



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Mónica da Conceição Garcia Fernandes

**Adversidade na infância e estado de saúde
em mulheres reclusas com e sem história
de consumo de substâncias ilícitas.**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Mónica da Conceição Garcia Fernandes

**Adversidade na infância e estado de saúde
em mulheres reclusas com e sem história
de consumo de substâncias ilícitas.**

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

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Ângela Maia

outubro de 2013

Declaração

Nome: Mónica da Conceição Garcia Fernandes

Endereço eletrónico: mfernandes_87@hotmail.com **Telemóvel:** 917880174

Nº cartão de cidadão: 13225856 0ZZ77 **Validade:** 21-07-2014

Título da Tese de Mestrado

Adversidade na infância e estado de saúde em mulheres reclusas com e sem história de consumo de substâncias ilícitas.

Orientadora

Professora Doutora Ângela Maia

Ano de Conclusão: 2013

Designação do Mestrado:

Mestrado Integrado em Psicologia

Área de Especialização em Psicologia da Justiça

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

Universidade do Minho, __/__/__

Assinatura _____

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Introdução	7
História de Adversidade	9
Estado de Saúde da População Reclusa	10
Consumo de Substâncias	12
Método	14
Participantes	14
Instrumentos	15
Procedimentos	17
Análise de Dados	18
Resultados	19
Experiências Adversas na Infância	19
Estado de Saúde das Mulheres Reclusas	21
Discussão	24
Experiências Adversas na Infância	25
Estado de Saúde das Mulheres Reclusas	26
Conclusão	28
Referências Bibliográficas	29

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características Sócio-Demográficas do Grupo Total e de cada um dos Subgrupos e resultado dos testes de comparação	14
Tabela 2 – Presença de cada uma das categorias do ACE de cada um subgrupos e resultado dos testes de associação	19
Tabela 3 – Resultados das medias do ACE total dos dia subgrupos e dos testes de diferenças.	21
Tabela 4 – Resultados do RSCL Total, RSCL Sintomas Físicos e RSCL Sintomas Psicológicas nos dois subgrupos e dos testes de diferenças.	21
Tabela 5 – Resultados do SF-12 Componente Física e Componente Mental dos dois subgrupos e dos testes de diferenças.	22
Tabela 6 – Resultados BSI Ansiedade e Depressão dos dois subgrupos e dos testes de diferenças.	22
Tabela 7 – Resultados de Regressão Múltipla com preditores do Total ACE	23

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Ângela Rosa Pinho Costa Maia, por todo o apoio e motivação nas horas de maior desalento, por toda a disponibilidade, partilha de conhecimento e orientação ao longo dessa jornada que agora termina.

Ao Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo, as reclusas que se disponibilizaram a participar desse estudo e a todo o corpo de guardas do Estabelecimento Prisional que contribuíram para a concretização do mesmo.

Á Dra. Joana Alves agradece por todo o tempo e paciência que disponibilizou ao longo de todo este processo o que permitiu que conseguisse superar desafios que pareciam impossíveis de ultrapassar, o meu muitíssimo obrigado.

Á minha Mãe e irmã, os pilares da minha vida, por terem sido sempre tão pacientes e compreensivas ao longo de todos esses cinco anos, por todo o carinho e amor incondicional que sempre me deram e principalmente por terem sempre acreditado em mim, mesmo quando eu não acreditava, a elas o meu eterno obrigada.

Ao Hélder que durante esses dez anos, sempre foi o meu porto de abrigo nas alturas de maior aflição e desmotivação, que durante todo o meu percurso académico lidou com uma enorme paciência com as minhas frustrações, com os meus medos e ansiedade. Obrigada por me teres seguido ao meu lado nessa caminhada e por toda a tua confiança em que iria conseguir atingir os meus objetivos mesmo eu duvidando a toda a hora.

A minha amiga de "todas as horas", confidente e irmã Sílvia, que ao longo de quatro anos, enfrentou a minha má disposição, as minhas explosões sem fim e os meus eternos desabafos, mas que sempre se manteve ao meu lado para me apoiar e dar uma palavra amiga que me confortasse.

A Carla e a Susana que desde o meu primeiro dia em Braga me fizeram sentir em casa, e como parte das suas vidas e cada uma à sua maneira, tornaram sem qualquer sombra de dúvida a minha estadia por terras minhotas uma experiência que irei recordar para sempre com todo o amor e carinho.

Resumo

Este estudo é sobre experiências adversas da população reclusa feminina, considerando a história de consumo, tendo como população de estudo 232 reclusas.

Os objetivos dessa investigação foram: perceber a relação entre experiências adversas na infância e o estado de saúde das reclusas e averiguar se estas dimensões são diferentes quando se compara reclusas com e sem história de consumo de substâncias ilícitas.

Os resultados indicam que relativamente às experiências adversas existem associações entre algumas experiências adversas e ter história de consumo de substâncias, e o grupo com história de consumo relata um total significativamente superior de experiências adversas.

Relativamente ao estado de saúde das reclusas, não foram encontradas diferenças entre os dois grupos ao nível do RSCL, SF-12 e ansiedade e depressão.

Tal como indica a literatura, o grupo de reclusas com consumo tem maiores níveis de exposição a experiências adversas, mas contra o esperado estas reclusas não relatam pior estado de saúde e que ao nível do estado de saúde.

Palavras-Chave: Experiências Adversas; Saúde; Consumo de Droga, Prisão

Abstract

This study examined adverse experiences of female inmate population, with a study population of 232 inmates.

The objectives of this research were: understanding the relationship between adverse experiences in childhood and health status of prisoners and ascertain whether these dimensions are different when comparing inmates with and without a history of illicit substance abuse.

The results indicate that regarding to adverse experiences, there are associations between some ACE's experiments and history of substance abuse and group with the higher number of adverse experiences showed a history of drug use.

Regarding the state of health of the inmates, have not been reported differences between the two groups in terms of RSCL, SF -12 and anxiety and depression.

Thus we conclude, in agreement with the literature, that the groups of inmates with consumption have higher levels of exposure to adverse experiences but against expected these inmates do not report poorer health status and level of health status.

Keywords: Adverse Experiences; Health; Drug Abuse, Prison

Introdução

Segundo Figueiredo, Fernandes, Matos & Maia (2002), as experiências de maus tratos durante a infância interferem adversamente na trajetória desenvolvimental do indivíduo, sendo as suas consequências visíveis desde a infância até a idade adulta. A organização comportamental do indivíduo é uma das áreas em que o efeito adverso da exposição a experiências adversas durante a infância se faz incidir (Figueiredo *et al.*, 2002).

Segundo a literatura, a vivência de maus tratos durante a infância, afeta negativamente o desenvolvimento normativo do indivíduo com implicações ao nível do ajustamento comportamental, social e psicológico na idade adulta (Figueiredo *et al.*, 2002).

No decorrer dos últimos anos, o estudo da adversidade tem sido alvo de maior investigação não só pela imensa variedade e quantidade de experiências que podem ser classificadas como adversas, mas principalmente pelos seus efeitos e consequências ao nível da saúde física e mental ao longo do desenvolvimento, e também pelo facto de os indivíduos com histórias mais adversas terem uma maior tendência em adotarem comportamentos de risco para a saúde (Alves, Dutra & Maia, 2013). Por comportamentos de risco entendemos o consumo de tabaco, álcool, adoção de comportamentos sexuais de risco e outros como tentativas de suicídio.

Dados de investigações anteriores afirmam que sujeitos que relatam histórias adversas na infância apresentam uma percentagem significativa de sintomas psicopatológicos, mais especificamente sintomas depressivos (Bifulco, Brown, & Adler, 1991), mais comportamentos agressivos e violentos assim como níveis mais elevados de consumo de álcool ou de outras substâncias (Brown & Anderson, 1991).

Existem várias populações em que a taxa de exposição à adversidade é mais elevada, havendo segundo a literatura um grupo que se evidencia, como é o caso da população reclusa, que se apresenta com uma elevada prevalência de adversidade ao longo da vida e um grande envolvimento em comportamentos de risco para saúde e estados de saúde, quer física, quer mental, mais degradados (Alves *et al.*, 2013).

Apesar de existirem entre as crianças expostas a situações adversas, aquelas que são denominadas como resilientes, pois possuem um conjunto de recursos individuais que lhes permite superar os obstáculos e resistir à pressão das situações adversas podendo mesmo tirar algum ensinamento do trauma a que foram expostos, há o grupo de crianças que não possuem esses recursos e que por estarem expostos a um contexto adverso, a probabilidade de durante o seu desenvolvimento surgirem efeitos indesejados é muito grande, pois na sua vida são muitos mais os fatores de risco do que protetores.

Segundo Maia (2004), a elevada exposição a situações adversas pode aumentar a probabilidade de o indivíduo desenvolver perturbação de stress pós-traumático, elevados níveis de ansiedade, depressão, problemas cognitivos, problemas nas relações interpessoais e consumo de abuso de substâncias. Uma acumulação desses fatores ou cada um deles, individualmente, pode levar o indivíduo a direcionar-se para percursos de vida desviantes por exemplo para a vida do crime e posteriormente para um mundo de reclusão.

O meio prisional é um contexto muito específico, onde se encontram confinados indivíduos que de alguma forma violaram os limites da vida em sociedade, passando assim a serem vistos como um perigo para si e para os outros. Durante o cumprimento das suas penas, esses indivíduos deparam-se com inúmeras situações que dão origem a sentimentos como frustração, solidão, falta de esperança no futuro quando estiverem livres, quebra de laços familiares e sociais que desempenham um papel importante na sua vida o que origina situações de violência, continuação ou início do consumo de substâncias ilícitas ou até mesmo decidirem colocar um fim à sua vida.

Segundo alguns autores, essas situações podem fomentar elevado número de comportamentos de risco para a saúde, de dependência de drogas e perturbações mentais. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003).

Segundo Moloney, van de Bergh, e Mollen (2009), como proporção do total da população reclusa, as mulheres constituem entre 2% e 9% dos sistemas penais do mundo. Mulheres reclusas dependentes de drogas que tenham sofrido traumas na infância apresentam um elevado risco de comportamentos e/ou sintomas de risco para a saúde: o suicídio, angústia traumática e psicológica, uso de medicação psiquiátrica,

doenças mentais, distúrbios alimentares, alcoolismo, prostituição, entre outros (Moloney, *et tal*, 2009).

Apesar do facto de a população reclusa feminina constituir uma pequena percentagem no universo prisional, e de ter havido nos últimos anos um decréscimo dessa população nas prisões portuguesas, Portugal continua a destacar-se pela elevada taxa de mulheres entre a população reclusa total comparativamente outros países da Europa (Council of Europe, 2005, *cit in* Fonseca, 2008).

História de Adversidade

A relação entre histórias de adversidade e os seus efeitos na saúde mental e física dos indivíduos tem vindo a ser alvo de muito estudo por parte dos investigadores, sendo que os resultados têm demonstrado que a exposição a acontecimentos ou experiências adversas na infância aumentam o risco de perturbações físicas, psicológicas e até comportamentais (Alves, 2009).

De acordo com Alves (2009) estar exposto a situações adversas na infância, pode de acordo com o grau/frequência, intensidade, duração e idade das vítimas originar no indivíduo consequências mais ou menos graves.

Quando falamos em experiências adversas na infância, podemos estar a referir-nos a um leque consideravelmente extenso de acontecimentos, desde ausência de acompanhamento médico durante o período pré, peri e pós-natal, viver em um bairro perigoso, condições socioeconómicas precárias até viver numa zona de guerra e estar sobre elevados níveis de stresse e ansiedade diários.

O conceito de adversidade, segundo Silva e Maia (2007, p. 496) refere-se a todos os "atos de perpetração ou omissão dirigidos à criança, mas também são consideradas um conjunto de outras condições que afetam o ambiente familiar e social (morte, doença, catástrofes naturais, guerras...) da criança tendo aumentado a consciência de que a vivência destas experiências pode comprometer todo o desenvolvimento do indivíduo, incluindo a sua saúde física." Uma vez que são imensas as definições de adversidade e experiências adversas, ao longo deste estudo cingiu-se as experiências

adversas durante a infância, aos maus tratos físicos, psicológicos e sexuais, situações de disfunção familiar e negligência física e emocional.

Relativamente aos maus-tratos na infância, é possível estabelecer-se uma divisão entre maus tratos ativos e maus tratos passivos, sendo que por maus tratos ativos entendemos todo e qualquer comportamento perpetrado à criança pelo uso da violência física, psicológica ou sexual e que pela sua intensidade e frequência provocam danos na criança; os maus tratos passivos caracterizam-se pela ausência ou escassez de cuidados/afetos fundamentais no desenvolvimento normativo da criança (Alves, 2009).

Na categoria dos maus tratos ativos encontram-se o abuso físico, sexual e emocional. O abuso físico caracteriza-se pela presença física de marcas, queimaduras, traumatismos e hematomas; abuso sexual quando a criança faz parte de atividades cujo objetivo é satisfazer sexualmente um adulto ou pessoa mais velha ou forte e abuso emocional quando são dirigidas à criança ameaças ou humilhações de ordem emocional. Nos maus tratos passivos encaixam-se a negligência, que é a falta de resposta aos cuidados primários e básicos para a criança como a higiene, alimentação, educação e saúde, e ainda o abandono, que consiste como o próprio nome indica abandonar a criança deixando-a sozinha ou aos cuidados de alguém familiar ou não.

Estado de Saúde das Mulheres Reclusas

Os cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais, são uma área que tem vindo a ser alvo de um interesse crescente na literatura na Europa, América do Norte, Austrália e outras partes do mundo (World Health Organization (WHO) cit in 1999 Watson, Stimpson & Hostick, 2004).

A instituição prisional é caracterizada por possuir um ambiente propício ao desenvolvimento de condições adversas à saúde física e mental, sendo maior a probabilidade de adoecer e mais especificamente de propagação de doenças transmissíveis. (Portal da Saúde, 2007).

Em média, nos estabelecimentos prisionais portugueses em 1999, ¼ dos reclusos estava infetado por hepatite B, C ou ambas (valor em crescimento); 16% eram HIV positivos (valor em crescimento); a tuberculose tinha uma incidência treze vezes maior

do que na população geral; 60% eram toxicodependentes (alcoolismo não incluído), eram relatados problemas de tabagismo acentuado em ambientes fechados e uma enorme prevalência de problemas de saúde oral. Do fora psicológico eram relatados casos de psicopatia, esquizofrenia e oligofrenia (casos onde os indivíduos apresentam uma deficiência intelectual de maior ou menor intensidade em relação à sua idade - sinónimo de atraso intelectual), psicoses, sintomatologia depressiva e distúrbios de personalidade associados à toxicodependência (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003)

Segundo alguns investigadores a percentagem de mulheres em reclusão apesar de representar uma pequena percentagem no mundo prisional, é uma população cujos números tem vindo a aumentar consideravelmente nos últimos anos (Moloney *et al.*, 2009; Bradley & Davino, 2002, Plugge & Fitzpatrick, 2005; Henderson, 1998, Alemagno, 2001).

A população reclusa é o grupo social onde os estados de saúde caracterizam-se por serem globalmente mais precários, apresentando em grande parte patologias crónicas muito frequentemente com ausência de diagnóstico ou tratamento (Portal da Saúde, 2007). As patologias mais frequentes na população reclusa podem inserir-se em três grandes grupos: doenças mentais; abuso de substâncias e as doenças transmissíveis, sendo que são os grupos de reclusas do sexo feminino e com mais idade que carecem de necessidades mais específicas (Watson *et al.*, 2004).

Apesar de na maioria das vezes, essas três grandes categorias serem analisadas de forma individual, elas estão intrinsecamente ligadas pois os problemas de saúde mental tanto podem levar ao abuso de substâncias como ter a sua origem a partir dessa variável (Munetz, Grande & Chambers, 2001), assim como as doenças transmissíveis podem ter origem no consumo de drogas, especialmente através dos métodos de administração intravenosos, como também problemas de foro psicológico e o abuso de substâncias podem levar a prática de comportamentos sexuais de alto risco, contraindo o indivíduo desta forma doenças sexualmente transmissíveis. (Watson *et al.*, 2004).

Estabelecendo uma comparação com a população feminina geral, a população reclusa feminina tem uma maior tendência para possuir história de doença mental, nomeadamente, depressão major; episódios maníacos; distímia; e transtorno de

personalidade anti-social, bem como de abuso de substâncias e abuso físico e sexual. (Henderson, 1998). Em um estudo efetuado por Browne, Miller & Maguin (1999 *cit in* Bradley & Davino, 2002), com uma amostra de 150 reclusas de um estabelecimento prisional de Nova Iorque, foi relatado uma taxa de 59% de abuso sexual na infância, 70% de abuso físico perpetrado por um cuidador, 49% de história de violação em adulto e 75% de abuso físico severo por um parceiro íntimo na idade adulta, sendo que numa fase posterior do estudo concluíram que a violência interpessoal relatada por essas mulheres, era mais severa, mais frequente, de uma forma mais contínua e no caso do abuso em criança, iniciou-se em idades muito tenras, quando comparadas com as percentagens apresentadas por outras populações.

Estabelecendo um paralelo com a população reclusa masculina, as mulheres reclusas apresentam o dobro da probabilidade de serem seropositivas. Segundo dados do Ministério da Justiça dos Estados Unidos de 1997, em finais de 1995, 4.0% das mulheres reclusas estavam infetadas com o HIV, contra 2.3% de reclusos masculinos (Henderson, 1998). Uma realidade idêntica ocorre em Portugal sendo que através de um relatório sobre Sida em Portugal elaborado com reclusos dos Estabelecimentos Prisionais de Tires e do Montijo sendo 323 homens e 502 mulheres, pode-se verificar que a prevalência de infeção do HIV era de 8.9% para a população masculina e 9.9% na população feminina (Portal da Saúde, 2007).

Consumo de Substâncias

Assim como referido anteriormente, uma das consequências da exposição a experiências adversas na infância é o consumo de substâncias na idade adulta. O abuso de substâncias é o principal motivo pelo qual as mulheres vão presas, pois os seus crimes estão relacionados com o consumo e é o principal problema de saúde destas em meio prisional (Henderson, 1998).

Segundo Moloney e colaboradores (2009), as mulheres em situação de reclusão e dependentes de drogas que tenham sido expostas a situações adversas na infância, possuem um elevado risco de desenvolver sintomas de saúde adversos tais como suicídio, ansiedade traumática e psicológica, recurso a medicação psiquiátrica,

distúrbios de saúde mental, distúrbios alimentares, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites.

As experiências adversas na infância têm vindo a ser associadas a posteriores dificuldades no funcionamento psicossocial das mulheres reclusas, e de uma forma mais particular ao consumo de substâncias (El-Bassel, Ivanoff, Schilling, Gilbert, & Chen, 1995). O abuso de substâncias pode ser um da constelação de comportamentos desviantes adoptados pelos jovens vítimas de situações traumáticas e adversas (Widom, 1994).

A exposição a acontecimentos e abusivos na infância podem conduzir o indivíduo ao consumo de substâncias através de vários mecanismos, incluindo estratégias de coping inadequadas, auto-medicação ou impulsos auto-destrutivos resultantes de sentimentos de baixa auto-estima (Widom, Weiler & Cottler, 1999).

Através dos resultados de um estudo elaborado por Grella, Stein & Greenwell (2005) foi possível concluir que nas mulheres reclusas com história de consumo de drogas, uma panóplia de experiências adversas e traumáticas da sua infância, estão relacionadas com os seus comportamentos adolescentes anti-sociais, e comportamentos adultos. Essa relação pode surgir por dois mecanismos, primeiro no qual as experiências adversas na infância podem levar a efeitos no adulto através da demonstração do papel mediador dos comportamentos anti-sociais da adolescência, e o segundo em que existem vários caminhos e direcções pelas quais as mulheres podem enveredar pela vida do crime, incluindo aqueles que estão directamente enraizados nas experiências traumáticas e abusivas da infância, e aqueles em que essas experiências adversas são mediadas através dos comportamentos desviantes e anti-sociais do adolescente e que são por sua vez, antecipadores de comportamentos adultos criminosos.

Para que seja possível uma melhor compreensão do fenómeno da reclusão feminina, das características dessa população e histórias de vida, procura-se neste estudo comparar o estado de saúde e relatos de história de adversidade na infância de mulheres reclusas com e sem histórias de consumo de substâncias ilícitas. De um maneira mais particular, este estudo tem como objectivos caracterizar o estado de saúde geral das mulheres reclusas e determinar a prevalência de experiências adversas durante a sua infância. Deste modo, pretendemos perceber a relação entre experiências adversas

durante a infância e o estado de saúde das reclusas e averiguar se estas dimensões são diferentes quando se compara reclusas com e sem história de consumo de substâncias ilícitas. Atendendo à literatura esperamos que o grupo de reclusas com história de consumos de substâncias ilícitas apresente uma maior prevalência de experiências adversas na infância, assim como um maior nível de problemas de saúde.

Método

Participantes

Este estudo foi realizado com 232 mulheres que se encontram reclusas em dois estabelecimentos prisionais do país, o Estabelecimento Prisional Especial Santa Cruz do Bispo (EPESCB) e de Tires.

Os dados da caracterização sócio – demográfica do grupo total e de cada um dos subgrupos que compõem este estudo estão expostos na tabela 1, onde se incluem também os dados da comparação entre os dois grupos.

Tabela 1

Características Sócio - Demográficas do grupo total e de cada um dos subgrupos (com e sem história de consumo) e resultados dos testes de comparação

Variáveis	Amostra Total (n=232)		Com consumo (n=80)		Sem consumo (n=152)		Resultados	
	M	DP	M	DP	M	DP	Z	p
Idade	38.86	10.721	33.37	8.708	38.71	11.242	4350.0	.000
Nacionalidade	N	%	N	%	N	%	X ²	p
Portuguesa	177	76.3	71	88.8	106	69.7	15.99	.042
Outras	55	23.7	9	11.3	46	30.4		
Etnia	N	%	N	%	N %		X ²	p
Caucasiana	159	68.5	66	82.5	93	61.2	14.	.012
Outros	72	30.9	14	17.6	58	38.3		
Filhos	M	DP	M	DP	M	DP	Z	p
	2.84	2.83	2.23	1.56	3.12	1.86	2728.5	.000
Estado Civil	N	%	N	%	N	%	X ²	p
Casada	160	69	58	72.5	102	67.1		
Divorciada	30	12.9	11	13.8	19	12.5	4.93	.177
Solteira	28	12.1	10	12.5	18	11.8		
Viúva	14	6.0	1	12.5	13	8.6		

Escolaridade	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Sem frequência	10	4.3	3	3.8	7	4.6		
< 4ºano	21	9.1	3	3.8	18	11.8	<i>Z</i>	<i>p</i>
4ºano	46	19.8	16	20	30	19.7	5680.0	.448
6ºano	53	22.8	21	26.3	32	21.1		
9ºano	51	22.0	22	27.5	29	19.1		
12ºano	30	12.9	10	12.5	20	13.2		
Universidade	20	8.6	5	6.3	15	9.9		
Emprego	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>X</i> ²	<i>p</i>
Sim	138	59.5	36	45.0	102	67.1	10.62	.001
Não	94	40.5	44	55.0	50	32.9		

Instrumentos

SF-12v2 - Short form of health survey, desenvolvido pela Qualitymetric Incorporated (Ware, Kosinski, Turner-Bowker, & Gandek, 2002, versão portuguesa de Ferreira, 1998). Este questionário avalia diferentes aspetos de saúde e bem-estar físico. Não havendo dados referentes á população portuguesa, neste presente estudo verificou-se uma consistência interna do instrumento com valor de Alfa de Cronbach de.24.

RSCl- Rotterdam Symptom Checklist (Haes, et al., 1990, adaptado por McIntyre & Gameiro, 1998). Este instrumento apresenta uma lista dos 29 sintomas físicos e psicológicas. Os itens são avaliados através de uma escala tipo Likert e estão divididos em duas escalas: morbidade física e morbidade psicológica. Relativamente á consistência interna deste instrumento importa referir que foi encontrado um valor de Alfa de Cronbach.88 para a escala de morbidade psicológica e.86 para a escala de morbidade física. No presente estudo foram avaliados os sintomas que integram ambas as escalas, sendo o valor de Alfa de Cronbach global de.89, para a escala de morbidade física.84 e morbidade psicológica.86.

BSI- Brief Symptoms Inventory (Derogatis, 1982, versão portuguesa de Canavarro, 1999) sub-escalas de ansiedade e depressão. O Brief Symptoms Inventory é um inventário de auto - resposta constituído por 53 itens. O indivíduo tem que classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala tipo Likert. Este inventário permite-nos avaliar os sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões básicas (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e

Psicoticismo) e permite obter três índices globais, sendo estes: o índice geral de sintomas (IGS); o total de sintomas positivos (TSP) e o índice de sintomas positivos (ISP). Possibilita também obter um ponto de corte que é apontado por Canavarro (1999) como um valor igual ou superior a 1.7 no ISP, a partir do qual se considera a presença de sintomatologia significativa. O estudo de adaptação para a população portuguesa revelou valores adequados de consistência interna para as nove escalas do inventário, com valores de Alfa de Cronbach entre .62 (psicoticismo) e .80 (somatização) (Canavarro, 1999). Nessa investigação foram utilizadas somente as escalas de ansiedade de depressão, ou seja as participantes responderam apenas a 12 itens. Neste estudo verificou-se uma boa consistência interna do instrumento, evidenciada por um Alfa de Cronbach de .87 nas duas sub-escalas do inventário.

Questionário de História na Infância (Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007). Este instrumento inclui a avaliação de dez categorias nomeadamente, histórias de abuso físico, psicológico e sexual, negligência física e emocional, disfunção familiar como prisão de um membro familiar, doença mental ou suicídio na família, divórcio ou separação parental e mãe vítima de violência doméstica. De uma forma muito sucinta, estas categorias estão aqui descritas (Chapman, *et al*, 2004).

Abuso Físico - caracteriza-se pela existência frequente ou muito frequente, de situações em que a criança foi agredida por algum adulto de forma violenta deixando sequelas.

Abuso Emocional - caracteriza-se pela existência, frequente ou muito frequente, de situações de insulto ou medo de violência física.

Abuso Sexual - é definido pela existência de experiências de sexuais com um adulto cinco anos mais velho. Estes adultos podem ser familiares, outras pessoas que vivassem na mesma casa, amigos de família ou estranhos.

Negligência Física - é caracterizada por uma atitude passiva e de falta de resposta às necessidades básicas da criança, quer físicas, quer biológicas.

Negligência Emocional - caracteriza-se por uma atitude passiva e de falta de resposta às necessidades emocionais da criança.

Familiar Consumidoras de Substâncias - é avaliado através da presença de consumo de álcool ou de drogas por alguma pessoa que coabitasse com a inquirida.

Prisão de um membro da família - foi avaliada através de uma questão em que se questionava a reclusa sobre ter tido ou não alguém detido na sua família.

Doença mental ou de suicídio na família - foi avaliado através de duas questões categoriais, "Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?" "Alguém na sua casa tentou suicidar-se?".

Divórcio ou separação parental - foi avaliado através de uma questão categorial, "Os seus pais eram divorciados ou separados?"

Mãe vítima de violência doméstica - avaliada através de quatro questões relativa a ameaça ou agressão física á mãe.

Atendendo ao valor em cada uma das categorias de adversidade acima apresentadas, este questionário permite ainda calcular o valor da adversidade total. Este Índice Total de Adversidade equivale ao somatório da classificação de cada sujeito nas dez categorias de adversidade e pode variar entre 0, caso o sujeito não tenha relatado nenhum tipo de adversidade, e 10, caso o sujeito tenha experimentado todos os tipos de adversidade. Um estudo efetuado em Portugal mostra uma estabilidade temporal adequada.

Procedimento

Numa primeira fase foram pedidas as autorizações á Direção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP) atualmente denominada de Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) para elaboração do estudo e recolha de dados tendo sido assegurados todos os princípios éticos e direitos fundamentais das participantes. Numa fase seguinte, após concedidas as autorizações procedeu-se á recolha de dados junto de cada reclusa, sendo que no início de cada questionário foi esclarecido o objetivo do estudo, assim como o facto de todos os dados fornecidos no decorrer da investigação serem tratados de forma confidencial. Após a explicação foi obtido o consentimento informado. Foram igualmente tomadas em conta questões éticas particulares, nomeadamente uma maior vulnerabilidade por parte das reclusas relacionadas com questões que poderiam suscitar um maior nível de sofrimento por parte destas.

A aplicação dos instrumentos foi realizada por um grupo de quatro investigadoras e sempre que alguma reclusa apresentasse dificuldades literárias, era seguido um

procedimento individual de aplicação do mesmo com a leitura dos itens e o preenchimento da folha de respostas a cargo da aplicadora. A recolha de dados foi efetuada sempre de um modo individual num gabinete das respetivas alas do estabelecimento prisional. Uma vez que nos comprometemos a não interferir com a rotina diária do estabelecimento prisional, foram limitados os horários para passar os questionários às reclusas influenciando desta forma o número da amostra.

Para a realização deste estudo foi utilizada uma base de dados criada no âmbito de um projeto de doutoramento a decorrer (Dra. Joana Alves), tendo sido recolhidos pela autora deste estudo 50 participantes num estabelecimento prisional no Norte do país.

Análises Estatísticas

Esta investigação recorre a metodologia quantitativa e tem por base um *design Correlacional* no sentido de se verificar a associação entre as variáveis e um *Inter-Sujeitos* (comparar diferentes grupos de reclusas com e sem história de consumo de substâncias ilícitas).

Para as análises estatísticas recorreu-se ao programa estatístico *IBM® SPSS® Statistics (Statistical Package for Social Sciences, 20.0)*. Primeiro foi efetuada uma análise exploratória de dados de forma a aferir se estavam cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização dos testes paramétricos. Verificado que os pressupostos não se encontravam cumpridos foram realizados para todas as análises os testes paramétricos e os não paramétricos equivalentes. Para a análise descritiva foram utilizadas medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (frequências, percentagens e desvio padrão) e para a análise das relações entre as variáveis e de diferenças entre os grupos recorreu-se a estatística inferencial.

Relativamente à análise da associação entre a presença ou ausência de experiências adversas na infância e história de consumo (sim/não) nas mulheres reclusas foi utilizado o teste de associação Qui-Quadrado, e para análise das diferenças entre reclusas com e sem história de consumo ao nível das variáveis RSCL (Total, Sintomas Físicos e Psicológicos), SF-12 (Componente Mental e Física) e BSI (subescalas Ansiedade e Depressão) e tendo em conta que os pressupostos de normalidade não

estavam cumpridos foi utilizado o teste Mann-Whitney (teste não paramétrico equivalente ao teste *t* para amostras independentes).

Outra análise estatística efetuada foi a regressão linear múltipla com o objetivo de perceber o contributo da variável pertencer ao grupo que consumiu substâncias ilícitas para o total de experiências relatadas depois de controladas as variáveis sócio – demográficas em que os dois grupos se diferenciam de forma significativa. Para perceber a direção do contributo da variável situação laboral recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes quanto ao total do ACE.

Resultados

Experiências Adversas na Infância

Na tabela 2 estão descritos os resultados referentes à presença e ausência de cada uma das experiências adversas na infância cotadas no ACE nos dois sub grupos em análise, reclusas com e sem história de consumo de substâncias ilícitas e ainda os resultados do respetivo teste de associação, o Qui Quadrado.

Tabela 2

Presença de cada uma das categorias do ACE de cada um dos subgrupos (com e sem história de consumo) e resultado do teste de associação.

Variáveis	Com consumo (n=80)		Sem Consumo (n=152)		$X^2(1)$ p	
	N	%	N	%		
Doença Mental						
Não	59	73.8	120	78.9	.803	.370
Sim	21	26.3	32	21.1		
Crime na Família						
Não	59	73.8	118	77.6	.437	.509
Sim	21	26.3	34	22.4		
Divórcio dos Pais						
Não	54	67.5	110	72.4	.600	.439
Sim	26	32.5	118	77.6		

Consumo na Família						
Não	38	47.5	94	61.8	4.396	.036
Sim	42	52.5	58	38.2		
Abuso Emocional						
Não	48	60.0	114	75.0	5.032	.025
Sim	31	38.8	38	25.0		
Abuso Sexual						
Não	59	73.8	133	87.5	6.45	.008
Sim	21	26.3	19	12.5		
Abuso Físico						
Não	35	43.8	99	65.1	9.26	.002
Sim	44	50.0	53	34.9		
Negligência Física						
Não	55	68.8	108	71.1	.007	.932
Sim	23	28.7	44	28.9		
Negligência Emocional						
Não	40	50.0	99	64.5	4.399	.036
Sim	39	48.8	53	34.9		
Mãe Maltratada						
Não	45	56.3	112	73.7	7.28	.007
Sim	35	43.8	40	26.3		
Total ACE						
Nenhuma	5	6.3	33	21.7	8.86	.003
Pelo menos uma	73	91.3	118	77.6		

Como é possível constatar na tabela existem associações significativas entre as variáveis ter um familiar com problemas aditivos, ter sido vítima de abuso sexual, abuso físico, abuso emocional e negligência emocional, ter assistido aos maus tratos da mãe perpetrados pelo pai ou padrasto, com pertencer ao grupo ter história de consumo de substâncias ilícitas.

No que concerne ao total de experiências adversas, no grupo das reclusas com história de consumo verifica-se que é maior a percentagem de reclusas que foram expostas a pelo menos uma experiência adversa.

Na tabela 3 estão descritos os valores das médias e desvio padrão dos grupos com e sem história de consumo ao nível do total das experiências adversas. Ao observar os

resultados pode ler-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao total de experiências adversas na infância. O grupo de reclusas com história de consumo de substâncias ilícitas, relatou ter sido vítima de um maior número de experiências adversas em comparação com o grupo que não possui história de consumos.

Tabela 3

Resultado das médias do ACE Total nos dois subgrupos (com e sem história de consumo) e resultado do teste de diferenças.

Variáveis	Com Consumo (n=80)		Sem Consumo (n=152)		Resultado de Mann-Whitney e valor de p	
	M	DP	M	DP		
Total ACE	3.85	2.89	2.73	2.39	4196.5	.000

Estado de Saúde das Reclusas

Os resultados do teste de diferenças entre o RSCL Total, RSCL sintomas/queixas físicos e psicológicos quando se compara os grupos com e sem história de consumo de substâncias ilícitas, estão descritos na tabela 4.

Como é possível constatar através dos resultados, não foram detetadas diferenças entre ter ou não história de consumos nas variáveis RSCL Total, RSCL Sintomas Psicológicos e RSCL Sintomas Físicos, ou seja, não há diferença entre os grupos quanto à manifestação de sintomas e queixas na semana anterior à aplicação do questionário.

Tabela 4

Resultados RSCL Totais. RSCL Sintomas Físicos e RSCL Sintomas Psicológicos dos dois subgrupos (com e sem história de consumo) e resultados dos testes de diferença.

Variáveis	Com Consumo (n=80)		Sem Consumo (n=152)		Resultados do teste Mann-Whitney	
	M	DP	M	DP		
RSCL Total	63.9	15.09	65.12	17.24	5938.50	.771
RSCL Sint. Psi.	29.8	7.64	29.76	8.54	6080.00	1.000
RSCL Sint. Fís.	34.1	9.24	35.37	10.38	5748.50	.50

Na tabela 5 encontramos os resultados da análise da comparação das variáveis consumo e o SF-12 Componente Mental e Componente Física na população reclusa feminina nos subgrupos com e sem história de consumo de substâncias.

Mais uma vez se pode constatar não haver diferenças entre os dois grupos (ter ou não história de consumo de drogas) e relatar/manifestar situações/sintomas físicos ou mentais do SF-12.

Tabela 5

Resultados SF-12 Componente Física e Componente Mental dos dois subgrupos (com e sem história de consumo) e resultados dos testes de diferença.

Variáveis	Com Consumo (n=80)		Sem Consumo (n=152)		Teste Mann-Whitney e valor de p	
	M	DP	M	DP		
SF-12 Comp. Física	50.65	10.40	49.55	10.41	5738.5	.482
SF-12 Comp. Mental	40.65	13.58	39.41	12.46	5551.5	.277

Os resultados da comparação do BSI subescalas Depressão e Ansiedade nos dois grupos estão presentes na tabela 6. Como é possível observar através dos resultados, verificou-se que não existem diferenças significativas entre grupos na variável consumo e a manifestação de sintomas de depressão e ansiedade. Não há diferenças entre o grupo de reclusas com história de consumo de substâncias ilícitas e o grupo sem história de consumo ao nível da presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos.

Tabela 6

Resultados BSI Subescalas Ansiedade e Depressão dos dois subgrupos (com e sem história de consumo) e resultados dos testes de diferença.

Variáveis	Com Consumo (n=80)		Sem Consumo (n=152)		Teste Mann-Whitney e valor de p	
	M	D	M	DP		
BSI Ansiedade	1.20	.93	1.29	1.13	6046.0	.944
BSI Depressão	1.48	1.04	1.54	1.00	5757.0	.505

Na tabela 7 estão relatados os resultados dos preditores do Total ACE onde se pode verificar que o modelo 1 com as características sócio – demográficas apresentou-se estatisticamente significativo ($F(5) = 4.123, p < .001$). Através destas análises podemos verificar que o contributo destas variáveis produz um R^2 de .077 ($R^{2aj} = .102$), o que nos sugere que 7.7% da sua variância resulta do contributo destas diferentes variáveis.

Quando a esta análise adicionamos a variável de consumo (modelo 2) verificamos que o contributo desta variável produz um R^2 de .095 ($R^{2aj} = .022$), o que nos indica que 9.5% da variância total resulta do contributo das características sócio demográficas das reclusas e da história de consumo, sendo o contributo individual desta variável de 2.2%.

Atendendo a estes resultados esta contribuição revelou-se estatisticamente significativa assim como o modelo final ($F(6) = 4.256, p < .001$).

Dos preditores em análise na regressão concluímos que das características sócio demográficas, apenas a idade ($\beta = -.189, p = .018$), e a situação laboral funcionam como bom preditores da prevalência de experiências adversas, sendo que relativamente à idade é possível aferir que reclusas mais velhas tem menor prevalência de experiências adversas na infância e ao nível do emprego são as mulheres reclusas que estavam desempregadas antes de serem detidas ($M = 3.723, DP = 2.424$) que apresentam maior exposição a experiências adversas na infância.

Tabela 7

Resultados de Regressão Múltipla com preditores do Total ACE

Modelo		B	S.E	β	T	p	R^2 (Raj)	F
1	Constante	5.705	.703		8.119	.000		
	Idade	-.049	.018	-.213	-2.706	.007		
	Nº de Filhos	.102	.106	.076	.961	.338		
	Nacionalidade	-.133	.077	-.122	-1.720	.087	.077(.102)	4.132***
	Etnia	-.028	.073	-.029	-.387	.699		
	Emprego	-.931	.360	-.188	-2.588	.010		

2	Constante	4.934	.786		6.280	.000		
	Idade	-.044	.018	-.189	-2.398	.018		
	Nº de Filhos	.137	.106	.102	1.285	.200	.095(.022)	4.256***
	Nacionalidade	-.098	.078	-.090	-1.252	.212		
	Etnia	-.024	.072	-.024	-.327	.744		
	Situação Laboral	-.743	.367	-.150	-2.024	.044		
	Consumo de Drogas	.851	.402	.162	2.117	.036		

Nota: Variável independente: Características Sócio – Demográficas (Idade, Nº de Filhos, Nacionalidade, Etnia, Situação Laboral) e Consumo

Variáveis dependentes: Total ACE

*** $p < .00$

Discussão

Este estudo teve como objetivo fazer uma caracterização da população prisional feminina, de uma forma mais específica tentar fazer uma caracterização do estado de saúde dessas mulheres em estado de reclusão e perceber a relação entre o consumo de substâncias com as histórias de adversidade na sua infância.

Através dos dados resultante das análises de comparação das duas sub - amostras, podemos observar que os grupos de reclusas com e sem história de consumo, diferenciam-se ao nível de algumas variáveis sócio-demográficas nomeadamente na idade, nacionalidade, etnia, número de filhos e situação laboral. Estabelecendo uma comparação entre os dois grupos, o grupo com história de consumo tem uma média de idade mais baixa do que as sem consumo, ou seja as reclusas mais nova estão inseridas no grupo de consumidoras; na variável nacionalidade, predomina a nacionalidade Portuguesa e outras nacionalidades predominam no grupo sem história de consumo.

Quanto à etnia foi possível constatar que os dois grupos têm uma maior percentagem de reclusas de etnia caucasiana, e mais uma vez na categoria outras etnias é no grupo de reclusas sem história de consumo que se encontram a maior percentagem de reclusas de etnias variadas. Ao nível do número de filhos, a média do grupo de reclusas sem consumo é maior do que as reclusas com história de consumo, ou seja, as reclusas sem história de consumo tem mais filhos do que as com história de consumo.

Outra variável em que os dois grupos se diferenciam é a situação laboral, sendo que o grupo de reclusas sem história de consumo tem uma maior percentagem de reclusas que se encontravam a trabalhar antes de serem detidas.

A amostra utilizada para este estudo foi de 232 reclusas e dessas reclusas 80 relataram ter história de consumo de substâncias ilícitas e as restantes 152 afirmaram não ter história de consumos na sua vida pré-reclusão. Esse número de reclusas sem história de consumo pode não ser um número que corresponda à realidade porque segundo a literatura, há uma percentagem de pessoas que pode não relatar a verdade sobre os seus acontecimentos de vida no passado (Pinto & Maia, 2013) e omitirem o facto de terem sido expostas a uma ou várias situações adversas durante a sua infância por parte dos seus progenitores ou cuidadores, e ainda como explicam May – Chahal & Cawson (2005) as reclusas podem não relatar as experiências adversas por não considerarem que tenham sido vítimas de maus tratos em criança considerando até o mau trato como normal e que foram castigos merecidos.

Experiências Adversas na Infância

Segundo os resultados apresentados constata-se que existem associações significativas entre algumas das variáveis avaliadas pelo instrumento ACE e o ter ou não história de consumo de substâncias. Na categoria disfunção familiar, apenas houve associação entre a variável ter história de consumo na família (álcool ou drogas), na categoria abuso foram detetadas associações entre os três tipos de abuso (físico, emocional e sexual) e a variável história de consumo, na negligência apenas houve associação significativa com a negligência emocional e por último na categoria mãe maltratada também se observou associação significativa.

Os resultados apresentados nesse estudo vão no sentido do que é referido na literatura, que defende que existem fatores de risco que potenciam certos comportamentos desviantes como adição de substâncias. Entre estas experiências tais como, a vivência de situações traumáticas na infância, viver no seio de uma família desestruturada entre outros (Tyrode & Bourcet, 2002).

Segundo alguma literatura há uma relação significativo entre ter sido vítima de acontecimentos adversos na infância e ser consumidora de drogas ou ter história de consumo, porque a vivência de maus tratos na infância por parte dos cuidadores pode levar o indivíduo durante o seu desenvolvimento, a entrar no mundo da toxicodependência (Pires, 2005).

Relativamente ao resultado do total de experiências adversas, a maior percentagem de reclusas que foram expostas a pelo menos uma experiência adversa, foi relatada no grupo das reclusas com história de consumo (91.3%), o que vai de acordo com um estudo realizado por Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda (2003) com uma população de 8613 adultos onde os resultados relataram que indivíduos que tenham sido expostos na infância a cinco ou mais situações adversas (e.g., abuso emocional, físico e sexual, disfunção familiar, violência doméstica) tinham entre sete a dez vezes mais propensão de relatar uso de substâncias e adição das mesmas no futuro.

Quando exploramos a relação entre o total das experiências adversas (ACE Total) nos dois grupos em estudo, reclusas com e sem história de consumo de substâncias ilícitas, verificamos que existem diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao total de experiências adversas vividas na infância. O grupo com história de consumo, apresentou um maior número de experiências adversas ($M=3.85$ $DP=2.89$) do que o grupo sem história de consumos, indo assim ao encontro da investigação que afirma que indivíduos que tenham experienciado situações adversas na infância têm um maior risco de desenvolver problemas de saúde, sendo especificamente o abuso infantil um importante fator de risco para o início do consumo de drogas ou álcool (Douglas, Chan, Gelernter, Weiss, Brady, Polin, Farrer & Kranzler, 2010).

Estado de Saúde das Mulheres Reclusas

O estudo do estado de saúde geral das reclusas foi feito com recurso à análise dos dados dos instrumentos RSCL TOTAL, RSCL Sintomas Físicos e Psicológicos, o SF-12 Componente Física e Mental e BSI sub escalas da ansiedade.

Analisando os dados relativos à variável RSCL-Total, RSCL Sintomas Físicos e Sintomas Psicológicos que não existem diferenças entre as reclusas com história de

consumo de substâncias e as reclusas sem história de consumo relativamente à manifestação de sintomas e queixas físicas, contrariando dessa forma a literatura que considera que as mulheres reclusas com comportamentos aditivos, tem mais problemas de saúde. Neste caso não foram detetadas diferenças na manifestação de sintomas físicos (Componente Física) nem mentais (Componente Mental) do SF-12. Relativamente à BSI, tanto na sub escala ansiedade como depressão as análises revelaram não haver diferença entre os grupos quanto aos sintomas ansiosos ou depressivos na população reclusa feminina, o que de acordo com a literatura é um tanto ou quanto contraditório porque é de se esperar que as mulheres em reclusão com história de consumos, ao contrário das reclusas com ausência de consumo, tenham maior necessidade de cuidados médicos (Grella et al., 2005) De acordo com Kaplow & Widom (2007 *cit in* Pinto & Maia, 2007) quanto mais cedo na infância são perpetrados os maus tratos á criança, mais probabilidade há de no futuro os indivíduos virem a desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa, pois devido a uma desregulação emocional ocorre um mecanismo de internalização tardia e subsequentemente uma externalização de sintomatologia (Kim & Cicchetti, 2010).

Uma explicação para os dados que verificamos neste estudo é o facto de que as reclusas que são detectadas à entrada na prisão como consumidoras são alvo, em Portugal, de um acompanhamento médico específico, o que as pode proteger de problemas de doenças físicas.

Com os dados obtidos pela análise de regressão foi possível concluir que quanto mais idade tem as reclusas menor é a probabilidade de relatar a exposição a experiências adversas na infância o que mais uma vez incide na literatura e acima mencionado de que os relatos fornecidos pelas reclusas possam não responder a verdade por estas omitirem os abusos ou não os entenderem como tal. Por último são as reclusas que se encontravam desempregadas antes da sua detenção que possuem mais relatos de experiências adversas durante a infância, o que acaba por ser normativo tendo em conta que como é referido na literatura, estar exposta a adversidade na infância aumenta o risco de as vítimas desenvolverem distúrbios como refere Browne & Finkelhor (1986) depressão, isolamento, ansiedade, isolamento social, baixa auto-estima, dificuldades nas relações interpessoais e uso de substâncias, fatores que levam a pessoa a tornar-se menos funcionais e com menos probabilidade de terem uma atividade profissional.

Conclusão

As experiências adversas decorridas na infância, estão intimamente relacionadas com uma pobre saúde mental e aumenta o risco de psicopatologia (Dube, Felitti, Dong, Giles & Anda, 2003) há ainda uma maior possibilidade de durante o seu desenvolvimento o indivíduo adotar condutas desviantes e iniciar-se no consumo de substâncias psicoativas.

Apesar de os dados desse estudo relativos ao estado de saúde das reclusas não estar em concordância com a literatura podemos concluir que a população reclusa é uma população onde os índices de exposição a experiências adversas na infância são mais elevados do que na população geral e na população reclusa masculina. A população feminina é uma fatia diminuta do mundo da reclusão e é em comparação com a população masculina sobrevalorizada, sendo o mundo prisional predominantemente masculino, as instituições prisionais não se desenvolveram de modo a responder às necessidades especiais da população feminina (Alemagno, 2001).

A realização deste estudo emerge da necessidade de um conhecimento mais amplo acerca das mulheres em estado de reclusão, para que seja possível haver um maior esclarecimento e nitidez acerca do que é a reclusão feminina, quem são as mulheres reclusas, o que as caracteriza.

Este estudo tem algumas limitações nomeadamente o facto de não ser considerado o tempo de reclusão, o tipo de crime e situação jurídico – penal. No futuro estas variáveis deveriam ser analisadas para se perceber com estariam relacionadas com as experiências adversas dessas mulheres e como afetam o estado de saúde das mesmas.

Outro tópico que seria interessante abordar é a fidelidade dos relatos das reclusas sobre as experiências adversas, como foi possível observar nos resultados do estudo não houve como era esperado uma associação entre ter sido exposta a situações adversas na infância e o consumo de substâncias sendo por isso importante contornar a viabilidade e consistência dos relatos das reclusas através de um estudo longitudinal e aplicação de uma entrevista estruturada qualitativa de modo a comparar as suas histórias no momento 1 e no momento 2 e perceber se há ou não uma relação entre as suas variáveis como afirma a literatura.

Referências

- Acoca, L. (1998). Outside/inside: The violation of American girls at home, on the streets and in the juvenile justice system. *Crime & Delinquency*, 44, 561-589.
- Alemagno, S.A. (2001). Women in jail: Is substance abuse treatment enough? *American Journal of Public Health*, 91, 798-800.
- Alves, J. F. C. (2009). *Experiências adversas na infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada à Universidade do Minho.
- Alves, J., D, A., & Maia, A. (2013). História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(3), 701-709.
- Barros, H., Lucas, R., & Santos, M.J. (2007). Sida em Meio Prisional. Portal da Saúde, 1-91. Acedido em 13 de Setembro de 2013, em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/4/sida+prisao.htm>.
- Bifulco, A., Brown, G., & Adler, Z. (1991). Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 159, 115 - 122.
- Bradley, R., & Davino, K., M. (2002). Women's Perceptions of the Prison Environment: When Prison is " The Safest Place I've Ever Been". *Psychology of Women Quarterly*, 26, 351 - 359. doi: 0361 - 6843/02.
- Briz, T.(2003). Saúde nas Prisões Portuguesas. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, tema 13: 1-10. Acedido em 13 de Setembro de 2013, em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/saude+nas+prisoes+portuguesas.pdf>.
- Brown, G, R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986) Impact of child sexual abuse: A review of the Research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66 - 77..
- Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, J.V., Dube, S.R., Edwards, V.J., & Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82: 217-225.
- 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 study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Giles, W.H., & Anda, R.F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37, 268-277.

El-Bassel, N., Ivanoff, A., Schilling, R. F., Gilbert, L., & Chen, D. R. (1995). Correlates of problem drinking among drug – using incarcerated women. *Addictive Behaviors*, 20, 359-369.

Figueiredo, B., Fernandes, E., Matos, R., & Maia, A. (2002). Maus-Tratos na infância: Trajetórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na idade adulta. *Violência e Vítimas de Crimes*, Vol. I: 163-209.

Fonseca, A.C.R. (2008). *Mulheres em Cumprimento de Pena: Um Estudo Exploratório no Sistema Prisional Português*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Forense apresentada à Universidade do Porto.

Grella, C.E., Stein, J.A., & Greenwell. (2005). Associations Among Childhood Trauma, Adolescent Problem Behaviors, and Adverse Adult Outcomes in Substance-Abusing Women Offenders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 45.

Henderson, D., J. (1998). Drug Abuse and Incarcerated Women: A Research Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 579 - 587. doi: 0740 - 5472/98.

Kim, Jungmeen., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706 – 716. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x

Maia, A. Trauma e Saúde. In J. Ribeiro & I. Leal (Org.). (2004). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp. 35-41). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

May – Chahal, C., & Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29, 969 –984. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.05.009.

Moloney, K.P., van den Bergh, B.J., & Moller, L.F. (2009). Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. *Public Health*, 123, 426-430. doi:10.1016/j.puhe.04.002

Munetz, M.R., Grande, T.P., & Chambers, M.R. (2001). The Incarceration of Individuals with Severe Mental Disorders. *Community Mental Health Journal*, 37(4), 361-372.

Pinto, R., J., & Maia, A., C. (2012). A Comparison Study between Official Records and Self - Reports of Childhood Adversity. *Child Abuse Review*, 22, 354 - 366. doi: 10.1002/car.2232.

Pires, S. (2005). Maus Tratos Infantis: Fator de Risco na Gênese da Toxicodependência. *Revista Toxicodependência*, 11(1), 65-78.

Plugge, E., & Fitzpatrick, R. (2005). Assessing the Health of Women in Prison: A Study from the United Kingdom. *Health Care for Women International*, 26, 62-68. doi: 10.1080/07399330590885768.

Silva, Susana., & Maia, A. (2007). Experiências Adversas na Infância de Adultos com Obesidade Mórbida. *Acta Med Port*, 20, 495-501.

Tyrode, V. & Bourcet, S. (2002). *Os adolescentes violentos*. (1ªEd.) Lisboa: Climepsi Editores.

Watson, R., Stimpson, A., & Hostick, T. (2004). Prison health care: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 119-128. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00128-7.

Widom, C., S. (1994). Childhood victimization and risk for adolescent problem behaviors. In R.D. KETTERLINUS & M.E. Lam (Eds.), *Adolescent problem behaviors* (pp. 127-164). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Widom, C.S., Weiler, B.L., & Cottler, L.B. (1999). Childhood victimization and drug abuse: A comparison of prospective and retrospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 867-880.