sugere que pode existir um fator cultural muito acentuado, verificando-se que maioritariamente a nossa amostra é composta por mulheres monogâmicas, dificultando a verificação do impacto do abuso no número de parceiros.

Diferenças ao nível das variáveis de Trauma Infantil em função da presença ou ausência de IST's

No que concerne ao trauma infantil em função da presença ou ausência de IST's não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. Estes dados podem ser devidos aos métodos de contraceção utilizados pelas participantes, uma vez que, maioritariamente, são utilizados métodos contraceptivos que não previnem o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis, tais como a pílula e o DIU, bem como o fato de estas mulheres, na sua grande maioria (98.8 %) afirmam ter um único parceiro sexual.

V Capítulo

7. Conclusão

7.1. Conclusão e Implicações para a Prática Futura

No presente estudo as mulheres com história de trauma infantil demonstraram níveis mais elevados de *stress* e depressão, apresentando níveis mais baixos de suporte social, comparativamente a mulheres sem história de trauma infantil, não tendo sido encontradas diferenças significativas ao nível da autoeficácia geral, número de parceiros e IST's. Adicionalmente, verificou-se também uma relação positiva significativa entre o trauma infantil e a sintomatologia depressiva e entre o trauma infantil e o *stress*. De igual modo, foi encontrada uma relação negativa entre o trauma infantil e o suporte social. Verifica-se, portanto, que as mulheres que sofreram de trauma na infância possuem níveis mais elevados de depressão e *stress* causado pela perda de recursos, quando comparadas com mulheres sem história de trauma infantil. De igual modo, ao nível do suporte social, verifica-se que as mulheres vítimas de trauma possuem níveis inferiores de suporte social, do que as mulheres que não tiveram experiência de trauma infantil. Neste sentido, salienta-se a necessidade de intervir nas vítimas de trauma infantil, dado que as consequências dessa experiência na infância tornam as mulheres mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas ao nível da saúde mental e dos comportamentos de risco.

No presente estudo, verificou-se ainda que as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas apresentam índices mais elevados de trauma infantil, assim como as mulheres desempregadas. As mulheres que apresentam sintomatologia depressiva apresentam de igual forma índices mais elevados de trauma infantil. Também foi verificado que mulheres que se dizem sem religião ou pertencem a outra religião que não a Católica apresentam índices mais elevados de trauma na infância. Deste modo, pode referir-se que mulheres vítimas de trauma infantil possuem níveis mais elevados de desemprego, assim como, dificuldade em manterem um relacionamento estável e duradouro. Estes resultados revelam a necessidade de um acompanhamento psicológico das vítimas na medida em que as consequências da história de trauma se estendem a várias áreas de vida das participantes, como a vida conjugal, profissional, religiosa, bem como, ao nível da saúde física, psicológica e emocional. No presente estudo revela que o trauma infantil tem impacto no bem-estar psicológico das mulheres portuguesas. As mulheres vítimas de trauma na infância apresentaram níveis inferiores de suporte social e de autoeficácia geral (apesar de as diferenças ao nível da

autoeficácia não terem sido significativas) assim como maiores valores de desemprego, divórcio/separação e depressão, demonstrando a necessidade urgente de intervir nesta área.

Apesar de não ter sido analisado de forma específica o papel do suporte social e da autoeficácia geral nas consequências adquiridas do trauma infantil, na amostra em estudo, sabe-se pela literatura que estes desempenham um papel importante para combater as consequências do trauma infantil, tornando-se fundamental intervir nestas duas componentes de forma a possibilitar a recuperação das vítimas.

Ao nível de investigações futuras é importante verificar o carácter preditivo do trauma infantil, no sentido de melhor predizer as consequências do trauma na infância. Além disso, seria importante verificar o papel da autoeficácia geral na população, bem como do suporte social, alargando a investigação aos membros mais próximos das vítimas, por serem componentes significativamente relevantes para controlar as consequências do trauma infantil na idade adulta.

7.2. Limitações do estudo

As limitações encontradas no estudo foram várias, podendo por isso ter influenciado os resultados.

A principal limitação encontrada prende-se com a população na qual a investigação foi realizada, dado não se tratar de uma população de risco, o que conduz a variáveis com um número muito reduzido, como o caso da variável relativa ao número de parceiros bem como da variável relativa à presença de IST's, pelo que se torna essencial alargar a pesquisa a diferentes populações com características diferentes. O facto de o estudo ser realizado numa população culturalmente monogâmica, impedindo de perceber o impacto do trauma infantil nos comportamentos sexuais de risco das mulheres abusadas na infância, dado que apenas nove mulheres referiram que tinham mais do que um parceiro sexual. De igual modo, não foi possível verificar o impacto do trauma infantil na aquisição de IST's devido à baixa percentagem de mulheres que relataram IST's (6.3%).

Os resultados são ainda limitados pela validade dos dados autorrelatados, particularmente pelo uso de memória para recordar a infância e os abusos ocorridos nesse momento, deixando espaço para reportar informações que não correspondem totalmente à verdade dos acontecimentos.

Dado tratar-se de um estudo cujo desenho é transversal o que torna difícil fazer a inferência causal, dado que fornece apenas informação momentânea do abuso infantil. No entanto, este projeto foi considerado adequado, uma vez que foi realizado para verificar a

relação entre o abuso na infância e o bem-estar psicológico das mulheres.

VI Capítulo

8. Referências Bibliográficas

- Aaron, E., Critini, S., Bonacquisti, A., & Geller, P. A. (2013). Providing Sensitive Care for Adult HIV-Infected Women with a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24(4), 355-367. doi:10.1016/j.jana.2013.03.004.
- Almeida, L.S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 3ª Edição. Braga: Psiquilibrios Edições.
- American Psychiatric Association - APA (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrews, B. (1997). Early Adversity and The Creation of Personal Meaning. *The Transformation of Meaning in Psychological Therapies*, 75–89.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD Symptoms in Victims of Violent Crime: The role of Shame, Anger, and Childhood Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69–73. doi: 10.1037/0021-843X.109.1.69.
- Badcock, J. C., Roseman, A., Green, C. E., & Ross, J. M. (2008). Intimate Partner Abuse and PTSD Symptomatology: Examining Mediators and Moderators of the Abuse-Trauma Link. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 809-818. doi: 10.1037/a0013808.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying of Behavior Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York.
- Freeman Bick, J., Zajac, K., Ralston, M. E. & Smith, D. (2014). Convergence and Divergence in Reports of Maternal Support Following Childhood Sexual Abuse: Prevalence and Associations with Youth Psychosocial Adjustment. *Child Abuse & Neglect*. doi: 10.10016/j.chiabu.2013.11.010.
- Bockers, E., Roepke, S., Michael, L., Renneberg, B. & Knaevelsrud, C. (2014). Risk Recognition, Attachment Anxiety, Self-efficacy and State Dissociation Predict Revictimization. *Plosone*. doi: 10.1371/journal.pone.0108206
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-García, E., & Sher, L. (2010). Is Impulsivity a Link Between Childhood Abuse and Suicide? *Comprehensive Psychiatry*, 51, 121-129. doi: 0.1016/j.comppsy.2009.05.003.

- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4(2). Retirado de https://www.princeton.edu/futureofchildren/publications/docs/04_02_02.pdf.
- Brown, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Costa, E. C. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção de Saúde em Mulheres com Risco para o VIH*. (Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6742>
- Diehl, A. S. & Prout, M. F. (2002). Effects of Post-Traumatic Stress Disorder and Child Sexual Abuse on Self-Efficacy Development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 262-265. doi:10.1037/0002.9432.72.2262.
- DiLillo, D. & Long, P.J. (1999). Perceptions of Couple Functioning Among Female Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(4), 59-76. Retirado de <http://digitalcommons.unl.edu/psychfacpub/173>
- Draucker, C. B. & Mazurczyk, J. (2013). Relationships Between Childhood Sexual Abuse and Substance Use and Sexual Risk Behaviors During Adolescence: An Integrative Review. *Nursing Outlook*, 61(5), 291-310. doi: 10.1016/j.outlook.2012.12.003.
- Fiorillo, D., Papa, A., & Follette, V. M. (2013). The Relationship Between Child Physical Abuse and Victimization in Dating Relationship: The Role of Experiential Avoidance. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 562-569. doi: 10.1037/a0030968.
- Fischer, S., Stojek, M., & Hartzell, E. (2010). Effects of Multiple Forms of Childhood Abuse and Sexual Assault on Current Eating Disorder Symptoms. *Eating Behaviors*, 11, 190-192. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.01.001.
- Follette, V. (1991). Marital Therapy for Sexual Abuse Survivors. *New Directions for Mental Health Services*, 51, 61-71.
- Hammen, C., Henry, R., & Daley, S. E. (2000). Depression and Sensitization to Stressors Among Young Women as a Function of Childhood Adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 782-787. doi: 10.1037//0022-006X.68.5.782
- Heim, C. & Binder, E. B. (2012). Current Research Trends in Early Life stress and Depression: Review of Human Studies on Sensitive Periods, Gene-Environment Interactions, and Epigenetics. *Experimental Neurology*, 233(1), 102-111. doi: 10.1016/j.expneurol.2011.10.032.

- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*. New York: Plenum Press.
- 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(1), 252-257. doi: 10.1037//0022-006X.70.1.252.
- Jones, D. J., Runyan, D. K., Lewis, T., Litrownik, A. J., Black, M. M., Wiley, T., English, D. E., Proctor, L. J., Jones, B. L. & Nagin, D. S. (2010) Trajectories of Childhood Sexual Abuse and Early Adolescent HIV/AIDS Risk Behaviors: The Role of Other Maltreatment, Witnessed Violence, and Child Gender. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(5), 667-680. doi: 10.1080/15374416.2010.501286.
- Kane, D., Cheston, S., & Greer, J. (1993). Perceptions of God by Survivors of Childhood Sexual Abuse: An Exploratory Study in an Underresearched Area. *Journal of Psychology and Theology*, 21(3), 228–237.
- Kempe, C. H. (1978). Recent Developments in the field of child abuse. *Child abuse and Neglect*, 2(4), 261-267.
- Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F. & Tremblay, R. E. (2012). Sexual Health in Women Reporting a History of Child Sexual Abuse. *Child Abuse and Neglect*, 36, 247-259. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.10.011.
- Lemieux, S. & Byers (2008). The Sexual Well-Being of Women Who Have Experienced Child Sexual Abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 126-144. doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.004.18.x.
- Loeb, T. B., Gaines, T., Wyatt, G. E., Zhang, M. & Liu, H. (2011). Associations Between Child Sexual Abuse and Negative Sexual Experiences and Revictimization among Women: Does Measuring Severity Matter? *Child Abuse & Neglect*, 35, 946-955. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.06.003.
- Lowen, A. (1997). *Alegria: Entrega ao Corpo e à Vida*. São Paulo: Summus.
- Maciejewski, P.K., Prigresson, H.G., & Mazure, C. M. (2000). Self-Efficacy as a Mediator Between Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Differences Based on History of Prior Depression. *British Journal of Psychiatry*, 176, 373-378. doi: 10.1192/bjp.176.4.373
- Mendes, M. S. & Fagulha, T. (2012). *P-502 – Studying Depression Out of the Hospital Hallways – an Epidemiological Study in the Prevalence of Depressive Symptomatology in a Portuguese Adults Community Sample*. Comunicação apresentada no 20th

European Congress of Psychiatry, vol. 27, 3. doi: .org/10.1016/S0924-9338(12)74669-2

- Midei, A. J., Matthews, K. A., Chang, Y. & Bromberger, J. T. (2013). Childhood Physical Abuse is Associated with Incident Metabolic Syndrome in Mid-Life Women. *Health Psychology, 32*(2), 121-127. doi: 10.1037/a0027891.
- Milner, J. S., Thomsen, C. J., Crouch, J. L., Rabenhorst, M. M., Martens, P. M., Dyslin, C. W., Guimond, J. M., Stander, V. A. & Merrill, L. L. (2010). Do Trauma Symptoms Mediate The Relationship Between Childhood Physical Abuse and Adult Child Abuse Risk? *Child Abuse & Neglect, 34*, 332-344. doi:10.1016/j.chiabu.2009.09.017.
- Miniati, M., Rucci, P., Benvenuti, A., Frank, E., Battenfield, J., Giorgi, G. & Cassano, G. B. (2010). Clinical Characteristics and Treatment Outcome of Depression in Patients with and without a History of Emotional and Physical Abuse. *Journal of Psychiatric Research, 44*, 302-309. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.09.008.
- Nikulina, V. & Widom, C. S. (2013). Child Maltreatment and Executive Functioning in Middle Adulthood: A Prospective Examination. *Neuropsychology, 27*(4), 417- 427. doi: 10.1037/a0032811.
- Plaza, A., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Ascaso, C., Gelabert, E., Imaz, M. L., Navarro, P., Valdés, M. & Martín-Santos, R. (2012). Childhood Physical Abuse as a Common Risk Factor for Depression and Thyroid Dysfunction in the Earlier Postpartum. *Psychiatry Research, 200*, 329-335. doi: 10.1016/j.psychres.2012.06.032.
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and Family Functioning of Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Clinical Psychology Review, 21*, 471-490.
- Russell, D. E. H. (1986). *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. New York, NY: Basic Books.
- Sachs-Ericsson, N., Blazer, D., Plant, E. A., & Arnow, B. (2005). Childhood Sexual Abuse and the 1-year Prevalence of Medical Problems in the National Comorbidity Survey. *Health Psychology, 24*(1), 32-40. doi:10.1037/0278-6133.24.1.32.
- Sachs-Ericsson, N., Medley, A. N., Kendall-Tackett, K., Taylor, J. (2011). Childhood abuse and Current Health Problems among older adults: the Mediating Role of self-efficacy. *Psychology Violence, 1*(2), 106-120. doi:10.1037/a0023139
- 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(5), 467-476. doi: 10.1002/jts.20054.
- Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M. & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative Interpersonal Traumas and Social Support as Risk and Resiliency Factors in Predicting PTSD and Depression Among Inner-City Women. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 825-836. doi:10.1002/jts.20159.
- Senn, T. E., Carey, M. P. & Venable, P. A. (2008). Childhood and Adolescent Sexual Abuse and Subsequent Sexual Risk Behavior: Evidence from Controlled Studies, Methodological Critique, and Suggestions for Research. *Clinical Psychology Review*, 28, 711-735. doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.002.
- Sigurdardottir, S. & Halldorsdottir, S. (2012). Repressed and Silent Suffering: Consequences of Childhood Sexual Abuse for Women's Health and Well-Being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 422-432. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01049.x
- Singer, M. J., Humphrey, K. L. & Lee, S.S. (2012). Coping Self-Efficacy Mediates The Association Between Abuse During Childhood and ADHD Symptoms in Adulthood. *Journal of Attention Disorders*, 20(10), 1-9. doi: 10.1177/1087054712465337
- Stuewing, J. & McCloskey, L. A. (2005). The Relation of Child Maltreatment to Shame and Guilt Among Adolescents: Psychological Routes to Depression and Delinquency. *Child Maltreatment*, 10(4), 324-336. doi: 10.1177/1077559505279308
- Taylor, K., Piotrowski, C., Woodgate, R. L. & Letourneau, N. (2014). Child Sexual Abuse and Adult Religious Life: Challenges of Theory and Method. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), 865-884. doi: 10.1080/10538712.2014.960633
- Tovar, E., Rayens, M. K., Gokun, Y. & Clark, M. (2013). Mediators of Adherence Among Adults with Comorbid Diabetes and Depression: The Role of Self-Efficacy and Social Support. *Journal of Health Psychology*. doi: 10.1177/1359105313512514
- Uebelacker, L. A., Eaton, C. B., Weisberg, R., Sands, M, Williams, C., Calhoun, D., Manson, J. E., Denburg, N. L., & Taylor, T. (2013). Social Support and Physical Activity as Moderators of Life Stress in Predicting Baseline Depression and Change in Depression Over Time in the Women's Health Initiative. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1971-1982. doi: 10.1007/s00127-013-0693-z
- Zhang, y. & Jin, S. (2014). The Impact of Social Support on Postpartum Depression: The Mediator Role of Self-Efficacy. *Journal of Health Psychology*. doi: 10.1177/1359105314536454

ANEXOS

ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO ACES- ALTO AVE

Concordo com a sua proposta
de com o Conselho Clínico
Acreditação
ACES DO ALTO AVE
Dr. Carlos Guimarães
Diretor Executivo
ACES DO ALTO AVE

REQUERIMENTO

A - P.C.C. 25.
17/12/2013

Dr. Carlos Guimarães
Diretor Executivo
ACES DO ALTO AVE

Assunto: Pedido de Autorização para a realização de uma investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia, do Centro Regional de Braga.

Exmo. Senhor

Autorizado, desde que
atenda o parecer
favorável da Comissão
de Ética.
17/10/2014

Eu, Sabrina Sampaio Pedroso, Mestranda do 2º ano de Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia, do Centro Regional de Braga, residente na Rua da Boavista, nº 24, Candoso, S. Martinho, Guimarães, venho, por este meio, solicitar, a Vossa Excelência, a autorização para a realização de uma investigação, no âmbito do projeto *Woman Health*, coordenado pela Professora Doutora Eleonora Cunha, a realizar na Consulta de Planeamento Familiar, no ACES – Alto Ave, no corrente ano letivo, 2013/2014.

Dr. Carlos Guimarães
Diretor Executivo
ACES DO ALTO AVE

Trata-se de uma investigação intitulada “Impacto da História de Abuso Físico, Sexual e Emocional na Infância no Bem-Estar Psicológico das Mulheres e no Risco Face ao VIH”, tendo por objetivo estudar de que forma uma história de maus-tratos na infância repercute no bem-estar psicológico do adulto e no risco face ao VIH. Neste sentido, procura-se estudar o suporte social, o abuso sexual, emocional e físico na infância, a perturbação de *stress* pós-traumática, a depressão, o comportamento de risco na pessoa e no parceiro, a infeção sexualmente transmissível, as doenças sexualmente transmissíveis e, ainda, as componentes sociodemográficas.

Para o estudo das variáveis supracitadas pretende-se proceder à utilização dos seguintes instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico (McIntyre, Veiga Costa & Hobfoll, 2002);
- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies Depression Scale - CES-D) (Randloff, 1977);
- Escala de Suporte Social (Social Provisions Scale – SPS) (Cutrona & Russel, 1993);
- Questionário da Conservação de Recursos (Conservation of Resources Evaluation Questionnaire – COR-E) (Hobfoll & Lilly, 1993; versão traduzida e adaptada por McIntyre & Veiga Costa, 2002);

- Partner HIV Risk Behavior (Hobfoll,2002);
- Comportamentos de Risco: Doenças Sexualmente Transmissíveis (STD Markers) (Hobfoll, 2002);
- Escala de Auto-Relato de sintomatologia de PTSD (PTSD Symptom Scale: Self-Reported (PSS-SR) (Foa et al.,1993, versão experimental portuguesa McIntyre & Veiga Costa, 2002);
- Questionário de Trauma Infantil (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ) (Berstein et al., 1994; versão experimental Portuguesa McIntyre & Veiga Costa, 2002).

Os resultados encontrados serão analisados de acordo com as implicações para a prática clínica.

Considerando que esta investigação envolve participantes humanos, será obtido o consentimento informado das participantes, e toda a investigação clínica será conduzida de acordo com os Princípios expressos na Declaração de Helsínquia. Toda a informação será recolhida e analisada de forma confidencial e anónima.

Ao presente pedido de requerimento, anexa-se a proposta de investigação a realizar.

Pede-se deferimento

A requerente

Sabrina Saubão Pedrosa

E-mail: Sabrina.pedrosa90@gmail.com

ANEXO 2 - CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto 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: Saúde na Mulher (“*Woman Health Project*”)

Enquadramento: Esta investigação é realizada no ACES Alto-Ave. Insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga.

Explicação do estudo: Os dados serão recolhidos através de questionários, tendo como principal finalidade ajudar as mulheres a reduzir o risco de ficarem doentes fazendo com que fiquem saudáveis, ou seja, desenvolver conhecimentos que podem contribuir para melhorar a saúde das mulheres. Para participar neste estudo é necessário apenas que se encontre inscrita nas consultas de planeamento familiar e que preencha alguns questionários.

Condições e financiamento: os custos do estudo são suportados pela Fundação para a Tecnologia e Ciência, não havendo custos associados à sua participação nesta investigação. Caso não pretenda participar não haverá qualquer tipo de prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: A sua participação é voluntária e os dados são confidenciais. O anonimato será mantido. Os dados recolhidos são exclusivamente para uso de investigação.

Muito Obrigado pela sua participação.

Sabrina Pedroso

Mestranda de Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga.

Contacto: 915138004

E-mail: sabrinapedroso90@gmail.com

Assinatura:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. 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 pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

ANEXO 3 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Questionário de Conservação de Recursos (COR-E) (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Transporte pessoal	.33	.93
Roupa adequada	.46	.93
Ferramentas necessárias para o trabalho	.42	.93
Eletrodomésticos necessários para a casa	.43	.93
Alojamento que satisfaça as minhas necessidades	.46	.93
Alimentação adequada	.49	.93
Mobiliário de casa adequado	.48	.93
Dinheiro para extras	.67	.93
Economias ou dinheiro de emergência	.61	.93
Rendimento adequado	.67	.93
Bens financeiros	.60	.93
Dinheiro para transporte	.59	.93
Dinheiro para promoção pessoal	.58	.93
Ajuda financeira, se necessária	.55	.93
Saúde da família/amigos íntimos	.42	.93
Telefone	.49	.93
Sentir que tem valor para os outros	.51	.93
Estabilidade familiar	.51	.93
Relação próxima com um ou mais membros da família	.41	.93
Intimidade com o marido ou companheiro	.44	.93
Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo	.41	.93
Compreensão por parte do meu empregador/patrão	.45	.93
Apoio por parte dos colegas de trabalho	.43	.93
Companhia	.50	.93
Afeto por parte dos outros	.52	.93
Ajuda com as tarefas no trabalho	.45	.93
Ajuda com as tarefas em casa	.47	.93
Lealdade dos amigos	.47	.93
Tempo adequado para dormir	.47	.93

Tempo livre	.40	.93
Tempo para o trabalho	.38	.93
Tempo com aqueles de que gostámos	.51	.93
Crédito financeiro adequado	.52	.93
Saúde pessoal	.50	.93
Posição no emprego	.46	.93
Emprego estável	.39	.93
Saúde do marido/companheiro	.40	.93
Oportunidades de formação na educação ou no trabalho	.51	.93
Estabilidade financeira	.70	.93
Assistência médica	.54	.93
Total da escala	$\alpha = .60$	

ANEXO 4 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do</i>	
	<i>item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Fiquei incomodada com coisas que normalmente não me aborrecem	.55	.89
Não me apeteceu comer, tinha pouco apetite	.49	.89
Senti que não conseguia sair da tristeza mesmo com a ajuda da minha família ou amigos	.71	.89
Senti que era tão boa como as outras pessoas	-.01	.91
Tive dificuldade em manter a concentração no que estava a fazer	.57	.89
Senti-me deprimida	.79	.88
Senti que tudo aquilo que fazia era um esforço	.57	.89
Senti-me esperançosa em relação ao futuro	.35	.90
Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	.63	.89
Senti-me com medo	.67	.89
O meu sono era agitado	.55	.89
Falei menos do que é habitual	.64	.89
Eu estava feliz	.54	.89
Senti-me só	.68	.89
As pessoas foram antipáticas	.42	.90
Eu sentia prazer na vida	.09	.91
Eu tive crises de choro	.63	.89
Senti-me triste	.73	.89
Senti que as pessoas não gostam de mim	.58	.89
Não tinha energia	.65	.89
Total da Escala	$\alpha = .90$	

ANEXO 5 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala de Suporte Social (SPS) (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Pode contar com outras pessoas para a ajudarem se precisar?	.48	.76
Sente que não pode contar com outras pessoas para a guiarem em tempos de <i>stress</i> ?	.50	.76
Existem outras pessoas que gostam das mesmas atividades sociais de que você gosta?	.27	.78
Sente que as outras pessoas não respeitam as suas capacidades ou competências?	.47	.76
Se algo de errado acontecesse, sente que os outros não a iriam ajudar?	.56	.75
As relações que tem com os outros proporcionam uma sensação de segurança emocional?	.42	.77
Sente que as suas competências e capacidades são reconhecidas pelos outros?	.42	.77
Sente que os outros não partilham os seus interesses e preocupações?	.51	.76
Existe alguma pessoa que lhe pode dar conselhos se estiver com problemas?	.35	.77
Sente que lhe falta proximidade emocional com os outros?	.51	.75
Total da Escala	$\alpha = .78$	

ANEXO 6 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala de Autoeficácia Geral (GSES) (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Consigo sempre resolver problemas difíceis se tentar.	.52	.65
Se alguém se opuser, posso encontrar os meios e formas de conseguir o que quero.	.53	.64
É difícil permanecer com os meus objetivos e alcançar metas.	.21	.71
Acredito que posso lidar eficazmente com acontecimentos imprevisíveis.	.56	.64
Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevisíveis.	.63	.63
Posso resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	.60	.64
Posso permanecer tranquila perante dificuldades porque confio nas minhas capacidades.	.51	.65
Quando sou confrontada com um problema, muitas vezes não consigo encontrar uma solução.	-.03	.74
Se estiver com um problema, geralmente consigo pensar numa solução.	.40	.67
Muitas vezes não consigo lidar com os problemas que surgem.	-.06	.75
Total da Escala	$\alpha = .84$	

ANEXO 7 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Questionário de Trauma Infantil (CTQ) (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas.	0.58	0.74
Quando eu tinha 15 anos ou menos, os castigos que recebi pareceram-me cruéis.	0.53	0.75
Quando eu tinha 15 anos ou menos, fui castigada com um cinto, uma tábua, corda ou algum objeto duro.	0.55	0.75
Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém da minha família berrou e gritou comigo.	0.44	0.78
Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família disseram-me coisas que me magoaram ou me insultaram.	0.54	0.75
Quando eu tinha 15 anos ou menos, acredito que fui abusada sexualmente.	0.40	0.77
Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém me molestou sexualmente ao tocar os meus seios, vagina ou ânus.	0.48	0.76
Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém pôs o pênis, dedos, dedos, ou objetos na minha boca, vagina ou ânus contra a minha vontade.	0.45	0.76
Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém tentou que tivesse comportamentos sexuais ou que observasse atos sexuais.	0.40	0.77
Quando tinha 15 anos ou menos, alguém tentou tocar-me de forma sexual ou tentou forçar-me a tocar-lhe.	0.44	0.76
Quando tinha 15 anos ou menos, alguém ameaçou que iria magoar-me ou dizer mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual com essa pessoa.	0.40	0.77
Quando tinha 15 anos ou menos, vi o abuso físico de outro membro da família.	0.26	0.78
Quando tinha 15 anos ou menos, vi o abuso sexual de outro membro da família.	0.18	0.78
Quando eu tinha 15 anos ou menos, estavam por vezes homens em casa que não eram da família e por quem me senti ameaçada.	0.27	0.78
Total da Escala	$\alpha = .78$	

ANEXO 8 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Subescala Abuso Físico e Emocional do Questionário de Trauma Infantil (CTQ) (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas.	.69	.76
Quando eu tinha 15 anos ou menos, os castigos que recebi pareceram-me cruéis.	.67	.76
Quando eu tinha 15 anos ou menos, fui castigada com um cinto, uma tábua, corda ou algum objeto duro.	.65	.77
Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém da minha família berrou e gritou comigo.	.52	.83
Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família disseram-me coisas que me magoaram ou me insultaram.	.63	.77
Total da subescala	$\alpha = .81$	

ANEXO 9 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da subescala Abuso Sexual do Questionário de Trauma Infantil (CTQ) (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Quando eu tinha 15 anos ou menos, acredito que fui abusada sexualmente.	.86	.92
Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém me molestou sexualmente ao tocar os meus seios, vagina ou ânus.	.95	.91
Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém pôs o pênis, dedos, dedos, ou objetos na minha boca, vagina ou ânus contra a minha vontade.	.91	.91
Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém tentou que tivesse comportamentos sexuais ou que observasse atos sexuais.	.62	.95
Quando tinha 15 anos ou menos, alguém tentou tocar-me de forma sexual ou tentou forçar-me a tocar-lhe.	.92	.91
Quando tinha 15 anos ou menos, 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	$\alpha = .94$	

ANEXO 10 – TESTE DE NORMALIDADE PARA A HIPÓTESE 1

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov		
	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Escala de Suporte Social total	.130	767	.000
Escala de autoeficácia total	.038	767	.011
Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível?	.539	767	.000
Número de Parceiros	.532	767	.000
Presença ou ausência de Abuso Infantil	.406	767	.000

ANEXO 11 – TESTE DE NORMALIDADE PARA A HIPÓTESE 2

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov		
	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Escala CES-D total	.109	767	.000
Escala de Suporte Social total	.130	767	.000
Escala COR-E Total	.139	767	.000
Escala CTQ total	.242	767	.000

ANEXO 11 – TESTE DE NORMALIDADE PARA A ANÁLISE EXPLORATÓRIA

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov		
	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Escala CTQ total	.242	767	.000
Subescala abuso físico e emocional CTQ	.229	767	.000
Subescala abuso sexual CTQ	.517	767	.000
<i>Marital status</i>	.375	767	.000
Religião categorizada	.327	767	.000
Empregada	.448	767	.000
Severidade CES-D ponto de Corte 20	.419	767	.000
Número de Parceiros	.532	767	.000
Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível?	.539	767	.000