



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Catarina Isabel Gomes Guerra

**Experiências Adversas na Infância e  
Comportamentos de Risco para a Saúde:  
Um Estudo Comparativo com Mulheres  
Reclusas e Mulheres da Comunidade**





**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Catarina Isabel Gomes Guerra

**Experiências Adversas na Infância e  
Comportamentos de Risco para a Saúde:  
Um Estudo Comparativo com Mulheres  
Reclusas e Mulheres da Comunidade**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia,  
Área de Especialização em Psicologia da Justiça

Trabalho realizado sob orientação da  
**Professora Doutora Ângela Costa Maia**

outubro de 2013

## DECLARAÇÃO

Nome: Catarina Isabel Gomes Guerra

Endereço electrónico: catarina.igg@gmail.com

Número do Bilhete de Identidade: 13721893

Título dissertação

**Experiências Adversas na Infância e Comportamentos de Risco para a Saúde: Um Estudo Comparativo com Mulheres Reclusas e Mulheres da Comunidade**

Orientador(es): Professora Doutora Ângela Costa Maia

Ano de conclusão: 2013

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia da Justiça

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 17/10/2013

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Abstract .....	VI
Introdução.....	6
Método .....	8
Participantes.....	8
Instrumentos .....	9
Procedimento .....	10
Procedimentos de Análise Estatística .....	11
Resultados .....	11
Discussão.....	15
Referências .....	19

## Índice de Tabelas

Tabela 1 .....	12
Tabela 2 .....	12
Tabela 3 .....	14
Tabela 4.....	15

## Agradecimentos

À Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela Maia pelo apoio, orientação, dedicação e todo o tempo que me disponibilizou, ao longo do desenvolvimento deste projeto.

À Dra. Joana Alves por possibilitar e facilitar o desenvolvimento deste estudo.

À minha mãe e ao meu irmão, um agradecimento especial, por me apoiarem e acompanharem em todas as fases da minha vida. Por tornarem possíveis grande parte dos meus sonhos e pelo acompanhamento incondicional para que todos os meus passos sejam bem-sucedidos e jamais esquecidos. Sem eles, nada disto seria possível.

Aos meus avós, que apesar de já não estarem presentes, sempre estiveram comigo, acompanharam todos os meus passos, acreditaram em mim e sempre impulsionaram todos os meus objetivos e trajetória de vida. Hoje estariam extremamente orgulhosos.

Ao meu namorado, Luís Lima, por todo o apoio nesta caminhada, pela difícil tarefa de aguentar os meus altos e baixos sempre com a excelente capacidade de me erguer e pelo amor que nutrimos um pelo outro, essencial em qualquer circunstância. Grande parte da motivação para ultrapassar os obstáculos e terminar esta caminhada, deve-se a ele.

Às pessoas da minha família que estiverem sempre presentes e me apoiaram.

À Sofia Soares, por fazer parte da minha vida desde o primeiro dia na Universidade do Minho.

À Joana Gonçalves, Catarina Ribeiro, Flávia Fernandes, Joana Botelho, Joana Rodrigues, Tiago Lopes, Marcela Magalhães, Catarina Gomes e Rúben Correia, pela amizade que nutrimos no mundo académico e que ficará para a vida. Pelo apoio que mutuamente demos uns aos outros e continuaremos a dar em várias fases da nossa vida.

Às minhas afilhadas: Cátia Fernandes e Rita Ferreira, por serem mais do que colegas de curso e afilhadas académicas, por serem amigas e especiais.

À Katarina Magalhães pelo apoio e amizade de anos, essencial para mim.

À Mafalda Pinto, pelo apoio em várias etapas e pelo carinho que nutrimos uma pela outra.

À Vanessa Pinto, pelo apoio e esclarecimento de dúvidas ao longo do desenvolvimento deste projeto.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização deste projeto e de mais uma importante fase da minha vida.

E ao “Dumbo”, que me proporcionou muitas alegrias e bons momentos durante esta fase.

# Experiências Adversas na Infância e Comportamentos de Risco para a Saúde: Um Estudo Comparativo com Mulheres Reclusas e Mulheres da Comunidade

## Resumo

O presente estudo tem como principal objetivo, perceber a relação das experiências adversas na infância com os comportamentos de risco na idade adulta, em dois grupos, mulheres reclusas e mulheres da comunidade. Neste estudo participaram 315 mulheres, 230 reclusas e 85 pertencentes à comunidade. Os instrumentos utilizados foram: o Questionário Sociodemográfico, Questionário de Comportamentos de Risco e o Questionário de Experiências Adversas na Infância (ACE). Os resultados da investigação indicam uma forte relação entre a adversidade na infância e comportamentos de risco para a saúde na idade adulta. As mulheres reclusas apresentam mais relações entre diferentes tipos de adversidade na infância e diferentes comportamentos de risco para a saúde do que as mulheres da comunidade. A adversidade total prediz diferentes tipos de comportamentos de risco para a saúde, sendo as reclusas o grupo que apresenta maior número de comportamentos de risco preditos. Em suma, as mulheres reclusas relatam um total de experiências adversas na infância superior e apresentam um risco mais elevado de adotar comportamentos de risco para a saúde, comparativamente às mulheres da comunidade.

Palavras-chave: Experiências adversas na infância, comportamentos de risco para a saúde, mulheres, comunidade, reclusas.

Adverse Childhood Experiences and Risk Behaviors for Health: A Comparative Study  
with Women in Prison and Women in the Community

Abstract

The main goal of the present study is to understand the relationship of adverse experiences in childhood with health risk behaviors in adulthood, in two groups, female inmates and the women of the community. 315 women participated in this study, 230 were inmates and 85 were from the community. The instruments used were: the Sociodemographic Questionnaire, the Risk-Behavior Questionnaire and the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). The research results indicate a strong relationship between adverse childhood experiences and risk behaviors to health in adulthood. Women in prison have more relations between different types of adversity in childhood and different behaviors of health risk than women of the community. Total Adversity predicts different types of risk behaviors to health, and the reclusive group that has the highest number of risk behaviors predicted. In short, women in prison report a total of more adverse childhood experiences and have a higher risk of adopting risky behaviors to health, compared to women in the community.

Keywords: Adverse childhood experiences, risk behaviors to health, women, community, inmates.



## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013), “no século XXI a saúde é uma responsabilidade partilhada, envolvendo o acesso equitativo a cuidados essenciais e a defesa coletiva contra as ameaças transnacionais”. Neste sentido, são realizados diferentes estudos que permitem conhecer o estado de saúde dos indivíduos, e conseqüentemente, melhorar os meios de intervenção para a melhoria do mesmo. No entanto, existem problemas de saúde de diferentes etiologias e os comportamentos que os indivíduos adotam podem representar elevado risco para a sua saúde.

Ao longo dos anos, estudos têm evidenciado ligações entre experiências adversas na infância e problemas de saúde na idade adulta (Alves, & Maia, 2010; Chartie, Walker, & Naimark, 2009; Clark, Thatcher, & Martin, 2010; Corso, Edwards, Fang, & Mercy 2008; Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, & Marks, 1998; Felitti, 2002; Rodgers, Lang, Laffaye, Satz, Dresselhaus, & Stein, 2004)

As experiências adversas na infância são reconhecidas não apenas como agressões diretas ao indivíduo, mas também como omissões de cuidados e disfunções no seio familiar, que afetam o indivíduo (Felitti et al., 1998). O abuso emocional, físico e sexual; a negligência física e emocional; as disfunções familiares como violência doméstica sobre a mãe, consumo de álcool e drogas por algum familiar, pais divorciados, membros da família presos e/ou com doença mental, são as principais experiências adversas na infância consideradas pela literatura (Anda, Butchart, Felitti, & Brown, 2010; Dong, Anda, Felitti, Dube, Williamson, Thompson, Loo, & Giles, 2004; Felitti et al., 1998; Thompson, Litrownik, Isbell, Everson, English, Dubowitz, Proctor, & Flaherty, 2012). Estas experiências não ocorrem em separado e a sua co-ocorrência é comum (Dong et al., 2004). Este fenômeno origina maior vulnerabilidade no desenvolvimento do indivíduo, de acordo com o número de experiências adversas (Dong et al., 2004), influenciando a sua saúde e bem-estar (Felitti, 2002).

A investigação tem demonstrado que as experiências adversas na infância estão relacionadas com comportamentos de risco para a saúde na idade adulta, sendo os principais: o consumo de álcool (Dube, Miller, Brown, Giles, Felitti, Dong, & Anda, 2006; Pilowsky, Keyes, & Hasin, 2009), consumo de substâncias (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles, & Anda, 2003; Felitti, 2002), comportamento sexual de risco (Hilis, Anda, Felitti, Nordenberg, & Marchbanks, 2001; Testa, Vanzile-Tamsen, & Livingston, 2005) e tentativa de suicídio (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson, & Giles, 2001; Thompson et al., 2012). Para além destes comportamentos, os hábitos tabágicos também estão fortemente relacionados com

experiências adversas na infância (Anda, Croft, Felitti, Nordenberg, Giles, Williamson, Giovino, 1999; Felitti, 2002).

A prevalência de experiências adversas na infância em grupos desfavorecidos, como o caso das mulheres reclusas, é alta, comparativamente a mulheres pertencentes à comunidade. Segundo Wolff, Shi, & Siegel (2009) o “ciclo de violência” é comum nas mulheres reclusas, indicando que à medida que o número de exposições à violência aumenta, o risco de vitimização aumenta 60-70% (Whitfield, Anda, Dube, & Felitti, 2003). Ao longo dos anos, estudos verificaram que esta população apresenta uma elevada taxa de experiências adversas na infância (Anda, 2008; Bloom, Owen & Covington, 2004; Green, Miranda, Daroowalla, & Siddique, 2005; Jordan, Schelenger, Fairbank & Caddell, 1996) sendo as mais frequentes o abuso físico e sexual (Green, Miranda, Daroowalla, & Siddique, 2005; Messina & Grella, 2006; Suter, Byrne M., Byrne S., Howells, & Day, 2002). Harlow (1999) aponta que as experiências de abuso sexual na infância são duas a três vezes mais comuns nas mulheres reclusas do que nas mulheres da comunidade, o que sugere que o abuso sexual é um importante fator de risco para o crime (Thornberry, Henry, Ireland, & Smith, 2010). Por outro lado, estudos revelam que as experiências adversas na infância estão relacionadas com a detenção precoce, abuso de substâncias, história de prostituição e problemas de saúde nesta população (Messina & Christine, 2006; Mullings, Marquart, & Brenet, 2000).

A exposição a várias formas de adversidade na infância também apresenta consequências ao nível do comportamento sexual dos indivíduos, aumentando o risco de doenças sexualmente transmissíveis (Hillis, Anda, Felitti, Nordenberg, & Marchbanks, 2000). Outros estudos revelam que a incidência de comportamentos de risco para a saúde como o consumo de álcool, tabaco e drogas é maior em indivíduos que viveram experiências traumáticas (Anda, Croft, Felitti, Nordenberg, Giles, Williamson, & Giovino, 1999; Dube, Anda, Felitti, Edwards, & Croft, 2002; Dube et al., 2003).

Para além da maior prevalência de experiências adversas na infância na população reclusa, a mesma apresenta um maior envolvimento em comportamentos de risco para a saúde, comparativamente à população da comunidade (Alves, Dutra, & Maia, 2013; Alves & Maia, 2010). Segundo Green e colaboradores (2005) o aumento do número de mulheres nas prisões está relacionado com comportamentos de risco para saúde, nomeadamente o consumo de drogas e ainda comportamentos relacionados com substâncias ilícitas. Segundo os mesmos autores, o consumo de drogas é muito prevalente nesta população, seguido do consumo excessivo de álcool. Também os comportamentos sexuais de risco têm relevância na

população reclusa, uma vez que são mais frequentes do que na população em geral (Alves & Maia, 2010).

A população reclusa também tem exibido taxas mais elevadas de tentativas de suicídio, relativamente às exibidas na comunidade (Snow, Paton, Oram, & Teers, 2002). Segundo Pratt, Piper, Appleby, Webb e Shaw (2006), esta população tem, inerentemente, muitos fatores de risco para o comportamento suicida, exibindo taxas mais elevadas, mesmo após a libertação. Estudos realizados indicam que as experiências adversas na infância são preditores de tentativa de suicídio (Alves & Maia, 2010; Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel, & Bout, 2002). Adicionalmente, Ravello, Abeita e Brown (2008) constataram que os reclusos que experienciaram, pelo menos quatro tipos diferentes de adversidade tinham sete vezes mais probabilidade de desenvolver comportamento suicida, comparativamente aos expostos a menos tipos de experiências adversas.

As investigações dirigidas à população feminina reclusa, em comparação com a população feminina da comunidade, têm sido poucas. Este facto, possivelmente, está relacionado com o reduzido número de mulheres reclusas (Green et al., 2005). De modo a colmatar esta lacuna, este estudo pretende comparar ambas as populações femininas em Portugal – reclusas e mulheres da comunidade –, uma vez que a maioria dos estudos se prende com a comparação de cada população ao nível dos dois sexos (e.g. Alves, Dutra, & Maia, 2013).

Com o presente estudo pretende-se perceber qual a relação da adversidade na infância e os comportamentos de risco para a saúde em ambas as populações e como é que estas se diferenciam. Deste modo os objetivos do estudo são: a) comparar as mulheres reclusas e mulheres da comunidade ao nível da adversidade e dos comportamentos de risco para a saúde; b) analisar a relação entre adversidade na infância e comportamentos de risco para a saúde em ambas as populações; c) analisar que experiências adversas na infância se relacionam com os diferentes tipos de comportamentos de risco para a saúde, em ambas as populações; d) verificar se a adversidade total prediz o total de comportamentos de risco para a saúde em ambas as populações; e) e verificar até que ponto a adversidade total prediz cada um dos diferentes tipos de comportamentos de risco para a saúde, em ambas as populações.

## Método

### *Participantes*

Este estudo inclui dois grupos de participantes. Um dos grupos é composto por 85 mulheres, pertencentes à comunidade, com idades entre os 18 e os 78 anos ( $M = 36.85$ ,  $DP =$

14.05). A sua nacionalidade é maioritariamente Portuguesa ( $n = 74$ , 90.2%), enquanto 2 (2.4%) participantes são Africanas e 6 (7.3%) têm outra nacionalidade. Relativamente ao estado civil, 50 (59.5%) encontram-se casadas ou juntas, 26 (31%) estão solteiras, 5 (6%) estão viúvas e 3 (3.6%) estão separadas ou divorciadas. Grande parte destas mulheres ( $n = 23$ , 27.4%) tem apenas o 4º ano de escolaridade, 22 (26.2%) frequentaram a universidade, 13 (15.5%) concluíram o 12º ano, 11 (13.1%) tem o 9º ano de escolaridade, 9 (10.7%) frequentou o 6º ano, 5 (6%) tem menos de 4 anos de estudo e apenas 1 (1.2%) mencionou nunca ter frequentado a escola. Destas participantes, a maioria ( $n = 50$ , 58.1%) está desempregada e 36 (41.9%) têm emprego. Apenas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Portugal, é que foram entrevistadas.

O segundo grupo de participantes inclui 230 mulheres reclusas com idades compreendidas entre 18 e 68 anos ( $M = 36.75$ ,  $DP = 10.70$ ), sendo a maioria detidas por crimes relacionados com estupefacientes ( $n = 124$ , 54.9%), 18 (8%) por crimes contra o património, 18 (8%) por furto, 14 (6.2%) por homicídio e 56 (22.9%) por outros crimes. A duração da detenção varia entre 6 e 324 meses ( $M = 79.15$ ,  $DP = 55.59$ ). Relativamente às características sociodemográficas, a nacionalidade das participantes é maioritariamente Portuguesa ( $n = 175$ , 76.1%), enquanto 26 (11.3%) têm nacionalidade Africana e 29 (12.5%) têm outra. À data de reclusão, 159 (69.1%) participantes encontravam-se casadas ou juntas, 30 (13%) estavam separadas ou divorciadas, 28 (12.2) estavam solteiras e 13 (5.7%) estavam viúvas. A maioria das participantes estava empregada antes de ser detida ( $n = 136$ , 59.1%) enquanto 40.9% ( $n = 94$ ) estavam desempregadas. Relativamente à escolaridade, 10 (4.4%) participantes nunca foram à escola, 20 (8.7%) estudaram menos de quatro anos, 46 (20.1) tem apenas o 4º ano, 52 (22.7%) tem o 6º ano, 51 (22.3%) concluiu o 9º ano, 30 (13.1%) concluíram o ensino secundário e 20 (8.7%) frequentaram a universidade.

### *Instrumentos*

*Questionário Sociodemográfico.* Este instrumento foi utilizado de forma a recolher informações acerca da idade, nacionalidade, estado civil, habilitações académicas e condição de emprego.

*Questionário de comportamentos de risco* (Alves & Maia, 2010). Este instrumento inclui questões onde as participantes foram convidadas a relatar comportamentos de risco para a saúde, nomeadamente, hábitos tabágicos, consumo de álcool, consumo de drogas, relações sexuais desprotegidas e tentativas de suicídio. A partir destas questões foi criado um índice de comportamentos de risco para a saúde que pode variar entre 0 e 5 de acordo com as respostas

positivas aos 5 tipos de comportamentos de risco acima referidos: “fuma?”; “já consumiu álcool?”; “Alguma vez consumiu drogas?”; “Nos últimos 12 meses, com quantos homens (ou mulheres) teve relações sexuais?” e “usou preservativo?” – Se a resposta for positiva, com pelo menos 1 homem (ou mulher) e “nunca” usar preservativo ou usar apenas “às vezes” é considerado relação sexual desprotegida; e “alguma vez se tentou suicidar?”.

*Questionário de Experiências Adversas na Infância (ACE)* adaptado para a população portuguesa (Felitti et al., 1998, traduzido por, Silva & Maia, 2008). Este questionário de autorrelato avalia a ocorrência de experiências adversas na infância através de 73 questões, divididas em 10 tipos de adversidades na infância: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência física, negligência emocional, consumo de substâncias no seio familiar, prisão de um membro da família, suicídio ou doença mental na família, divórcio ou separação dos pais e mãe vítima de violência doméstica. Através do somatório das diferentes categorias de adversidade experienciadas pelo participante, foi calculada a adversidade total. O valor “0” foi atribuído à ausência de adversidade, e “1” à presença da mesma. As respostas apenas foram contabilizadas para a presença de adversidade quando foram positivas em respostas “sim/não” e quando relatavam a ocorrência das mesmas “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”. Deste modo, o total de adversidade pode variar entre 0 e 10.

### *Procedimento*

O presente estudo decorreu com a autorização dos Estabelecimentos Prisionais e da Comissão de Ética do CIPsi-EPsi. No início de cada entrevista foi explicado o teor do estudo e garantida a confidencialidade e anonimato dos dados. Os participantes foram convidados a assinar o consentimento informado, previamente lido e explicado pelo investigador, e esclarecidos de que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento. Os questionários foram aplicados individualmente, apenas com a presença do participante e investigador. Foram aplicados somente uma vez a cada participante, tendo a duração média de 45 minutos, podendo variar consoante os participantes e as suas características psicológicas. A normalidade emocional do participante foi assegurada sempre que se verificou pertinente. Apenas 1 participante se recusou a terminar o questionário.

Estas mulheres pertencentes à comunidade foram entrevistadas em centros de novas oportunidades, bairros sociais, centros de apoio a famílias e em alguns postos de trabalho operário, enquanto as reclusas foram entrevistadas no estabelecimento especial de Santa Cruz do Bispo e no estabelecimento prisional de Tires.

A amostra do grupo de reclusas foi recolhida no âmbito do projeto de doutoramento da Dra. Joana Alves, sendo a restante amostra recolhida pelo autor.

#### *Procedimentos de Análise Estatística*

As análises de dados foram efetuados com recurso à versão 17.0, do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foi realizada estatística descritiva para a caracterização sociodemográfica dos participantes. Posteriormente foi importante verificar se a amostra apresentava uma distribuição normal. Esta verificação foi feita através do teste Kolmogorov-Smirnov, visto que o resultado obtido é o que nos permite optar pelos testes estatísticos mais adequados. A distribuição foi normal, procedendo-se então à realização das análises.

O teste *t* de *Student* foi utilizado de modo a verificar se existiam diferenças entre as mulheres reclusas e não reclusas ao nível da adversidade total, bem como ao nível do total dos comportamentos de risco para a saúde. Com o objetivo de analisar se a adversidade total e os comportamentos de risco para a saúde se relacionam, em ambos os grupos, foram realizados testes de correlação, utilizando o coeficiente de correlação de *pearson*. Para verificar se entre as várias experiências adversas na infância e tipos de comportamentos de risco se encontram relações, tanto no grupo das mulheres reclusas, como nas mulheres da comunidade, foram realizados testes de associação, especificamente, o qui-quadrado.

Foram realizadas duas análises de regressão linear simples, de modo a verificar se a adversidade total prediz o total de comportamentos de risco para a saúde, em ambos os grupos. O efeito de multicolinearidade foi tido em atenção através dos valores de tolerância que são todos superiores a .10 e os do *Condition Index* que são inferiores a 15, uma vez que a mesma poderá dificultar a inferência sobre a contribuição relativa da variável preditora para o sucesso do modelo.

Devido às relações encontradas entre experiências adversas e diferentes tipos de comportamentos de risco para a saúde, em cada grupo, foram realizadas análises de regressão logística, para perceber até que ponto a adversidade total prediz cada um dos diferentes comportamentos de risco para a saúde, em ambos os grupos.

### Resultados

No que diz respeito à diferenciação de mulheres reclusas e mulheres da comunidade quanto à adversidade total experienciada na infância (ver tabela 1), não se verificaram diferenças, entre os dois grupos em análise,  $t(290) = -1.56, p = .12$ .

Tabela 1

*Resultado das Diferenças entre Mulheres Reclusas e Mulheres da Comunidade ao nível da Adversidade na Infância (adversidade total)*

	Mulheres Reclusas (N = 230) M (DP)	Mulheres da Comunidade (N = 62) M (DP)	t (290)
Adversidade na Infância	3.11 (2.41)	3.65 (2.41)	-1.56 n.s.

Note: n.s = não significativo

Relativamente à comparação entre os dois grupos quanto ao índice de comportamentos de risco para a saúde (ver tabela 2), verificaram-se diferenças,  $t(312) = 4.13$ ,  $p < .001$ . As mulheres reclusas relatam maior número de comportamentos de risco do que as mulheres da comunidade.

Tabela 2

*Resultado das Diferenças entre Mulheres Reclusas e Mulheres da Comunidade ao nível do Índice de Comportamentos de Risco para a Saúde*

	Mulheres Reclusas (N = 229) M (DP)	Mulheres da Comunidade (N = 85) M (DP)	t (312)
Comportamentos de Risco para a Saúde	2.69 (1.27)	2.06 (1.04)	4.53 ***

Note: \*\*\*  $p < .001$

Verificou-se que a adversidade na infância está positivamente correlacionada com os comportamentos de risco para a saúde, nas mulheres reclusas ( $r = .31$ ,  $p < .001$ ) e nas mulheres da comunidade ( $r = .43$ ,  $p < .001$ ). Quanto maior for o número de experiências adversas na infância que as mulheres de ambos os grupos vivenciam, mais comportamentos de risco para a saúde estas adotam.

Uma vez encontrada relação entre experiências adversas na infância e comportamentos de risco para a saúde, em ambos os grupos de mulheres, realizamos testes de qui-quadrado para verificar se existiam associações entre diferentes experiências adversas na infância e tipos de comportamentos de risco para a saúde. Relativamente ao grupo de mulheres reclusas, verificaram-se associações estatisticamente significativas entre os hábitos tabágicos e a negligência emocional ( $\chi^2 = 4.268$ ;  $p < .05$ ), abuso físico ( $\chi^2 = 6.916$ ;  $p < .01$ ), consumo de substâncias na família ( $\chi^2 = 12.278$ ;  $p < .001$ ) e divórcio ou separação dos pais ( $\chi^2 = 5.824$ ;  $p$

< .05); entre o consumo de álcool com o abuso emocional ( $\chi^2 = 6.485$ ;  $p < .05$ ), abuso físico ( $\chi^2 = 9.787$ ;  $p < .01$ ), mãe vítima de violência doméstica ( $\chi^2 = 6.418$ ;  $p < .05$ ) e consumo de substâncias na família ( $\chi^2 = 6.893$ ;  $p < .01$ ). O consumo de drogas associou-se de forma significativa com a negligência emocional ( $\chi^2 = 4.399$ ;  $p < .05$ ), o abuso emocional ( $\chi^2 = 4.893$ ;  $p < .05$ ), o abuso físico ( $\chi^2 = 9.022$ ;  $p < .01$ ), o abuso sexual ( $\chi^2 = 7.075$ ;  $p < .01$ ), mãe vítima de violência doméstica ( $\chi^2 = 7.489$ ;  $p < .01$ ) e o consumo de substâncias na família ( $\chi^2 = 4.594$ ;  $p < .05$ ); enquanto as relações sexuais desprotegidas apenas se relacionaram com a negligência física ( $\chi^2 = 4.162$ ;  $p < .05$ ). Por fim, a tentativa de suicídio alcançou relações significativas com a negligência emocional ( $\chi^2 = 7.130$ ;  $p < .01$ ), a negligência física ( $\chi^2 = 4.835$ ;  $p < .05$ ), o abuso emocional ( $\chi^2 = 14.803$ ;  $p < .001$ ), o abuso físico ( $\chi^2 = 20.265$ ;  $p < .001$ ), o abuso sexual ( $\chi^2 = 15.451$ ;  $p < .001$ ), a mãe vítima de violência doméstica ( $\chi^2 = 12.213$ ;  $p < .001$ ), o consumo de substâncias na família ( $\chi^2 = 7.734$ ;  $p < .01$ ) e suicídio ou doença mental na família ( $\chi^2 = 10.921$ ;  $p < .01$ ).

Relativamente às mulheres da comunidade, os hábitos tabágicos estão associados com o abuso emocional ( $\chi^2 = 6.869$ ;  $p < .01$ ), o abuso sexual ( $\chi^2 = 12.499$ ;  $p < .001$ ), a mãe vítima de violência doméstica ( $\chi^2 = 4.516$ ;  $p < .05$ ), o suicídio ou doença mental na família ( $\chi^2 = 13.146$ ;  $p < .001$ ) e o divórcio dos pais ( $\chi^2 = 4.806$ ;  $p < .05$ ); o consumo de álcool associa-se expressivamente com a negligência emocional ( $\chi^2 = 5.004$ ;  $p < .05$ ) e o abuso físico ( $\chi^2 = 5.415$ ;  $p < .05$ ). Verificam-se, igualmente, relações estatisticamente significativas entre o consumo de drogas e o abuso emocional ( $\chi^2 = 10.171$ ;  $p < .01$ ), o abuso sexual ( $\chi^2 = 10.537$ ;  $p < .01$ ) e a doença mental na família ( $\chi^2 = 17.411$ ;  $p < .001$ ); entre a tentativa de suicídio, não somente com a negligência física ( $\chi^2 = 7.616$ ;  $p < .01$ ), como com o abuso sexual ( $\chi^2 = 5.634$ ;  $p < .05$ ) e a mãe ter sido vítima de violência doméstica ( $\chi^2 = 9.350$ ;  $p < .01$ ).

Após a realização da análise de regressão linear simples com recurso ao método *Stepwise*, de modo a perceber se a adversidade total prediz o total de comportamentos de risco para a saúde, em ambos os grupos (ver tabela 3), verificámos que estes são explicados com 9% da variância ( $R^2$  Ajustado=.090), no caso das mulheres reclusas, e 17.2% da variância ( $R^2$  Ajustado=.172) nas mulheres pertencentes à comunidade.



Tabela 3

*Resultados da Análise de Regressão Linear Simples utilizando como Preditor a Adversidade Total e como Variável Predita o Índice de Comportamentos de Risco para a Saúde, em Ambos os Grupos*

Preditores	R	R <sup>2</sup> Ajustado	β	F
Mulheres Reclusas	.094	.090	.307	23.648***
Mulheres da Comunidade	.185	.172	.430	13.642***

Note: \*\*\*  $p < .001$

Uma vez analisados os preditores do total de comportamentos de risco para a saúde, e já verificadas relações entre vários tipos de adversidade na infância com diferentes comportamentos de risco para a saúde, tentamos compreender até que ponto a adversidade total prediz diferentes comportamentos de risco para a saúde, em ambas as populações. Através de análises de regressão logística com recurso ao método *Forward*, para as mulheres da comunidade, obtivemos resultados significativos no que concerne aos hábitos tabágicos ( $\chi^2 = 8.299$ ;  $p < .01$ ), em que o risco dos hábitos tabágicos incrementar é de 1.416, se a adversidade aumentar um ponto. Relativamente ao consumo de drogas, foram obtidos resultados significativos ( $\chi^2 = 7.329$ ;  $p < .01$ ), sendo que o aumento de um ponto na adversidade é acompanhado por um risco aumentado de 1.447 de consumo de drogas. O consumo de álcool não obteve resultados significativos ( $\chi^2 = 1.006$ ;  $p > .10$ ), assim como as relações sexuais desprotegidas ( $\chi^2 = 1.359$ ;  $p > .10$ ) e as tentativas de suicídio ( $\chi^2 = 1.936$ ;  $p > .10$ ).

Relativamente às mulheres reclusas, obtivemos resultados significativos relativamente aos hábitos tabágicos ( $\chi^2 = 9.456$ ;  $p < .01$ ), uma vez que o aumento de um ponto na adversidade é acompanhado por um risco de 1.193 de hábitos tabágicos; o consumo de álcool também obteve resultados significativos ( $\chi^2 = 12.988$ ;  $p < .001$ ) em que o aumento de um ponto na adversidade total, aumenta o consumo de álcool 1.332 vezes; o consumo de drogas também alcançou significância estatística, ( $\chi^2 = 10.963$ ;  $p < .01$ ), sendo que o acréscimo de um ponto na adversidade na infância é acompanhado por um risco aumentado de 1.212 de consumo e na tentativa de suicídio ( $\chi^2 = 23.707$ ;  $p < .001$ ) o risco é de 1.345. As relações sexuais desprotegidas, foram o único comportamento de risco que não obteve resultados significativos no grupo das reclusas ( $\chi^2 = 1.360$ ;  $p > .10$ ).

Tabela 4

*Resultados da Análise de Regressão Logística utilizando como Preditor a Adversidade Total e como Variáveis Preditas os Diferentes Comportamentos de Risco para a Saúde, em Ambos os Grupos*

		Comportamentos De Risco	$\chi^2$	B	Wald	Odds Ratio	<i>p</i>
Mulheres Comunidade		Hábitos Tabágicos	8.299	.348	7.332	1.416	<b>.004</b>
		Consumo de Álcool	1.006	.145	.954	1.156	.316
		Consumo de Drogas	7.329	.370	6.380	1.447	<b>.007</b>
		Relações Sexuais Desprotegidas	1.359	.154	1.288	1.166	.244
	Adversidade	Tentativa de Suicídio	1.936	.220	1.865	1.246	.164
Mulheres Reclusas	Total	Hábitos Tabágicos	9.456	.176	8.909	1.193	<b>.002</b>
		Consumo de Álcool	12.988	.287	10.943	1.332	<b>.000</b>
		Consumo de Drogas	10.963	.193	10.555	1.212	<b>.001</b>
		Relações Sexuais Desprotegidas	1.360	-.067	1.361	.935	.243
		Tentativa de Suicídio	23.707	.297	21.493	1.345	<b>.000</b>

### Discussão

Ao longo deste estudo, procurou-se perceber a relação da adversidade na infância com os comportamentos de risco para a saúde em duas populações, especificamente, mulheres reclusas e mulheres pertencentes à comunidade.

No que diz respeito ao primeiro objetivo do estudo, os resultados mostram que não se verificam diferenças entre as mulheres reclusas e mulheres da comunidade ao nível da adversidade total relatada, contrariamente à nossa hipótese. Este resultado pode ser explicado pelas características socioeconômicas, predominantemente baixas, e características demográficas das mulheres da comunidade, semelhantes às das mulheres reclusas. Estudos indicam que a adversidade na infância é mais frequente em ambientes de baixo nível socioeconômico (Evans & Kim, 2010), assim como a interação de múltiplos fatores ao nível individual, familiar, da comunidade, podem contribuir para as experiências adversas na infância (Belsky, 1980).

Relativamente às diferenças entre grupos, ao nível do total de comportamentos de risco para a saúde, os resultados foram significativos, apontando que as mulheres reclusas exibem maior número de comportamentos de risco para a saúde do que as mulheres da comunidade. Este resultado corrobora a hipótese e vai de encontro ao presente na literatura sobre a população Portuguesa, de que embora a população da comunidade mantenha comportamentos de risco para a saúde, não são tão prevalentes como na população reclusa (e.g. Alves & Maia, 2010). Math e colaboradores (2011) apresentam um modelo onde doenças mentais, fatores de personalidade e tentativa de manipulação do sistema estão na origem de comportamentos de risco na prisão. Outros autores sugerem que o consumo de drogas, álcool, tentativas de suicídio, entre outros comportamentos de risco para a saúde, são estratégias desadequadas que o indivíduo adota para tentar lidar com a adversidade vivida (Anda et al., 1999; Dube et al., 2001). Este modelo também está relacionado com o segundo objetivo deste estudo, em que verificamos que o total de adversidade na infância está relacionado com o total de comportamentos de risco para a saúde, em ambas as populações. Este resultado pode ser explicado pelo poder cumulativo das experiências adversas na infância com efeito na vulnerabilidade do desenvolvimento do indivíduo (Dong et al., 2003; Dong et al., 2004). Um estudo de Mullings e colaboradores (2000) vai de encontro aos resultados obtidos, uma vez que verificaram que mulheres com experiências adversas na infância têm mais probabilidade de adotar comportamentos de risco para a saúde do que mulheres que não experienciaram adversidade na infância. Este resultado também enfatiza as reclusas, uma vez que os mesmos autores referem que vítimas de adversidade na infância são detidas em idades precoces e têm mais probabilidade de viver condições de marginalidade e de se envolverem em consumos e outros comportamentos de risco. Um estudo recente de Ramiro, Madrid e Brown (2010) também verificou que indivíduos com experiências adversas na infância têm grande probabilidade de adotar comportamentos de risco para a saúde na idade adulta.

Rodgers e colaboradores (2004) analisaram o impacto das diferentes formas de maltrato nos comportamentos de risco para a saúde e verificaram várias relações. Este estudo também obteve relações entre diferentes experiências adversas na infância e tipos específicos de comportamentos de risco para a saúde, em ambas as populações. O consumo de drogas e a tentativa de suicídio foram os comportamentos de risco que se relacionaram com mais experiências adversas na infância. Isto pressupõe que a coocorrência de experiências adversas na infância é clinicamente importante devido à influência das mesmas a curto, médio e longo-prazo no comportamento, bem-estar social e emocional e na saúde dos indivíduos, uma vez

que tem demonstrado ser um efeito cumulativo (Anda et al., 1999; Dietz et al., 1999; Dong, et al., 2003; Dube et al., 2001; Dube et al., 2004; Felitti et al., 1998; Hillis et al., 2000). No que respeita as relações no grupo das mulheres da comunidade, os resultados indicam que o comportamento que está relacionado com mais experiências adversas são os hábitos tabágicos. Estes dados confirmam resultados de estudos anteriores (e.g. Edwards et al., 2007; Felitti, 1998; Felitti, 2002; Felitti & Anda, 2010; Rodgers et al., 2004) que revelam a existência de uma relação significativa entre experiências adversas na infância e hábitos tabágicos na idade adulta. De todas as relações verificadas nos dois grupos, são as mulheres reclusas que apresentam maior número de relações entre adversidade na infância e comportamentos de risco para a saúde, como era esperado.

O nosso estudo verificou ainda que a adversidade total na infância prediz 9% do total de comportamentos de risco para a saúde nas mulheres reclusas e 17.2% para as mulheres da comunidade, sendo ambos os modelos altamente significativos. Este efeito é comum na literatura, embora durante algum tempo, as experiências adversas na infância tenham sido estudadas em separado ao invés de enfatizar a sua ocorrência em simultâneo, uma vez que a probabilidade de experienciar mais do que um tipo de adversidade é elevada (Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers, & O'Brien, 2007; Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998; Schiling, Aseltine, & Gore, 2008).

O efeito cumulativo foi tido em atenção e quisemos verificar até que ponto a adversidade total prediz cada um dos diferentes tipos de comportamentos de risco para a saúde, em ambas as populações. Verificamos que no grupo das mulheres da comunidade, a adversidade total prediz os hábitos tabágicos e o consumo de drogas, resultado que vai de encontro ao presente na literatura. Um estudo de Felitti e Anda (2010) revelou uma expressiva relação entre o total de adversidade na infância e os hábitos tabágicos, ou seja, pessoas com 6 ou mais experiências adversas na infância apresentam maior probabilidade de adotar hábitos tabágicos na idade adulta. Relativamente ao consumo de drogas, estes autores verificaram que indivíduos com um total de seis ou mais experiências adversas na infância, apresentam um risco aumentado de 4.6 vezes de consumo de drogas na idade adulta, comparativamente a indivíduos com um total de zero experiências adversas na infância. Também Ramiro, Madrid e Brown (2010) encontraram relações entre o número de experiências adversas na infância e a elevada probabilidade de adotar comportamentos de risco como consumo de drogas e tentativas de suicídio.

Na população reclusa, os dados foram mais expressivos, sendo que o total de adversidade prediz os hábitos tabágicos, consumo de álcool, consumo de drogas e tentativas

de suicídio. Estes dados conduzem-nos para a conclusão de que as mulheres reclusas relatam um total de experiências adversas na infância superior e por isso apresentam um risco mais elevado de adotar comportamentos de risco para a saúde, do que as mulheres da comunidade.

Estudos sugerem que fatores socioculturais podem estar na origem do desenvolvimento de certos comportamentos de risco, em alguns países, como por exemplo, nas Filipinas, a influência dos pares foi encontrado como um fator relevante para os indivíduos iniciarem os hábitos tabágicos e os consumos de álcool. É ainda referido que o consumo de álcool é uma forma de socialização que une as relações entre amigos (Ramiro, 1999 *cit in* Ramiro, Madrid, & Brown, 2010).

Perry (2000) sugere ainda que os maus-tratos podem resultar em mudanças na própria estrutura do cérebro e, portanto, influenciar cognições e comportamentos futuros. Desta forma, a experiência repetida de adversidade com o *stress* resultante da mesma, pode afetar o sistema neuro-químico, resultando em mudanças na atenção, controle de impulsos, padrões de sono e controle motor fino. Em particular, crianças que foram vítimas de abuso têm secreções anormais de cortisol (Hart, Gunnar, & Cicchetti, 1995). Assim, a tendência é para pessoas que estão em constata ameaça de experienciar adversidade, concentre os recursos do seu cérebro na sobrevivência e prevenção de ameaças, em detrimento de outras partes do cérebro. Estes grupos de crianças tendem, assim, a adotar comportamentos de alto risco para lidar com o *stress* e eventos de vida adversos.

Como verificamos neste estudo e na literatura, as experiências adversas na infância são um fenómeno presente em toda a sociedade, sendo mais prevalente em populações desfavorecidas com níveis socioeconómicos baixos, com ambientes de marginalidade e comportamentos criminais. Estas experiências adversas têm efeito no desenvolvimento dos indivíduos, ao nível dos comportamentos de risco para a saúde e, conseqüentemente, na saúde destes. Deste modo é importante desenvolver programas de intervenção para a diminuição destes comportamentos e possibilitar o acompanhamento psicológico junta destas populações. Por outro lado, é igualmente importante criar planos de prevenção na infância, no sentido de minimizar o índice de adversidade na infância.

Apesar da sua contribuição, este estudo tem limitações. A primeira é ser um estudo retrospectivo, com medidas de autorrelato, o que pode ter enviesado a resposta dos participantes tanto nas experiências adversas como nos comportamentos de risco adotados, uma vez que não temos documentos oficiais comprovativos. Assim, os dados obtidos podem não corresponder à realidade de experiências adversas e comportamentos adotados.

Segundo, a ocorrência de experiências adversas apenas foi avaliada na infância, omitindo dados relativos à presença de experiências adversas na idade adulta. Estes dados seriam particularmente importantes para as populações em estudo, principalmente, para as reclusas, uma vez que a criminalidade e a própria reclusão podem conduzir a “ciclos de violência” - revitimizações (Whitfield, Anda, Dube, & Felitti, 2003; Wolff, Shi, & Siegel, 2009).

Em terceiro lugar, os comportamentos de risco adotados foram avaliados em qualquer momento da vida dos indivíduos, não especificando, no caso das reclusas, se estes se iniciaram antes ou depois da reclusão, uma vez que a prisão pode incrementar estes comportamentos. Os comportamentos de risco não foram avaliados, quantitativamente, no que respeita ao número de vezes que cada um deles foi (ou ainda é) adotado.

Em quarto lugar, devido à dificuldade em contactar e entrevistar o grupo de mulheres da comunidade nos locais definidos e no prazo limite para término da investigação, não foi possível alcançar uma amostra mais numerosa. Deste modo, os resultados não podem ser generalizados à população feminina pertencente à comunidade.

Tendo em consideração os resultados e limitações do presente estudo, acreditamos que investigações futuras devem replicar o estudo, constituindo uma amostra representativa de ambas os grupos, na população portuguesa; incluir perturbações psicológicas; e explorar fatores neurobiológicos na relação entre adversidade na infância, comportamentos de risco para a saúde e perturbações psicológicas.

#### Referências

- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implication of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, *39*(1), 93-98. doi:10.1016/j.amepre.2010.03.015
- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, *282*(17), 1652-1658. doi:10.1001/jama.282.17.1652
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect*, *31*(4), 393-415.

- Belsky, J. (1980). Etiology of child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, *35*(4), 320-335. doi:10.1037/0003-066X.35.4.320
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. W., & Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, *15* (1), 9-16.
- Bloom, B., Owen, B., & Covington, S. (2004). Women offenders and gendered effects of public policy. *Review of Policy Research*, *21*(1), 31-48.
- Chartie, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2009). Health risk behaviors and mental health problems as mediators of the relationship between childhood abuse and adult health. *American Journal of Public Health*, *99*(5), 847-854. doi:10.2105/AJPH.2007.122408
- Clark, D. B., Thatcher D. L., & Martin C. S. (2010). Child abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders, and health problems in adolescence and young adulthood. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(5), 499-510. doi:10.1093/jpepsy/jsp117
- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X., & Mercy, J. A. (2008). Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health*, *98*(6), 1094-1100. doi:10.2105/AJPH.2007.119826
- Dietz, P. M., Spitz, A. M., Anda, R. F., Williamson, D. F., McMahon, P. M., Santelli, J. S., Nordenberg, D. F., Felitti, V. J., & Kendrick, J. S. (1999). Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of the American Medical Association*, *282*(14), 1359-1364. doi: 0.1001/jama.282.14.1359
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M. & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, *28*(7), 771-784.
- Dong, M., Dube, S. R., Felitti, V. J., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: New insights into the causal pathway. *Archives of internal Medicine*, *163*(16), 1949-1956.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide

- throughout the life span – Findings from the adverse childhood experiences study. *Journal of American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction, and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Dube, S. R., Miller, J. W. Brown, D. W., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dong, M., & Anda, R. F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 444.e1-444.e10.
- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thomson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.08.009
- Dube, S., Anda, R., Felitti, V., Edwards, V., & Croft, J. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as na adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713-725.
- Edwards, V. J., Anda, R. F., Gu, D., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2007). Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness. *The Permanente Journal*, 11(2), 5-13.
- Evans, G., & Kim, P. (2010). Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status-health gradient. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 174-189. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05336.x
- Felitti, V. J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold into lead. *Z psychsom Med Psychother*. 48(4), 359-369.
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In Lanius, A., Vermetten, E., & Pain, C. (Eds.), *The impact of early life trauma on health and disease* (pp. 77-87). Cambridge: Cambridge University Press.



- Felitti, V. J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258.
- Green, B. L., Miranda, J., Daroowalla, A., & Siddique, J. (2005). Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of woman in jail. *Crime and Delinquency, 51(1)*, 133-151. doi:10.1177/0011128704267477
- Hart, J., Gunnar, M., & Cicchetti, D. (1995). Salivary cortisol in maltreated children: Evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence. *Development and Psychopathology, 7(1)*, 11–26.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., Nordenberg, D., & Marchbanks, P. A. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics, 106(1)*, E11.
- Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., & Caddell J. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: convicted felons entering prison. *Arch Gen Psychiatric, 53(6)*, 513-519.
- Math, S. B., Murthy, P., Parthasarthy, R., Kumar, C. N., & Madhusudhan, S. (2011). Minds imprisoned: Mental health care in prisons, *National Institute of Mental Health Neuro Sciences*, Bangalore
- Math, S. B., Murthy, P., Parthasarthy, R., Kumar, C. N., & Madhusudhan, S. (2011). *Minds imprisoned: Mental health care in prison*. Bangalore: National Institute of Mental Health Neuro Sciences.
- Messina, N. & Christine, G. (2006). Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American Journal of Public Health, 96(10)*, 1842-1848. doi:10.2105/AJPH.2005.082016
- Mullings, J. L., Marquart, J. W., & Brenet, V. E. (2000). Assessing the relationship between child sexual abuse and marginal living conditions on HIV/AIDS – related risk behavior among women prisoners. *Child Abuse and Neglect, 24(5)*, 677-688.

- Perry, B. D. (2000). Traumatized children: How childhood trauma influences brain development. *The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, *11*(1), 48-51.
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*, *99*(2), 258-263. doi:10.2105/AJPH.2008.139006
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R., & Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: A population-based cohort study. *Lancet*, *368*(9530), 119-123. doi:10.1016/S0140-6736(06)69002-8
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, *34*, 842-855.
- Ravello, L., Abeita, J., & Brown, P. (2008). Breaking the cycle/mending the hoop: adverse childhood experiences among incarcerated American Indian/Alaska native women in New Mexico. *Health Care for Women International*, *29*(3), 300-315. doi:10.1080/07399330701738366
- Rodgers, C. S., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse and Neglect*, *28*, 575-586. doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.002
- Schilling, E. A., Aseltine, R., & Gore, S. (2008). The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: Measures, models, and interpretations. *Social Science & Medicine*, *66*, 1140-1151. doi:10.1016/j.socscimed.2007.11.023
- Snow, L., Paton, J., Oram, C., & Teers, R. (2002). Self-inflicted deaths during 2001: An analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, *4*(4), 3-17. doi:10.1108/14636646200200022
- Suter, J., Byrne, M., Byrne, S., Howells, K., & Day, A. (2002). Anger in prison: women are different from men. *Personality and Individual Differences*, *32*(6), 1087-1100.
- Testa, M., Vanzile-Tamsen, C., & Livingston, J. A. (2005). Childhood sexual abuse, relationship satisfaction, and sexual risk taking in a community sample of women.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1116-1124. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1116

Thompson, R., Litrownik, A. J., Isbell, P., Everson, M. D., English, D. J., Dubowitz, H., Proctor, L. J., & Flaherty, E. G. (2012). Adverse experiences and suicidal ideation in adolescence: exploring the link using the longscan samples. *Psychology of Violence*, 2(2), 211-225. doi:10.1037/a0027107

Thornberry, T. P., Henry, K. L., Ireland, T. O., & Smith, C. A. (2010). The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 359-365. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.09.011

Whitfield, C., Anda, R., Dube, S., & Felitti, V. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 166-185.

Wolff, N., Shi, J., & Siegel, J. A. (2009). Patterns of victimization among male and female inmates: Evidence of an enduring legacy. *Violence and Victims*, 24, 469-484. doi:10.1891/0886-6708.24.4.469

World Health Organization (2013). About WHO. Disponível em <http://www.who.int/about/en/>