

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Polivitimação na Infância e Adolescência e Saúde Mental na Idade Adulta: Teste de um Modelo Dual

Leonor Delgado Martins de Almeida d' Eça

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Eunice Vieira Magalhães, Investigadora Integrada,
ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2021



CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**Polivitimação na Infância e Adolescência e Saúde Mental na Idade Adulta:
Teste de um Modelo Dual**

Leonor Delgado Martins de Almeida d' Eça

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Eunice Vieira Magalhães, Investigadora Integrada,
ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2021

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Eunice Magalhães, pela disponibilidade e apoio prestados ao longo de todo o mestrado, e, particularmente, neste último ano. Pelo profissionalismo, exigência e rigor que elevaram o nível do meu trabalho. Acima de tudo, gostaria de agradecer pelo seu sentido de humor, sem o qual os meus níveis de *stress* teriam sido exponencialmente mais elevados.

Aos meus pais, por sempre me encorajarem a seguir as minhas paixões e apoiarem as minhas decisões.

Ao meu pai, pelo sentido crítico que me inculuiu desde a infância.

À minha mãe, a minha companheira de viagens e aventuras!

Obrigada!

Resumo

A investigação sobre o papel da vitimação e da polivitimação na infância/adolescência na saúde mental dos adultos tem explorado fundamentalmente os resultados em termos de psicopatologia, a partir dos modelos tradicionais da saúde mental. O teste de um modelo dual da saúde mental tem sido pouco explorado na literatura neste domínio. Este estudo pretende, assim, descrever as experiências de vitimação/polivitimação em termos de prevalência, e testar o papel das experiências de vitimação na infância e adolescência na saúde mental na idade adulta a partir de um modelo dual.

Neste estudo, participaram 274 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e 68 anos ($M = 37.82$; $DP = 12.59$), sendo a maioria do sexo feminino (77.7%). Os participantes preencheram um conjunto de instrumentos de auto-relato, incluindo o Questionário de Vitimação Juvenil, Versão Screening Retrospectiva para Adultos, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos e o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, Versão Abreviada.

Os resultados revelam níveis elevados de vitimação e polivitimação (89.8% e 56.6%, respetivamente) na infância/adolescência. Observaram-se diferenças significativas entre os grupos de saúde mental ao nível das experiências de vitimação na infância/adolescência, com o grupo *Complete Mental Health* a reportar significativamente menos experiências de vitimação do que o grupo *Troubled*.

Estes resultados realçam o papel da polivitimação na infância nas diferenças observadas nos quatro grupos, bem como a importância de incorporar indicadores positivos, para além de negativos, para uma compreensão mais completa da relação entre a vitimação na infância e a saúde mental na idade adulta.

Palavras-Chave: Vitimação; Polivitimação; Infância; Saúde mental; Modelo dual.

Categorias e Códigos de Classificação (APA):

3210 Psychological Disorders

3370 Health & Mental Health Services

Abstract

Research regarding the role of childhood victimization and poly-victimization in the mental health of adults has explored mostly psychopathology outcomes, based on traditional models of mental health. The test of a dual-factor model of mental health remains overlooked in the literature. Thus, this study aims to describe the prevalence of victimization/poly-victimization experiences, and to explore whether mental health groups (i.e., dual-factor model) differ in their victimization experiences.

A total of 274 adults participated in this study, aged between 18 and 68 years ($M = 37.82$; $SD = 12.59$), the majority being female (77.7%). Participants completed a set of instruments, including the Juvenile Victimization Questionnaire, Screener Sum Version, Adult Retrospective Form, the Brief Symptom Inventory and the World Health Organization Quality of Life Scale, Abbreviated Version.

The results reveal high levels of victimization and poly-victimization (89.8% and 56.6%, respectively). Significant group differences in childhood victimization experiences were observed, with the *Complete Mental Health* group reporting fewer victimization experiences than the *Troubled* group.

These results highlight the role of childhood poly-victimization on the group differences, as well as the importance of including positive indicators, beyond negative ones, for a more comprehensive understanding of the relationship between childhood victimization and adult mental health.

Keywords: Victimization; Poly-victimization; Childhood; Mental health; Dual-factor model.

PsycInfo Classification Categories and Codes (APA):

3210 Psychological Disorders

3370 Health & Mental Health Services

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	v
Índice de Quadros	ix
Glossário de Siglas	xi
Introdução	1
CAPÍTULO 1. Enquadramento Teórico	3
1.1 Conceptualização da Vitimação na Infância e Adolescência	3
1.2 Prevalência das Experiências de Vitimação e Polivitimação na Infância e Adolescência	6
1.3 Modelo Dual da Saúde Mental	11
1.4 Vitimação/Polivitimação na Infância e Adolescência e Saúde Mental na Idade Adulta	14
1.5 Diferenças de Sexo ao Nível das Experiências de Vitimação e Saúde Mental	16
1.6 Problemas de Investigação, Objetivos e Hipóteses	18
CAPÍTULO 2. Método	19
2.1. Participantes	19
2.2. Instrumentos	21
2.2.1. Questionário Sociodemográfico	21
2.2.2. Questionário de Vitimação Juvenil, Versão Screening Retrospectiva para Adultos	21
2.2.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos	22
2.2.4. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, Versão Abreviada	23
2.3. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados	23
CAPÍTULO 3. Resultados	27
3.1. Prevalência das Diferentes Formas de Vitimação	27
3.2. Prevalência das Experiências de Polivitimação	29
3.3. Associação entre as Variáveis em Estudo	29

3.4. Diferenças de Médias nas Variáveis em Estudo em Função do Sexo dos Participantes	32
3.5. O Modelo Dual da Saúde Mental	34
3.6. Vitimação e Saúde Mental	34
CAPÍTULO 4. Discussão	37
Conclusão	45
Referências Bibliográficas	47

Índice de Quadros

Quadro 2.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes	20
Quadro 3.1 Prevalência das diferentes experiências de vitimação na infância e adolescência	28
Quadro 3.2 Prevalência das experiências de polivitimação	29
Quadro 3.3 Medidas descritivas e correlações entre as variáveis em estudo	30
Quadro 3.4 Diferenças entre o sexo feminino e o sexo masculino nas variáveis em estudo	33
Quadro 3.5 Grupos de saúde mental identificados pelo modelo dual	34
Quadro 3.6 Diferenças entre polivítimas e não polivítimas nas variáveis em estudo	35
Quadro 3.7 Diferenças entre os grupos de saúde mental ao nível das experiências de vitimação	36

Glossário de Siglas

BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

IGS - Índice Geral de Sintomas

ISP - Índice de Sintomas Positivos

JVQ - Questionário de Vitimação Juvenil

JVQ-R2 - Questionário de Vitimação Juvenil, Versão Screening Retrospectiva para Adultos

OMS - Organização Mundial de Saúde

TSP - Total de Sintomas Positivos

WHOQOL-Bref - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, Versão Abreviada

Introdução

A vitimação na infância é um problema universal, estando presente em todas as sociedades e contextos culturais e socioeconômicos (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, mundialmente, mil milhões de crianças tenham experienciado no último ano violência física, emocional, sexual ou negligência (World Health Organization [WHO], 2020a). A investigação internacional tem reportado elevadas taxas de prevalência de vitimação na infância (e.g., 99.03% na Rússia, Bogolyubova et al., 2015; 94% nos Estados Unidos, Charak et al., 2016), bem como de polivitimação (i.e., experiência de múltiplas formas de vitimação) (e.g., 80.99% na Rússia, Bogolyubova et al., 2015; 64.7% nos Estados Unidos, Charak et al., 2016). Em Portugal, poucos estudos têm descrito a vitimação e polivitimação, em termos de prevalência, nomeadamente com recurso a amostras de adultos que reportem as suas experiências na infância e adolescência. Todavia, em 2020, foram reportados às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens 41 337 casos de mau-trato na infância/adolescência, uma diminuição de 2 459 casos em comparação com o ano anterior, mas, ainda assim, um número superior ao registado em 2018 (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPJC], 2021). Por sua vez, o Relatório Anual de Segurança Interna registou, no ano de 2020, 27 637 participações de violência doméstica, 1 044 participações de delinquência juvenil, e 4 823 ocorrências no ambiente escolar, no ano letivo 2019/20 (Sistema de Segurança Interna [SSI], 2021).

A vitimação e a polivitimação têm um impacto negativo no desenvolvimento das crianças e jovens (Chan, 2013; Finkelhor et al., 2007; Haahr-Pedersen et al., 2020), sendo que estudos retrospectivos realizados com adultos têm demonstrado que este impacto persiste para além da infância e adolescência (Afifi et al., 2014; Cater et al., 2014). Com efeito, a vitimação e a polivitimação na infância têm sido associadas a diferentes problemas de saúde mental na idade adulta, entre eles depressão (Cater et al., 2014; Humphreys et al., 2020), ansiedade (Afifi et al., 2014; Cater et al., 2014; Nguyen et al., 2019) e Perturbação de *Stress* Pós-traumático (Cater et al., 2014; Scrafford et al., 2018), sendo que a polivitimação está consistentemente associada a um maior risco e severidade de sintomatologia (Afifi et al., 2014; Cater et al., 2014).

O foco da literatura nos modelos de saúde mental tradicionais tem centrado o estudo do impacto da vitimação e da polivitimação em indicadores negativos (i.e., psicopatologia) e tem negligenciado fatores positivos do funcionamento psicológico, como o bem-estar e a qualidade

de vida (Le et al., 2018; Springer et al., 2003). No entanto, o modelo dual da saúde mental integra na sua conceptualização e medida simultaneamente a psicopatologia e o bem-estar, considerando estas como duas dimensões coocorrentes que contribuem para o funcionamento mental (Eklund et al., 2010), permitindo identificar diferentes perfis de funcionamento organizados em torno de quatro grupos de saúde mental (Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer, 2008). Com efeito, a literatura acerca do modelo dual tem demonstrado que este modelo proporciona uma compreensão mais abrangente do funcionamento psicológico dos indivíduos do que os modelos tradicionais unidimensionais, permitindo identificar dois grupos/perfis adicionais: indivíduos sem sintomas de psicopatologia, mas com uma saúde mental positiva baixa; e indivíduos com sintomatologia, mas com uma saúde mental positiva alta (e.g., Antaramian et al., 2010; Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer, 2008).

Alguns estudos têm explorado o contributo de diferentes variáveis preditoras (personalidade, suporte social, eventos de vida *stressantes*) na classificação destes quatro grupos (Lyons et al., 2012). Não obstante, o teste de um modelo dual no contexto da polivitimação mantém-se negligenciado. Tanto quanto sabemos, apenas um outro estudo utilizou este modelo para explorar o impacto da polivitimação na saúde mental de adolescentes (Grych et al., 2020). O presente estudo propõe, assim, explorar o contributo da polivitimação na infância/adolescência para as diferenças observadas entre os grupos de saúde mental na idade adulta. Especificamente, este estudo pretende 1) descrever as experiências de vitimação/polivitimação em termos de prevalência numa amostra de adultos na comunidade; 2) explorar as diferenças entre os quatro grupos de saúde mental (i.e., modelo dual) ao nível das suas experiências de vitimação na infância e adolescência.

No sentido de concretizar estes objetivos, o presente trabalho está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta a revisão de literatura acerca a) da conceptualização da vitimação na infância e adolescência; b) da prevalência das experiências de vitimação e polivitimação na infância e adolescência; c) do modelo dual da saúde mental; d) da relação entre a vitimação/polivitimação na infância e adolescência e a saúde mental na idade adulta; e e) das diferenças de sexo ao nível das experiências de vitimação e saúde mental. Por último, o primeiro capítulo termina com a apresentação dos problemas de investigação, os objetivos do presente estudo e as hipóteses. O segundo capítulo apresenta a metodologia do estudo, organizada em três secções: os participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos. O terceiro capítulo consiste na apresentação dos resultados. Por fim, o quarto capítulo consiste na discussão dos resultados, sendo ainda apresentadas as limitações do estudo, bem como as implicações para a investigação futura e para a prática.

Enquadramento Teórico

1.1 Conceptualização da Vitimação na Infância e Adolescência

A vitimação na infância é universal, estando presente em todas as sociedades e contextos culturais, e afetando crianças de todos os níveis socioeconômicos (UNICEF, 2017). Estima-se que, mundialmente, mil milhões de crianças tenham experienciado no último ano violência física, emocional, sexual ou negligência (WHO, 2020a). De acordo com a OMS, a vitimação na infância inclui todas as formas de violência contra jovens com menos de 18 anos de idade, e pode ser perpetrada por qualquer pessoa (pais, cuidadores, pares, parceiros românticos, estranhos) (WHO, 2020a). Já o mau-trato infantil é definido como o abuso e a negligência de crianças com menos de 18 anos, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder, incluindo todas as formas de mau-trato físico e emocional, abuso sexual, negligência e exploração que causam danos (ou potenciais danos) à saúde da criança, à sua dignidade ou ao seu desenvolvimento (WHO, 2020b). De acordo com Finkelhor (2011), a conceptualização da vitimação implica uma dimensão de agência humana e intencionalidade, excluindo assim eventos como desastres naturais e doenças.

Finkelhor (2008) conceptualiza a vitimação na infância como um espectro que vai desde as experiências de vitimação mais frequentes e menos graves (e.g., agressão por pares ou irmãos) às menos frequentes e mais graves (e.g., rapto, homicídio), propondo a divisão deste espectro em três grandes categorias. As experiências de vitimação pandémicas (*pandemic victimizations*), como a agressão por pares ou irmãos e a punição física por pais ou cuidadores, ocorrem à maioria das crianças ao longo do seu desenvolvimento. As experiências de vitimação agudas, como o mau-trato físico e a negligência, são menos frequentes, ocorrendo a uma minoria de crianças, mas são geralmente consideradas como tendo consequências desenvolvimentais bastante duradouras. Por último, as experiências de vitimação extraordinárias, como o rapto e o homicídio, embora muito raras, ocorrendo a um número muito pequeno de crianças, geram elevada atenção quando ocorrem. Embora as experiências de vitimação mais graves (agudas e extraordinárias) recebam maior atenção pública e profissional, é essencial não negligenciar as experiências de vitimação pandémicas, tendo em conta a sua elevada frequência e a influência que têm no quotidiano das crianças (Finkelhor & Dzuiba-

Leatherman, 1994). Estas três categorias de vitimação podem ser organizadas num *continuum*, de acordo com o grau em que envolvem a violação do estatuto de dependência da criança. Num dos extremos do *continuum* estão as formas de vitimação relacionadas com o estatuto de dependência da criança (e.g., negligência física), no extremo oposto estão as formas de vitimação independentes do estatuto de dependência da criança e que ocorrem de forma idêntica para crianças e adultos (e.g., rapto e homicídio) (Finkelhor & Dzuiba-Leatherman, 1994).

Nesta linha de investigação, Hamby e colegas (2004) desenvolveram uma medida de avaliação de diferentes domínios de vitimação na infância e adolescência - o Questionário de Vitimação Juvenil (JVQ): Crimes convencionais; Mau-trato; Vitimação perpetrada por pares e irmãos; Abuso sexual; e Vitimação indireta. O domínio dos crimes convencionais é o domínio mais geral, abrangendo várias experiências de vitimação consideradas crime (e.g., agressão (com ou sem arma)), incluindo crimes de propriedade (e.g. assalto, roubo, vandalismo) (Hamby et al., 2004). Os crimes convencionais parecem ser uma das formas de vitimação mais frequentes, todavia tendem a não ser incluídos noutros questionários de vitimação (Hamby et al., 2004). O domínio do mau-trato engloba qualquer ato por parte de um cuidador que resulte em dano, potencial dano ou ameaça de dano para a criança ou jovem (e.g., mau-trato físico, mau-trato emocional, negligência) (Hamby et al., 2004). O domínio da vitimação perpetrada por pares ou irmãos engloba experiências de vitimação comuns na infância entre pares, mas que não são tipicamente consideradas crimes (e.g., agressões entre pares/irmãos, *bullying*) (Hamby et al., 2004). Atendendo a que este domínio se refere exclusivamente a experiências de vitimação perpetradas por irmãos ou pares, é o domínio de maior interesse para profissionais em contexto escolar ou contextos semelhantes (Hamby et al., 2004). O abuso sexual consiste em qualquer contacto ou tentativa de contacto sexual entre um adulto e uma criança com o objetivo de gratificação sexual ou ganhos económicos (Barnett et al., 1993). Desta forma, as crianças são envolvidas em atividades sexuais que não compreendem verdadeiramente, para as quais são incapazes de dar o consentimento informado por razões de idade e desenvolvimento. As crianças podem ainda ser abusadas sexualmente por outras crianças que estão, em virtude de sua idade ou estágio de desenvolvimento, numa posição de responsabilidade, confiança ou poder sobre estas (World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006). Deste modo, o domínio do abuso sexual engloba não só atos sexuais com contacto (e.g., abuso sexual (por adulto conhecido ou desconhecido), violação), como também atos sem contacto (e.g., exibicionismo), tentativas de atos (e.g., tentativas de violação) e ainda atos com pares (e.g., abuso sexual por par/irmão). Por último, o domínio da vitimação indireta engloba formas de vitimação que não são experienciadas diretamente pela criança (e.g.,

exposição à violência doméstica, incluindo interpaparental ou contra um irmão, exposição a agressão (com ou sem arma), exposição à guerra), mas cuja exposição compromete o desenvolvimento das crianças (Hamby et al., 2004).

As crianças são o segmento mais vitimado da população (Finkelhor, 2011), experienciando mais vitimação que os adultos, incluindo mais crimes convencionais e violência no ambiente familiar (Finkelhor & Dzuiba-Leatherman, 1994). Para além de experienciarem as mesmas formas de vitimação que os adultos (e.g., homicídio, assalto, abuso sexual), as crianças experienciam também vitimação específica ao seu estatuto (e.g., negligência física, punição física, agressão por irmãos) (Finkelhor, 2011). O estatuto da criança é caracterizado pela sua condição de dependência, que é uma função, pelo menos parcial, da sua imaturidade social e psicológica. Este estatuto de dependência coloca-as numa posição com maior risco de vitimação (Finkelhor & Dzuiba-Leatherman, 1994), nomeadamente, ao nível da negligência e do abuso (e.g., negligência física) (Finkelhor, 2011).

A tolerância societal da vitimação na infância também desempenha um papel importante na sua elevada frequência. Especificamente, as normas sociais não são tão fortes na inibição da violência contra crianças como são na inibição da violência contra adultos, sendo que muitas das formas de vitimação que as crianças experienciam são consideradas fora do alcance do sistema de justiça criminal (e.g., vitimação perpetrada por pares ou irmãos) (Finkelhor, 2011). Finkelhor (2008) propõe ainda dois fatores adicionais que poderão ajudar a explicar os elevados níveis de vitimação na infância: as crianças têm menos autocontrolo, o que pode resultar, por vezes, em comportamentos desafiantes e de risco; e têm menos autodeterminação, por razões desenvolvimentais, estando por isso menos capazes do que os adultos de abandonar voluntariamente contextos familiares ou sociais abusivos.

Não obstante, as experiências de vitimação na infância e o seu impacto não devem ser negligenciados. Estudos têm demonstrado que crianças expostas a uma forma de vitimação têm uma elevada probabilidade de experienciarem outras formas de vitimação (Finkelhor et al., 2013; Turner et al., 2006). Todavia, uma grande parte da literatura tem-se focado no estudo isolado de formas específicas de vitimação, como abuso sexual (Paolucci et al., 2001), *bullying* (Arseneault et al., 2010) ou exposição à violência doméstica (Evans et al., 2008). O foco numa forma específica de vitimação não permite uma visão holística da vitimação, podendo ser sobre-estimado o impacto que uma forma específica tem na saúde mental (Finkelhor et al., 2007), ou por outro lado, subestimada a vitimação que as crianças experienciam (Turner et al., 2010).

Por este motivo, tem vindo a ser reconhecido na literatura o papel da polivitimação na infância. A polivitimação, termo introduzido por Finkelhor e colegas (2005a), refere-se à experiência de múltiplas formas de vitimação. Diversos estudos sobre a polivitimação têm demonstrado que esta tem um maior impacto negativo no desenvolvimento das crianças/jovens do que ser exposto apenas a uma forma de vitimação repetidamente (re-vitimação), sendo que quando se controla a influência da polivitimação a associação entre formas específicas de vitimação e psicopatologia é reduzida substancialmente, ou mesmo eliminada (Finkelhor et al., 2007; Turner et al., 2010). Este impacto é atribuído ao facto de na polivitimação, ao contrário do que ocorre em formas específicas de vitimação, a vitimação ocorrer em diferentes contextos e ser cometida por diferentes pessoas (Finkelhor et al., 2007). Com efeito, o estudo da polivitimação revelou que um elevado número de crianças experiencia uma variedade de diferentes formas de vitimação durante um período relativamente curto de tempo, o que sugere que para algumas crianças a vitimação é um processo estável e contínuo, em vez dum evento limitado no tempo (Finkelhor, 2011).

A literatura tem definido e operacionalizado o conceito de polivitimação de diversas formas, sendo que os investigadores têm utilizado várias abordagens metodológicas (cumulativas, categóricas e empíricas) para identificar indivíduos polivítimas (Adams et al., 2016; Ford & Delker, 2018). Nas abordagens cumulativas, a polivitimação é conceptualizada como uma variável contínua obtida através da soma das formas de vitimação experienciadas (Elliot et al., 2009). Nas abordagens categóricas, os indivíduos são classificados como polivítimas em função de um ponto de corte definido a priori (e.g., 5 ou mais formas de vitimação (Finkelhor et al., 2005a), um desvio padrão acima da média (Finkelhor et al., 2007), ou o percentil 90 - os 10% dos participantes que experienciaram o maior número de formas de vitimação (Finkelhor et al., 2009a)), sendo a polivitimação conceptualizada como uma variável categórica. Por último, nas abordagens empíricas, são identificados grupos mutuamente exclusivos de indivíduos com perfis semelhantes de vitimação através da utilização de técnicas estatísticas centradas na pessoa (e.g., análise de classes latentes; LCA) (Adams et al., 2016; Ford et al., 2010).

1.2 Prevalência das Experiências de Vitimação e Polivitimação na Infância e Adolescência

Estudos em diferentes contextos culturais têm reportado números elevados de vitimação e polivitimação na infância. Nos Estados Unidos, Finkelhor e colegas (2009b) reportaram que

86.6% das crianças que participaram no seu estudo tinham experienciado alguma forma de vitimação ao longo da vida. Num outro estudo de Finkelhor e colegas (2009a), 79.6% das crianças reportaram vitimação ao longo da vida. Num estudo sueco, Aho e colegas (2016a) reportaram que 84.1% das crianças tinham experienciado pelo menos um evento de vitimação ao longo da vida.

No contexto norte-americano, os estudos que avaliaram a vitimação retrospectivamente com recurso ao Questionário de Vitimação Juvenil, Versão Screening Retrospectiva para Adultos (JVQ-R2) mostraram uma elevada prevalência de vitimação na infância. Charak e colegas (2016) revelaram que 94% dos participantes reportaram pelo menos uma forma de vitimação. Do mesmo modo, 84.1% dos participantes reportaram ter experienciado pelo menos um episódio de exposição a crimes convencionais, 78.9% reportaram ter experienciado vitimação perpetrada por pares ou irmãos, 68.5% reportaram pelo menos uma experiência de vitimação indireta, 64.2% reportaram ter experienciado mau-trato e 63.3% reportaram alguma forma de abuso sexual na infância. Especificamente, a forma de vitimação mais reportada pelos participantes foi a agressão sem arma (60.7%) e a forma menos reportada foi a exposição à guerra (12.4%).

Analisando individualmente os diferentes domínios, no domínio dos crimes convencionais, as formas de vitimação com maior prevalência foram a agressão sem arma (60.7%) e a ameaça de agressão (59.8%), e a forma de vitimação com menor prevalência foi o rapto (18.8%). No domínio do mau-trato, observou-se uma elevada prevalência do mau-trato físico (48.6%) e psicológico/emocional (48%), contraposto à menor prevalência da negligência (31.5%) e da interferência de custódia/rapto por familiar (23.1%). Na vitimação perpetrada por pares e irmãos, as formas de vitimação mais reportadas foram a agressão por par ou irmão (59.5%) e o *bullying* emocional (59.2%), e a forma de vitimação menos reportada foi a violência no namoro (23.7%). Ao nível do abuso sexual, o assédio sexual verbal (33.2%) destacou-se como a forma de vitimação mais reportada e o abuso sexual por um adulto desconhecido (19.1%) como a forma menos reportada. Por fim, no que diz respeito à vitimação indireta, a exposição a agressão sem arma (49.1%) foi a forma de vitimação com maior prevalência. Por sua vez, a exposição à guerra (12.4%) foi a forma de vitimação com menor prevalência (Charak et al., 2016).

Ainda no contexto norte-americano, Scrafford e colegas (2018) reportaram uma média de 7 formas de vitimação na infância. As formas de vitimação mais reportadas foram exposição a crimes convencionais (84.2%), seguido por vitimação perpetrada por pares e irmãos (79.6%), vitimação indireta (63.1%), mau-trato (53.1%) e, por último, abuso sexual (43.4%).

Especificamente, a forma de vitimação mais reportada pelos participantes foi a agressão por par ou irmão (54%) e a forma menos reportada foi a exposição à guerra (1%). Analisando individualmente os domínios, no domínio dos crimes convencionais destacou-se o assalto (49.4%) e a agressão sem arma (48.7%) como formas de vitimação com maior prevalência e o rapto (5.3%) como a forma de vitimação com menor prevalência. No domínio do mau-trato, observou-se uma elevada prevalência do mau-trato psicológico/emocional (39.1%) e físico (38.4%), contraposto à menor prevalência da negligência (17.2%) e da interferência de custódia/rapto por familiar (11.5%). Na vitimação perpetrada por pares e irmãos, as formas de vitimação mais reportadas foram a agressão por par ou irmão (54%) e o *bullying* emocional (50.8%), e a forma de vitimação menos reportada foi a violência no namoro (10%). No domínio do abuso sexual, o ato sexual consensual com maior de idade (18.3%) destacou-se como a forma de vitimação mais reportada e o abuso sexual por um adulto desconhecido (6.1%) como a forma menos reportada. Por fim, no domínio da vitimação indireta, a exposição a agressão sem arma (34.4%) foi a forma de vitimação com maior prevalência. O homicídio de familiar/amigo (6.4%), a exposição a tiroteios/terrorismo/motins (5.7%) e a exposição à guerra (1%) foram as formas de vitimação menos reportadas.

No estudo de Elliot e colegas (2009) aproximadamente 98% dos participantes reportaram pelo menos uma forma de vitimação, sendo que em média os participantes reportaram 8.7 formas de vitimação. As formas de vitimação mais reportadas foram vitimação perpetrada por pares ou irmãos (87.9%), seguido por agressão física (80.4%), crime contra a propriedade (79.4%), vitimação indireta (73.2%), abuso sexual (57%) e, por último, mau-trato (41.1%). Especificamente, as formas de vitimação mais reportadas foram agressão por par ou irmão (71.3%) e roubo pessoal (61.4%), as menos reportadas foram abuso sexual por adulto conhecido (2.5%) e exposição à guerra (0.6%). Quase metade (49.2%) da amostra reportou ter experienciado vitimação em cinco ou seis categorias. Nomeadamente, 24.6% reportaram vitimação em todas as seis categorias, 24.6% em cinco, 21.8% em quatro, 14% em três, 6.9% em duas e 5.3% em apenas uma categoria. Por sua vez, Hasselle e colegas (2017) revelaram que os participantes do estudo reportaram em média 8.39 ($DP = 6.39$) experiências de vitimação. As formas de vitimação mais reportadas foram vitimação perpetrada por pares e irmãos (82.3%), exposição a crimes convencionais (72.2%) e vitimação indireta (62.8%). As formas de vitimação menos reportadas foram abuso sexual (36.8%) e mau-trato (31.3%).

No contexto sul-americano, Pinto-Cortez e colegas (2021) reportaram que 98.7% dos participantes tinham experienciado pelo menos uma forma de vitimação. As formas de vitimação mais reportadas foram os crimes convencionais (93.9%), vitimação indireta (90.1%),

vitimação perpetrada por pares ou irmãos (87.9%), seguido por mau-trato (64.3%) e, por último, abuso sexual (47.4%). Especificamente, as formas de vitimação mais reportadas foram roubo pessoal (68.5%) e exposição a agressão sem arma (74.9%), enquanto que as menos reportadas foram rapto (6.6%) e exposição à guerra (3.9%).

No contexto europeu, Bogolyubova e colegas (2015) observaram elevados níveis de vitimação, sendo que a grande maioria dos participantes (99.03%) reportou pelo menos uma experiência de vitimação na infância. Por sua vez, 88.84% dos participantes reportaram exposição a crimes convencionais, 86.91% reportaram vitimação indireta, 85.26% reportaram vitimação perpetrada por pares ou irmãos, 52.34% reportaram mau-trato e 43.94% reportaram alguma forma de abuso sexual na infância. Especificamente, a forma de vitimação mais reportada foi agressão por par ou irmão (66.94%) e a menos reportada foi abuso sexual por um adulto conhecido (3.86%).

No domínio dos crimes convencionais, o roubo pessoal (56.19%) e o vandalismo (56.06%) destacaram-se como as formas de vitimação com maior prevalência, e o rapto (5.51%) como a forma de vitimação com menor prevalência. No domínio do mau-trato, observou-se uma elevada prevalência do mau-trato psicológico/emocional (35.54%) e físico (34.99%), contraposto à menor prevalência da negligência (4.82%) e da interferência de custódia/rapto por familiar (4%). Na vitimação perpetrada por pares e irmãos, as formas de vitimação mais reportadas foram a agressão por par ou irmão (66.94%) e o *bullying* emocional (49.99%), e a forma de vitimação menos reportada foi a violência no namoro (7.99%). No domínio do abuso sexual, o ato sexual consensual com maior de idade (22.32%) destacou-se como a forma de vitimação mais reportada e o abuso sexual por um adulto conhecido (3.86%) como a forma menos reportada. Por fim, no domínio da vitimação indireta, a exposição a agressão sem arma (63.91%) foi a forma de vitimação com maior prevalência, e a exposição à guerra (4.96%) a forma de vitimação com menor prevalência.

Em suma, de acordo com a literatura, as formas de vitimação na infância mais prevalentes são os crimes convencionais (varia entre 93.9% e 84.1%), seguido de vitimação perpetrada por pares ou irmãos (varia entre 87.9% e 78.9%), vitimação indireta (varia entre 90.1% e 62.8%), e por último abuso sexual (varia entre 63.3% e 36.8%) e mau-trato (varia entre 64.3% e 31.3%).

Bogolyubova e colegas (2015), Charak e colegas (2016) e Pinto-Cortez e colegas (2021) analisaram ainda a prevalência da polivitimação. Bogolyubova e colegas (2015) observaram que 24.66% dos participantes experienciaram baixa polivitimação (5-7 formas de vitimação), 45.45% experienciaram alta polivitimação (8-14 formas de vitimação) e 10.88% dos

participantes experienciaram extrema polivitimação (15 ou mais formas de vitimação). Charak e colegas (2016) observaram que 64.7% dos participantes reportaram ter experienciado polivitimação (4 ou mais formas de vitimação). Pinto-Cortez e colegas (2021) reportaram que 19.7% dos participantes tinham experienciado baixa polivitimação (5-7 formas de vitimação), 54.7% experienciaram alta polivitimação (8-17 formas de vitimação) e 14.7% dos participantes experienciaram extrema polivitimação (18 ou mais formas de vitimação). Por sua vez, alguns estudos realizados com jovens reportaram níveis de polivitimação consideravelmente mais baixos. Por exemplo, Finkelhor e colegas (2009a) e Aho e colegas (2016a) reportaram que 10.6% e 10.3% da sua amostra, respetivamente, tinham experienciado polivitimação. Resumidamente, a prevalência de polivitimação reportada pela literatura apresenta uma elevada amplitude, variando entre aproximadamente 10% e 89%. Esta amplitude é atribuída às diferenças dos métodos utilizados para conceptualizar e medir a polivitimação, bem como às características dos contextos culturais de cada país em questão (Pinto-Cortez et al., 2021).

No contexto português, não foram publicados estudos com recurso ao JVQ-R2. Todavia, numa dissertação de mestrado, Martins (2020) avaliou as experiências de vitimação na infância numa amostra de mães portuguesas com recurso a este instrumento. Martins (2020) verificou que a forma de vitimação mais experienciada foram os crimes convencionais, com 44% das participantes a reportarem agressão sem arma e 38% vandalismo. As formas menos experienciadas de crimes convencionais foram ataque preconceituoso (5%) e rapto (4%). No domínio do mau-trato, destacou-se o mau-trato físico por cuidador (35%) e o mau-trato emocional/psicológico (37%). As formas menos experienciadas foram negligência (8%) e interferência de custódia/rapto por familiar (5%). Na vitimação perpetrada por pares ou irmãos, destacou-se a agressão por par ou irmão (48%) e o *bullying* emocional (34%). Por sua vez, as formas menos experienciadas foram agressão por grupo ou gangue (9%) e agressão genital não sexual (7%). No domínio do abuso sexual, as formas de vitimação mais experienciadas foram assédio sexual verbal (16%) e abuso sexual por adulto conhecido (14%), e as menos experienciadas foram abuso sexual por par ou irmão (7%) e abuso sexual por adulto desconhecido (2%). Por último, na vitimação indireta, destacou-se a exposição a agressão sem arma (41%) e exposição a agressão com arma (29%) como as formas de vitimação com maior prevalência, e a exposição a tiroteios/terrorismo/motins (5%) e a exposição à guerra (2%) como as formas de vitimação com menor prevalência. Por fim, Almeida e colegas (2020) utilizaram o JVQ para avaliar experiências de vitimação em adolescentes, tendo reportado que 67% dos jovens tinham experienciado pelo menos uma forma de vitimação no último ano, e 28.4%

tinham experienciado polivitimação (16.4% experienciaram 4-6 formas de vitimação e 12% mais de 7 formas de vitimação).

1.3 Modelo Dual da Saúde Mental

Tradicionalmente, os modelos de saúde mental têm-se focado em indicadores negativos e unidimensionais, como a psicopatologia e problemas psicológicos (Antaramian et al., 2010), sendo a saúde mental vista apenas como a ausência de psicopatologia (Keyes, 2005). Contudo, a ausência de psicopatologia não corresponde necessariamente a uma saúde mental positiva (Antaramian et al., 2010). A OMS (WHO, 1948) definiu a saúde como um estado de bem-estar total, e não apenas a ausência de doença. Nos últimos 20 anos, a psicologia positiva tem dado ênfase a indicadores positivos de saúde mental, como a satisfação com a vida, sendo proposta uma conceptualização da saúde mental mais compreensiva, que inclua, para além de indicadores de psicopatologia, indicadores de bem-estar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Nesta perspetiva, o modelo dual da saúde mental integra medidas de psicopatologia e bem-estar num único modelo, considerando estas como duas dimensões coocorrentes que contribuem para o funcionamento mental (Eklund et al., 2010; Magalhães & Calheiros, 2017). Deste modo, a psicopatologia e o bem-estar não são vistos como pólos opostos de um *continuum*, mas são considerados duas dimensões distintas, embora correlacionadas (Eklund et al., 2010; Keyes, 2005). O modelo dual da saúde mental enfatiza tanto o papel do bem-estar na saúde mental como o da psicopatologia, retratando ambas estas dimensões como indispensáveis para uma avaliação compreensiva da saúde mental (Wang et al., 2011). Este modelo difere, assim, das abordagens tradicionais de saúde mental, pois, na ausência de psicopatologia, não assume necessariamente níveis elevados de bem-estar (McMahan, 2012).

Greenspoon e Saklofske (2001) foram os primeiros investigadores a explorar a validade e a utilidade de um modelo dual da saúde mental. As crianças que participaram neste estudo foram classificadas em cada dimensão como tendo níveis altos ou baixos, o que resultou na identificação de quatro grupos distintos de saúde mental: *Well-adjusted* (alto bem-estar/baixa psicopatologia); *Externally maladjusted* (alto bem-estar/alta psicopatologia); *Dissatisfied* (baixo bem-estar/baixa psicopatologia); *Distressed* (baixo bem-estar/alta psicopatologia). Os resultados demonstraram que o modelo dual proporciona uma melhor compreensão do funcionamento das crianças do que os modelos tradicionais unidimensionais, permitindo identificar dois grupos adicionais que tendem a ser negligenciados no modelo tradicional de saúde mental: *Dissatisfied* (crianças sem sintomas de psicopatologia, mas com uma saúde

mental positiva baixa); e *Externally maladjusted* (crianças com sintomas de psicopatologia, mas com uma saúde mental positiva alta). Com efeito, quando se analisa a saúde mental a partir de uma perspectiva tradicional de saúde, as crianças dos grupos *Well-adjusted* e *Dissatisfied* tendem a ser indistinguíveis, assim como as crianças dos grupos *Distressed* e *Externally maladjusted*.

Adicionalmente, Greenspoon e Saklofske (2001) avaliaram diferenças entre os grupos relativamente a várias variáveis relacionadas com o bem-estar e a psicopatologia (e.g., autoconceito, personalidade, relações interpessoais). Os resultados indicaram diferenças significativas entre os quatro grupos, sendo que o grupo *Distressed* apresentou, em geral, as pontuações mais baixas nas variáveis estudadas. Os resultados ilustraram também a utilidade de examinar o bem-estar: as crianças com alto bem-estar e baixa psicopatologia (grupo *Well-adjusted*) relataram melhores relações interpessoais e maior confiança na sua competência escolar do que as crianças com níveis semelhantes de psicopatologia, mas com baixo bem-estar (grupo *Dissatisfied*); e as crianças com altos níveis de psicopatologia e alto bem-estar (grupo *Externally maladjusted*) reportaram maiores níveis de sociabilidade e maior confiança nas suas competências escolares do que crianças com níveis igualmente altos de psicopatologia, mas com baixo bem-estar (grupo *Distressed*).

Por sua vez, Suldo e Shaffer (2008) exploraram a existência e validade do modelo dual em adolescentes. Semelhante a Greenspoon e Saklofske (2001), identificaram quatro grupos de saúde mental que denominaram: *Complete Mental Health* (alto bem-estar/baixa psicopatologia); *Symptomatic but Content* (alto bem-estar/alta psicopatologia); *Vulnerable* (baixo bem-estar/baixa psicopatologia); *Troubled* (baixo bem-estar/alta psicopatologia). É importante realçar que vários outros autores fizeram propostas semelhantes (e.g., Antaramian et al., 2010; Kelly et al., 2012; Magalhães & Calheiros, 2017). Os resultados mostraram que os quatro grupos apresentavam diferenças significativas ao nível do desempenho académico, da saúde física e do funcionamento social. Os adolescentes do grupo *Complete Mental Health* apresentaram melhores resultados do que os adolescentes do grupo *Vulnerable* em diversas variáveis, e entre os adolescentes com níveis altos de psicopatologia, os que tinham níveis altos de bem-estar (grupo *Symptomatic but Content*) percecionaram melhor saúde física e funcionamento social. Antaramian e colegas (2010) usaram o modelo dual para avaliar a saúde mental de adolescentes e investigar, nos quatro grupos de saúde mental, diferenças no desempenho académico dos estudantes. Observaram que, para um melhor desempenho escolar, era necessário tanto a presença de bem-estar como a ausência de sintomas de psicopatologia. Os resultados destes três estudos realçam, assim, a importância de explorar o bem-estar enquanto indicador de funcionamento adaptativo dos jovens, bem como a importância de

incorporar indicadores de bem-estar para uma compreensão mais completa das relações entre a saúde mental dos jovens e o desempenho escolar.

Vários outros estudos têm sustentado a existência do modelo dual na adolescência (Suldo et al., 2016; Magalhães & Calheiros, 2017), e na idade adulta (Eklund et al., 2010; Westerhof & Keyes, 2010), bem como o valor adicional de incluir o bem-estar na avaliação da saúde mental. Lyons e colegas (2012) focaram a sua investigação no estudo dos determinantes das diferenças entre grupos de saúde mental. Os autores examinaram o contributo de três variáveis (personalidade, suporte social e eventos de vida *stressantes*) na classificação dos quatro grupos. Observaram que os grupos *Vulnerable* e *Troubled* reportaram significativamente menos suporte social parental do que o grupo *Positive Mental Health*, ainda que outras formas de suporte social não tenham discriminado significativamente estes grupos.

O estudo de Magalhães e Calheiros (2017) também revelou diferenças nos grupos de saúde mental ao nível do suporte social. O grupo *Complete Mental Health* apresentou pontuações significativamente mais elevadas do que o grupo *Troubled* e o grupo *Vulnerable* em todas as dimensões avaliadas (e.g., satisfação com o suporte social, disponibilidade do suporte social). O grupo *Symptomatic but Content* apresentou pontuações significativamente mais elevadas do que o grupo *Troubled* em todas as dimensões, e apresentou pontuações mais elevadas no suporte avaliativo e suporte de estima por parte dos educadores do que o grupo *Vulnerable*. Por sua vez, o grupo *Vulnerable* apresentou pontuações significativamente mais elevadas no suporte relacional por parte dos assistentes sociais do que o grupo *Troubled*.

Lyons e colegas (2012) observaram ainda que algumas características da personalidade como a extroversão e o neuroticismo diferenciavam significativamente os grupos *Symptomatic but Content* e *Troubled* do grupo *Positive Mental Health*. Especificamente, os grupos que apresentam psicopatologia elevada tendem a revelar níveis mais elevados de extroversão e neuroticismo do que os participantes do *Positive Mental Health* (Lyons et al., 2012). Por último, o grupo *Troubled* reportou significativamente mais eventos de vida *stressantes* do que o grupo *Positive Mental Health* (Lyons et al., 2012).

Mais recentemente, Grych e colegas (2020) recorreram ao modelo dual da saúde mental para identificar fatores de proteção que diferenciem adolescentes com diferentes perfis de saúde mental. Os resultados demonstraram que as diferenças mais consistentes foram encontradas entre os grupos que diferiam no bem-estar. Especificamente, no que toca às forças individuais, o grupo *Positive Mental Health* e *Symptomatic but Content* não diferiram nas pontuações de consciência emocional, resistência, propósito e generatividade, mas ambos apresentaram

pontuações mais elevadas do que o grupo *Troubled* e *Vulnerable*, que não diferiram um do outro. O grupo *Positive Mental Health* relatou os níveis mais elevados de regulação emocional, seguido do grupo *Vulnerable*. O grupo *Troubled* e o grupo *Symptomatic but Content* não diferiram um do outro. Por último, o grupo *Positive Mental Health* e o grupo *Vulnerable* não diferiram no otimismo, mas ambos apresentaram pontuações mais elevadas do que os grupos *Troubled* e *Symptomatic but Content*, que não diferiram um do outro.

Relativamente aos recursos externos, os grupos com elevados níveis de bem-estar (*Positive Mental Health* e *Symptomatic but Content*) reportaram consistentemente níveis semelhantes de recursos ambientais, reportando níveis significativamente mais elevados do que os grupos com baixos níveis de bem-estar (*Troubled* e *Vulnerable*). Os grupos *Troubled* e *Vulnerable* apenas diferiram no suporte familiar, com o grupo *Vulnerable* a reportar níveis mais elevados do que o grupo *Troubled*. Adicionalmente, Grych e colegas (2020) examinaram se os grupos de saúde mental diferiam nas suas experiências de vitimação. O estudo relatou diferenças significativas nos grupos. Comparações *post hoc* indicaram que os jovens do grupo *Troubled* reportaram significativamente mais experiências de vitimação do que qualquer outro grupo. Os jovens dos grupos *Vulnerable* e *Positive Mental Health* não diferiram entre si, contudo reportaram significativamente menos experiências de vitimação que os grupos *Symptomatic but Content* e *Troubled* (Grych et al., 2020).

1.4 Vitimação/Polivitimação na Infância e Adolescência e Saúde Mental na Idade Adulta

A acumulação de experiências de vitimação na infância e adolescência tem um impacto negativo no desenvolvimento das crianças e jovens (Finkelhor et al., 2009a), estando associada a problemas comportamentais (Widom & White, 1997) e a problemas de saúde mental e física (Chan, 2013; Wegman & Stetler, 2009). Uma revisão sistemática de estudos (Haahr-Pedersen et al., 2020), focada na associação entre a polivitimação (medida pelo JVQ) e psicopatologia na infância/adolescência concluiu que 21 (de 22) estudos identificaram uma associação positiva significativa entre a polivitimação e vários indicadores de psicopatologia, entre eles depressão, ansiedade, raiva/agressão (Babchishin & Romano, 2014; Finkelhor et al., 2007), Perturbação de *Stress* Pós-traumático (Chan, 2013; Hickman et al., 2013), sintomas emocionais, problemas de conduta e nas relações de pares, hiperatividade (Lätsch et al., 2017), suicídio (Suárez-Soto

et al., 2018), dissociação (Jackson-Hollis et al., 2017) e comportamentos delinquentes (Turner et al., 2016).

Estudos retrospectivos realizados com adultos têm demonstrado que o impacto negativo da vitimação na saúde mental persiste para além da infância e adolescência (Afifi et al., 2014; Källström et al., 2020). Mitchell e colegas (2020) observaram que a vitimação durante as primeiras etapas de desenvolvimento (até aos 5 anos) era a que estava mais fortemente associada a um bem-estar reduzido na idade adulta. Estes resultados são consistentes com a literatura que sugere que quanto mais cedo a vitimação ocorre, mais persistentes serão os efeitos negativos e mais difícil será a concretização de uma trajetória desenvolvimental adaptativa (Keiley et al., 2001; Masten & Cicchetti, 2010).

A maior parte da literatura tem estudado o impacto da vitimação e da polivitimação na idade adulta ao nível da psicopatologia. Estudos têm demonstrado uma relação positiva significativa entre a vitimação experienciada na infância e problemas de saúde mental em adultos (Afifi et al., 2014; Edwards et al., 2003; Källström et al., 2020). Com efeito, a vitimação e a polivitimação na infância têm sido associadas a diferentes problemas de saúde mental na idade adulta, entre eles depressão (Cater et al., 2014; Humphreys et al., 2020; Norman et al., 2012), ansiedade (Afifi et al., 2014; Cater et al., 2014; Nguyen et al., 2019; Scrafford et al., 2018), Perturbação de *Stress* Pós-traumático (Afifi et al., 2014; Cater et al., 2014; Scrafford et al., 2018), sintomas de trauma (Updegrove & Muftic, 2018), ideação suicida (Afifi et al., 2014; Kennedy et al., 2021; Nguyen et al., 2019), comportamentos suicidas (Afifi et al., 2014; Charak et al., 2016; Norman et al., 2012), psicose, dissociação (Kennedy et al., 2021), perturbações alimentares (Hasselle et al., 2017) e *distress* psicológico (Richmond et al., 2009). Todavia, vários estudos têm demonstrado que a polivitimação está associada a um maior risco de problemas de saúde mental e a uma maior severidade de sintomatologia (e.g., Afifi et al., 2014; Cater et al. 2014) do que a exposição a apenas uma forma de vitimação. Adicionalmente, adultos que experienciaram vitimação ou polivitimação na infância demonstram, também, um elevado risco de problemas relacionados com o comportamento criminal (Cater et al., 2014), abuso de substâncias (Afifi et al., 2014; Norman et al., 2012; Shin et al., 2018), alcoolismo, uso de tabaco, obesidade (Felitti et al., 1998; Shin et al., 2018), comportamentos autolesivos (Cater et al., 2014) e um elevado risco de re-vitimação (Aakvaag et al., 2017; Pereda & Gallardo-Pujol, 2014).

Embora menos frequente, alguns autores têm estudado o impacto da vitimação na saúde mental do adulto, ao nível da qualidade de vida e bem-estar. De acordo com Rikhye e colegas

(2008), a vitimação na infância está fortemente associada a uma pior qualidade de vida na idade adulta, contudo a severidade de sintomas depressivos e a qualidade dos cuidados parentais demonstraram ser melhores preditores. Por sua vez, Herrenkohl e colegas (2012) observaram que crianças vitimadas apresentam, na idade adulta, níveis mais baixos em vários indicadores de bem-estar psicológico, entre eles a auto-estima, a autonomia, a felicidade e a satisfação. A vitimação na infância demonstrou, assim, estar moderadamente correlacionada com vários indicadores de bem-estar psicológico, sendo preditora de níveis mais reduzidos de auto-estima, autonomia, felicidade e satisfação na idade adulta. Barile e colegas (2015) observaram, ainda, que maior vitimação na infância, nomeadamente a experiência de múltiplas formas de vitimação (i.e., polivitimação), estava associada a uma pior qualidade de vida, mental e física, na idade adulta.

Com efeito, o foco tradicional da literatura na psicopatologia tem levado a que fatores positivos, como a qualidade de vida e o bem-estar, tenham sido pouco explorados. Além disso, menos literatura tem explorado conjuntamente estas duas dimensões da saúde mental (psicopatologia e bem-estar). Recentemente, Mitchell e colegas (2020) analisaram o impacto da polivitimação na saúde mental dos adultos, não só ao nível da psicopatologia (sintomas de trauma), mas também ao nível da qualidade de vida e bem-estar subjetivo. Os resultados do estudo mostraram que quanto mais persistente é a vitimação e quanto mais diversificada (polivitimação), pior é o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida dos adultos, e mais elevados são os sintomas de trauma.

1.5 Diferenças de Sexo ao Nível das Experiências de Vitimação e Saúde Mental

Embora não pareça haver diferenças de sexo na prevalência geral de problemas de saúde mental, a literatura tem indicado que os homens e as mulheres experienciam diferentes tipos de problemas de saúde mental (Rosenfield & Mouzon, 2013). Enquanto a prevalência de perturbações de internalização, como a depressão e a ansiedade, é muito superior nas mulheres, a prevalência de perturbações de externalização, como o abuso de substâncias e comportamento antissocial, é muito superior nos homens (Kessler, 1994; Rosenfield & Mouzon, 2013; Seedat et al., 2009). Pereda e colegas (2007) observaram que as participantes do sexo feminino apresentavam pontuações significativamente mais elevadas do que os participantes do sexo masculino nas dimensões somatização, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade e

ansiedade fóbica do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Por sua vez, num estudo israelita, Gilbar e Ben-Zur (2002) não verificaram diferenças significativas em função do sexo, todavia, as mulheres, tenderam a relatar níveis mais elevados de todos os sintomas do que os homens, exceto nas dimensões hostilidade e ideação paranóide do BSI.

Relativamente à qualidade de vida, Zhang e colegas (2012) observaram que os participantes do sexo masculino apresentavam pontuações significativamente mais elevadas do que as participantes do sexo feminino nos domínios físico e psicológico do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, Versão Abreviada (WHOQOL-Bref). Por sua vez, as participantes do sexo feminino apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os participantes do sexo masculino na dimensão das relações sociais. Num estudo espanhol, Lucas-Carrasco e colegas (2011) verificaram que os participantes do sexo masculino reportavam pontuações ligeiramente mais elevadas do que as participantes do sexo feminino, em todos os domínios do WHOQOL-Bref, exceto o domínio das relações sociais, contudo as diferenças não foram estatisticamente significativas. Skevington e colegas (2004) recolheram dados de 23 países e verificaram que as mulheres apresentavam pontuações significativamente mais elevadas no domínio das relações sociais e mais baixas no domínio psicológico do que os homens.

A literatura sobre a vitimação na infância/adolescência tem também revelado diferenças de sexo na prevalência da vitimação. Num estudo sueco, realizado com adolescentes, Aho e colegas (2016b) observaram que as participantes do sexo feminino reportavam significativamente mais experiências de vitimação que os participantes do sexo masculino ($M = 4.45$, $DP = 4.22$ e $M = 3.81$, $DP = 3.84$, respetivamente). Idêntico ao estudo de Aho e colegas (2016b), Pinto-Cortez e colegas (2020) observaram numa amostra de adolescentes chilenos que as participantes do sexo feminino reportavam significativamente mais experiências de vitimação que os participantes do sexo masculino ($M = 7.5$, $DP = 5.29$ e $M = 6.59$, $DP = 4.75$, respetivamente). Adicionalmente, vários estudos têm revelado diferenças de sexo na prevalência das várias formas de vitimação. Embora os estudos relatem consistentemente que as mulheres experienciam mais abuso sexual que os homens (e.g., Finkelhor et al., 2005b), as diferenças de sexo são menos claras e consistentes relativamente ao mau-trato físico e verbal, à negligência, à vitimação indireta e aos crimes convencionais. Todavia, estudos têm reportado que as mulheres experienciam significativamente mais abuso verbal, abuso sexual e negligência, enquanto os homens experienciam mais exposição a agressões físicas, crimes contra a propriedade e violência indireta (e.g. Bogolyubova et al., 2015; Cater et al., 2014).

1.6 Problemas de Investigação, Objetivos e Hipóteses

A investigação sobre o papel da vitimação, e da polivitimação em particular, na saúde mental na idade adulta, tem explorado fundamentalmente os resultados em termos de psicopatologia, a partir dos modelos tradicionais da saúde mental (Le et al., 2018; Springer et al., 2003). No entanto, o modelo dual da saúde mental integra medidas de psicopatologia e bem-estar num único modelo, o que permite identificar quatro grupos de saúde mental (Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer, 2008). Alguns estudos têm explorado o contributo de diferentes variáveis preditoras (e.g., personalidade, suporte social, eventos de vida *stressantes*) na classificação destes quatro grupos (Lyons et al., 2012). Não obstante, o teste de um modelo dual no contexto da polivitimação mantém-se negligenciado na literatura neste domínio. Tanto quanto sabemos, apenas um outro estudo utilizou este modelo para explorar o impacto da polivitimação na saúde mental, mas com uma amostra de adolescentes (Grych et al., 2020). O presente estudo propõe explorar o contributo da polivitimação na infância/adolescência para as diferenças observadas entre os quatro grupos de saúde mental na idade adulta.

Este estudo pretende, assim, 1) descrever as experiências de vitimação/polivitimação em termos de prevalência numa amostra de adultos na comunidade; 2) avaliar não só o papel da polivitimação ao nível da psicopatologia ou do bem-estar dos adultos, mas explorar as diferenças entre os quatro grupos de saúde mental (i.e., modelo dual) ao nível das suas experiências de vitimação na infância e adolescência, controlando para o efeito do sexo. Tendo em conta a literatura existente, propomos as seguintes hipóteses: H1: O Grupo *Troubled* reporta mais experiências de vitimação do que os restantes grupos; H2: O Grupo *Complete Mental Health* reporta menos experiências de vitimação do que os restantes grupos.

CAPÍTULO 2

Método

2.1. Participantes

No presente estudo, aceitaram participar 368 sujeitos, todavia apenas 274 reportaram respostas consideradas válidas. Os participantes apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos ($M = 37.82$; $DP = 12.59$), sendo a maioria do sexo feminino (77.7%), e residentes no distrito de Lisboa (40.5%) ou Leiria (28.8%) (Quadro 2.1). Em termos de habilitações académicas e situação profissional, a maioria dos participantes tem habilitações ao nível do ensino superior (52.5%) e encontra-se empregado (63.5%). Aproximadamente metade dos participantes são solteiros (49.3%), e a maioria reportou estar numa relação de intimidade (68.6%) (47.8% com coabitação e 20.8% sem coabitação). Metade dos participantes neste estudo não tem filhos (50.7%), 15% tem 1 filho, 27% tem 2 filhos, 5.5% tem 3 filhos e .7% tem 4 filhos. Os participantes habitam em agregados compostos por 1 a 7 elementos ($M = 3.22$).

Quadro 2.1

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variável	% (n)
Sexo	
Feminino	77.7 (213)
Masculino	22.3 (61)
Distrito de Residência	
Aveiro	2.6 (7)
Braga	1.5 (4)
Coimbra	2.6 (7)
Faro	.4 (1)
Guarda	.4 (1)
Leiria	28.8 (79)
Lisboa	40.5 (111)
Porto	4 (11)
Santarém	12 (33)
Setúbal	5.8 (16)
Vila Real	.7 (2)
R.A. Madeira	.7 (2)
Estado Civil	
Solteiro/a	49.3 (135)
Casado/a	38.7 (106)
Divorciado/a	10.6 (29)
Viúvo/a	1.5 (4)
Situação Profissional	
Empregado	63.5 (174)
Desempregado	7.7 (21)
Reformado	3.3 (9)
Estudante	20.1 (55)
Outro	5.5 (15)
Último Grau Académico Concluído	
1º Ciclo Ensino Básico (4ºano)	.4 (1)
2º Ciclo Ensino Básico (6ºano)	1.8 (5)
3º Ciclo Ensino Básico (9ºano)	10.9 (30)
Secundário (12ºano)	31 (85)
1º Ciclo Ensino Superior/Licenciatura	38.3 (105)
2º Ciclo Ensino Superior/Mestrado	13.1 (36)
3º Ciclo Ensino Superior/Doutoramento	1.1 (3)
Outro	2.6 (7)
Envolvimento Amoroso/Relacional Atual	
Sem Relação de Intimidade	28.8 (79)
Numa Relação de Intimidade SEM Coabitação	20.8 (57)
Numa Relação de Intimidade COM Coabitação	47.8 (131)

Nota. Os N's totais variam ligeiramente e a soma das percentagens nem sempre equivale a 100% devido aos *Missing Values*.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário Sociodemográfico

No sentido de caracterizar os participantes foi aplicado um questionário centrado em questões relativas à idade, sexo, distrito de residência, escolaridade, situação profissional, estado civil, envolvimento amoroso atual, número de elementos do agregado familiar e número de filhos dos participantes.

2.2.2. Questionário de Vitimação Juvenil, Versão Screening Retrospectiva para Adultos

Este instrumento (JVQ-R2; Hamby et al., 2004) permite avaliar experiências de vitimação na infância e adolescência (desde o nascimento até aos 17 anos), em adultos, através do seu autorrelato retrospectivo. É constituído por 34 itens agrupados em 5 domínios: Crimes convencionais (9 itens) (e.g., “Quando era criança, alguém fez uso da força para lhe tirar algo (roubar) que transportava ou vestia?”); Mau-trato (4 itens) (e.g., “Sem incluir a palmada no rabo, quando era criança, algum adulto lhe bateu, pontapeou ou agrediu fisicamente de alguma forma?”); Vitimação perpetrada por pares e irmãos (6 itens) (e.g., “Por vezes, grupos de jovens ou gangs atacam pessoas. Quando era criança, algum destes grupos o/a atacou ou lhe bateu?”); Abuso Sexual (7 itens) (e.g., “Quando era criança, algum adulto que conhecia lhe tocou nas suas partes íntimas (órgãos genitais) quando não devia ou o/a obrigou a tocar nas suas? Ou algum adulto que conhecia o/a forçou a ter relações sexuais?”); e Vitimação Indireta (8 itens) (e.g., “Quando era criança, alguma vez viu algum dos seus pais ser batido pelo outro, ou por um namorado/a, por exemplo, levar bofetadas, pancada, ou ser espancado?”). Cada item avalia uma forma específica de vitimação e é respondido numa escala de resposta dicotómica, sim (1) ou não (0). A pontuação global de vitimação corresponde à soma do número total de respostas afirmativas. No presente estudo, os valores de consistência interna foram aceitáveis para a maioria das dimensões - Crimes Convencionais ($\alpha = .77$), Vitimação perpetrada por pares e irmãos ($\alpha = .64$), Abuso Sexual ($\alpha = .60$) e Vitimação Indireta ($\alpha = .60$) - mas sofrível para a dimensão de Mau-trato ($\alpha = .49$). A dimensão global com os 34 itens do JVQ-R2 apresentou um valor de consistência interna elevado ($\alpha = .87$) e por esse motivo no presente estudo apenas utilizaremos a dimensão global.

2.2.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O BSI (Derogatis, 1982, versão portuguesa de Canavarro, 1999) é um instrumento de autorrelato constituído por 53 itens, respondidos numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos, de Nunca (0) a MUITÍSSIMAS vezes (4). Os itens avaliam sintomas psicopatológicos ocorridos na última semana, organizados em torno de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP), e Total de Sintomas Positivos (TSP)). As nove dimensões avaliadas são: Somatização (7 itens) (e.g., “Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: Desmaios ou tonturas.”); Obsessões-Compulsões (6 itens) (e.g., “Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.”); Sensibilidade Interpessoal (4 itens) (e.g., “Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.”); Depressão (6 itens) (e.g., “Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: Pensamentos de acabar com a vida.”); Ansiedade (6 itens) (e.g., “Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: Nervosismo ou tensão interior.”); Hostilidade (5 itens) (e.g., “Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.”); Ansiedade Fóbica (5 itens) (e.g., “Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: Medo na rua ou praças públicas.”); Ideação Paranóide (5 itens) (e.g., “Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.”); e Psicoticismo (5 itens) (e.g., “Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.”). Existem 4 itens que não pertencem univocamente a nenhuma das dimensões, sendo apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais. No estudo de Canavarro (2007), os nove domínios evidenciaram valores de consistência interna satisfatórios, com valores de *Alfa de Cronbach* entre .62 e .80 (domínios Psicoticismo e Ansiedade Fóbica e domínio Somatização, respetivamente). No presente estudo, as nove dimensões apresentaram valores de consistência interna satisfatórios/elevados - Somatização ($\alpha = .85$), Obsessões-Compulsões ($\alpha = .82$), Sensibilidade Interpessoal ($\alpha = .82$), Depressão ($\alpha = .88$), Ansiedade ($\alpha = .84$), Hostilidade ($\alpha = .78$), Ansiedade fóbica ($\alpha = .78$), Ideação Paranóide ($\alpha = .80$) e Psicoticismo ($\alpha = .72$).

2.2.4. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, Versão Abreviada

O presente instrumento de autorrelato (WHOQOL-Bref; WHOQOL Group, 1998, versão portuguesa de Canavarro et al., 2006) permite a avaliação subjetiva da qualidade de vida dos participantes, considerando as últimas duas semanas, tendo sido desenvolvido como versão abreviada do WHOQOL-100. Este instrumento é constituído por 26 itens respondidos em escalas de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos (i.e., intensidade, capacidade, frequência e avaliação das facetas da qualidade de vida). A Qualidade de Vida Geral é avaliada por 2 itens (e.g., “Como avalia a sua qualidade de vida?”). Os restantes 24 itens representam as 24 facetas específicas que constituem o instrumento original, estando organizados em 4 domínios: físico (7 itens) (e.g., “Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?”), psicológico (6 itens) (e.g., “Em que medida sente que a sua vida tem sentido?”), relações sociais (3 itens) (e.g., “Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?”) e meio ambiente (8 itens) (e.g., “Em que medida é saudável o seu ambiente físico?”). As propriedades psicométricas do instrumento apresentadas no estudo de Vaz Serra e colegas (2006), sugerem que o conjunto dos domínios e os 26 itens que compõem o instrumento apresentaram *Alfas de Cronbach* adequados/elevados ($\alpha = .79$ e $\alpha = .92$, respetivamente). Por sua vez, os quatro domínios, analisados individualmente, apresentaram valores aceitáveis/elevados - físico ($\alpha = .87$), psicológico ($\alpha = .84$), relações sociais ($\alpha = .64$), e meio ambiente ($\alpha = .78$). No presente estudo, os quatro domínios apresentaram valores de consistência interna aceitáveis - físico ($\alpha = .76$), psicológico ($\alpha = .83$), relações sociais ($\alpha = .69$) e meio ambiente ($\alpha = .79$). O conjunto dos 4 domínios e os 26 itens que compõem o instrumento apresentaram *Alfas de Cronbach* elevados ($\alpha = .89$ e $\alpha = .90$, respetivamente).

2.3. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados

O presente estudo integra um projeto de investigação mais alargado (*Experiências de vitimação: da infância/adolescência à idade adulta*), tendo este projeto obtido parecer favorável da Comissão de Ética do ISCTE-IUL (Ref. 08/2019). A recolha de dados foi realizada online através do *Qualtrics Survey Software* e a disseminação realizada através das redes sociais. O consentimento informado foi obtido imediatamente antes do preenchimento dos instrumentos, tendo sido disponibilizada informação sobre os objetivos do estudo e condições de participação, nomeadamente a duração da participação e riscos associados a esta. Foi ainda

salientado o carácter voluntário, anónimo e confidencial da participação no estudo. Os critérios para a participação no estudo foram ter idade igual ou superior a 18 anos e compreender português.

A análise de dados foi realizada com recurso ao software *IBM SPSS Statistics 26*. Os sujeitos foram classificados ao nível da saúde mental com base nas tipologias anteriormente descritas na literatura (Magalhães & Calheiros, 2017; Suldo & Shaffer, 2008), especificamente considerando os seguintes quatro grupos: *Complete Mental Health* (médio/elevado bem-estar e reduzida psicopatologia); *Symptomatic but Content* (médio/elevado bem-estar e elevada psicopatologia); *Vulnerable* (reduzido bem-estar e reduzida psicopatologia) e *Troubled* (reduzido bem-estar e elevada psicopatologia).

Para classificar os participantes nestes quatro grupos foram consideradas as suas pontuações no BSI e no WHOQOL-Bref. Relativamente ao BSI, foi considerado o ponto de corte de 1.7 no Índice de Sintomas Positivos (ISP), definido por Canavarro (2007) para categorizar os participantes em dois grupos: indivíduos com perturbação emocional ($ISP \geq 1.7$) vs. indivíduos sem perturbação (população geral) ($ISP < 1.7$). No presente estudo, foram classificados 94 participantes no grupo com perturbação emocional/elevada psicopatologia (34.3%) e 180 sem perturbação emocional/reduzida psicopatologia (65.7%). Relativamente ao WHOQOL-Bref, com base no estudo de Al-Fayez e Ohaeri (2011), foi definido como ponto de corte, para cada dimensão, a média da população geral (cf. Vaz Serra et al., 2006) menos um desvio padrão. Os participantes com pontuações abaixo do ponto de corte em três ou mais dos cinco indicadores (i.e., indicador de qualidade de vida geral + 4 domínios) foram classificados no grupo “Reduzido bem-estar” (19.3% (n=53)). Os participantes com pontuações acima do ponto de corte em três ou mais dos cinco indicadores foram classificados como tendo “Médio/elevado bem-estar” (80.7% (n=221)).

Foram realizadas análises descritivas no que diz respeito às experiências de vitimação reportadas e de correlação para todas as variáveis em estudo. Atendendo a que a literatura reporta diferenças de sexo ao nível da saúde mental (e.g., Pereda et al., 2007; Seedat et al., 2009; Zhang et al., 2012) e das experiências de vitimação (e.g., Aho et al., 2016b; Bogolyubova et al., 2015; Cater et al., 2014), o sexo dos participantes foi também considerado nas análises. Primeiramente, foram analisadas as diferenças de médias entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino com recurso a testes t para amostras independentes.

Foram ainda analisadas as diferenças de médias entre os participantes polivítimas (5 ou mais formas de vitimação) e os não polivítimas (menos de 5 formas de vitimação) com recurso a testes t para amostras independentes. Para a operacionalização da polivitimização foi utilizada

a abordagem metodológica proposta por Finkelhor e colegas (2005a) para esta versão do JVQ. Finkelhor e colegas (2005a) definem a polivitimação como a experiência de 5 ou mais formas de vitimação, distinguindo ainda entre baixa e elevada polivitimação (5-7 formas de vitimação e acima de 8 formas, respetivamente).

Por último, para testar a associação entre a vitimação e os grupos de saúde mental foi utilizada a análise de covariância (ANCOVA), controlando para o efeito do sexo. Foram realizadas comparações *post hoc* com recurso ao teste Bonferroni de forma a determinar entre que grupos de saúde mental foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao nível da vitimação.

Resultados

3.1. Prevalência das Diferentes Formas de Vitimação

No presente estudo, a forma de vitimação mais reportada pelos participantes foi a agressão sem arma (48.9%) e a forma menos reportada foi a exposição à guerra (2.2%) (Quadro 3.1). Analisando individualmente os domínios, destaca-se, no domínio dos crimes convencionais, a agressão sem arma (48.9%) e a ameaça de agressão (41.2%) como formas de vitimação com maior prevalência, e o rapto (3.3%) como a forma de vitimação com menor prevalência. No domínio do mau-trato, observa-se uma elevada prevalência do mau-trato psicológico/emocional (40.5%) e físico (29.6%), contraposto à menor prevalência da negligência (5.5%) e da interferência de custódia/rapto por familiar (6.6%). Na vitimação perpetrada por pares e irmãos, as formas de vitimação mais reportadas foram a agressão por par ou irmão (42.3%) e o *bullying* emocional (42%), e a forma de vitimação menos reportada foi a violência no namoro (5.1%). No domínio do abuso sexual, o assédio sexual verbal (20.8%) destaca-se como a forma de vitimação mais reportada e o abuso sexual por um adulto desconhecido (2.9%) como a forma menos reportada. Por fim, no domínio da vitimação indireta, destaca-se a exposição a agressão sem arma (41.6) como a forma de vitimação com maior prevalência. Por sua vez, destacam-se, neste domínio, o homicídio de familiar/amigo (3.6%), a exposição a tiroteios/terrorismo/motins (4.4%) e a exposição à guerra (2.2%) como as formas de vitimação menos reportadas.

Quadro 3.1

Prevalência das diferentes experiências de vitimação na infância e adolescência

Item	% (n)
Crimes Convencionais	
1. Assalto	25.9 (71)
2. Roubo pessoal	32.1 (88)
3. Vandalismo	30.3 (83)
4. Agressão com arma	18.6 (51)
5. Agressão sem arma	48.9 (134)
6. Tentativa de agressão	28.8 (79)
7. Ameaça de agressão	41.2 (113)
8. Rapto	3.3 (9)
9. Ataque preconceituoso	7.3 (20)
Mau-trato	
10. Mau-trato físico por cuidador	29.6 (81)
11. Mau-trato psicológico/emocional	40.5 (111)
12. Negligência	5.5 (15)
13. Interferência de custódia/Rapto por familiar	6.6 (18)
Vitimação perpetrada por pares e irmãos	
14. Agressão por grupo ou gangue	11.3 (31)
15. Agressão por par ou irmão	42.3 (116)
16. Agressão genital não sexual	12 (33)
17. <i>Bullying</i>	23.4 (64)
18. <i>Bullying</i> emocional	42 (115)
19. Violência no namoro	5.1 (14)
Abuso Sexual	
20. Abuso sexual por adulto conhecido	8.8 (24)
21. Abuso sexual por adulto desconhecido	2.9 (8)
22. Abuso sexual por par/irmão	6.9 (19)
23. Violação (incluindo tentativas)	5.1 (14)
24. Exposição Sexual/Exibicionismo	7.3 (20)
25. Assédio sexual verbal	20.8 (57)
26. Ato sexual consensual com maior de idade	10.9 (30)
Vitimação Indireta	
27. Exposição à violência interparental	16.1 (44)
28. Exposição à violência contra um irmão	16.1 (44)
29. Exposição a agressão com arma	24.1 (66)
30. Exposição a agressão sem arma	41.6 (114)
31. Roubo do agregado familiar	18.6 (51)
32. Homicídio de familiar/amigo	3.6 (10)
33. Exposição a tiroteios/terrorismo/motins	4.4 (12)
34. Exposição à guerra	2.2 (6)

Nota. Os N's totais variam ligeiramente e a soma das percentagens nem sempre equivale a 100% devido aos *Missing Values*.

3.2. Prevalência das Experiências de Polivitimação

No presente estudo, a maioria dos participantes (89.8%) reportou ter experienciado pelo menos uma forma de vitimação na infância ou adolescência. Como se pode observar no Quadro 3.2, 56.6% dos participantes foram classificados como polivítimas (21.5% baixa polivitimação e 35% alta polivitimação) e 33.2% dos participantes como vítimas (1-4 formas de vitimação). Por último, apenas 10.2% dos participantes reportaram não ter experienciado qualquer forma de vitimação (não vítimas).

Quadro 3.2

Prevalência das experiências de polivitimação

Tipo de Vítima	% (n)
Não Vítima (0 formas de vitimação)	10.2 (28)
Vítima (1-4 formas de vitimação)	33.2 (91)
Polivítima (5 ou + formas de vitimação)	56.6 (155)
Baixa Polivitimação (5-7 formas de vitimação)	21.5 (59)
Alta Polivitimação (8 ou +formas de vitimação)	35 (96)

3.3. Associação entre as Variáveis em Estudo

No Quadro 3.3 são apresentadas as medidas descritivas das variáveis em estudo (médias e desvio padrão), bem como as suas correlações. Como podemos observar, a vitimação na infância e adolescência está associada significativa e negativamente a todos os indicadores de qualidade de vida, com exceção do domínio do meio ambiente, e positivamente a todos os indicadores de psicopatologia, com exceção das dimensões obsessões-compulsões e ansiedade fóbica e do ISP.

Os indicadores de qualidade de vida apresentam todos uma associação significativa e positiva entre si. Por sua vez, as nove dimensões de sintomatologia psicopatológica e os três índices globais apresentam todos eles uma associação significativa e positiva entre si.

Por fim, os indicadores de qualidade de vida apresentam uma associação significativa e negativa com todas as dimensões de sintomatologia, bem como com os três índices globais.

Quadro 3.3

Medidas descritivas e correlações entre as variáveis em estudo

	1.JVQ-R2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Média	6.44	69.53	71.89	65.99	65.96	67.33	.63	1.26	1	1.13	.92	.97	.46	1.13	.75	.93	28.61	1.60
Desvio Padrão	5.30	16.29	14.39	16.45	19.82	13.59	.64	.74	.81	.86	.68	.66	.61	.80	.66	0.60	13.25	0.44
2. DG	-.12*	-																
3. D1	-.13*	.55**	-															
4. D2	-.14*	.47**	.55**	-														
5. D3	-.16**	.29**	.29**	.56**	-													
6. D4	-.12	.56**	.58**	.51**	.35**	-												
7. SOM	.13*	-.39**	-.56**	-.42**	-.15*	-.48**	-											
8. OC	.11	-.27**	-.50**	-.61**	-.31**	-.36**	.56**	-										
9. SI	.19**	-.30**	-.42**	-.69**	-.45**	-.42**	.46**	.71**	-									
10. DEP	.19**	-.39**	-.51**	-.75**	-.46**	-.43**	.56**	.72**	.84**	-								
11. ANS	.13*	-.29**	-.49**	-.60**	-.29**	-.41**	.67**	.75**	.75**	.77**	-							
12. HOS	.19**	-.14*	-.36**	-.53**	-.22**	-.27**	.46**	.67**	.64**	.67**	.69**	-						
13. AF	.06	-.13*	-.34**	-.35**	-.16**	-.32**	.57**	.56**	.54**	.52**	.65**	.44**	-					
14. IP	.13*	-.27**	-.43**	-.51**	-.31**	-.45**	.56**	.62**	.71**	.69**	.68**	.59**	.57**	-				
15. PSI	.18**	-.26**	-.48**	-.65**	-.38**	-.42**	.56**	.72**	.79**	.82**	.75**	.66**	.54**	.69**	-			
16.IGS	.18**	-.35**	-.57**	-.69**	-.37**	-.50**	.74**	.85**	.86**	.90**	.91**	.77**	.71**	.82**	.88**	-		

	1.JVQ-R2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
17.TSP	.19**	-.30**	-.53**	-.54**	-.24**	-.50**	.70**	.75**	.76**	.75**	.81**	.72**	.64**	.77**	.78**	.90**	-	
18.ISP	.12	-.32**	-.45**	-.67**	-.44**	-.31**	.52**	.72**	.71**	.80**	.70**	.61**	.50**	.64**	.71**	.82**	.54**	-

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$. JVQ-R2= pontuação global de vitimação; DG= Domínio geral de qualidade de vida; D1= Domínio físico; D2= Domínio psicológico; D3= Domínio relações sociais; D4= Domínio meio ambiente; SOM= Somatização; OC= Obsessões-Compulsões; SI= Sensibilidade interpessoal; DEP= Depressão; ANS= Ansiedade; HOS= Hostilidade; AF= Ansiedade fóbica; IP= Ideação Paranoide; PSI= Psicoticismo; IGS= Índice Geral de Sintomas; TSP= Total de Sintomas Positivos; ISP= Índice de Sintomas.

3.4. Diferenças de Médias nas Variáveis em Estudo em Função do Sexo dos Participantes

Os resultados apresentados no Quadro 3.4 sugerem que os participantes do sexo masculino reportaram significativamente mais experiências de vitimação na infância e adolescência do que as participantes do sexo feminino. Por outro lado, as participantes do sexo feminino reportaram níveis mais elevados de qualidade de vida no domínio das relações sociais, e de sintomatologia nas dimensões somatização e ansiedade fóbica, do que os participantes do sexo masculino.

Quadro 3.4

Diferenças entre o sexo feminino e o sexo masculino nas variáveis em estudo

	Sexo				Teste <i>t</i>	Cohen <i>d</i>
	Feminino		Masculino			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
JVQ-R2	5.74	4.94	8.89	5.81	-4.21**	.58
DG	69.37	15.66	70.08	18.44	-0.30	.04
D1	71.03	14.67	74.92	13.01	-1.87	.28
D2	65.48	15.96	67.75	18.07	-0.95	.13
D3	67.76	18.65	59.69	22.52	2.84**	.39
D4	66.79	13.15	69.24	15.01	-1.24	.17
SOM	.69	.66	.39	.53	3.27**	.50
OC	1.28	.74	1.19	.74	0.82	.12
SI	1.01	.80	.98	.85	0.28	.04
DEP	1.13	.88	1.14	.82	-0.11	.01
ANS	.94	.69	.84	.64	1.02	.15
HOS	.98	.67	.92	.66	0.56	.09
AF	.51	.64	.28	.44	2.60*	.42
IP	1.14	.81	1.09	.73	0.41	.06
PSI	.76	.69	.71	.56	0.47	.08
IGS	.95	.62	.85	.53	1.15	.17
TSP	29.31	13.58	26.16	11.79	1.64	.25
ISP	1.60	.44	1.60	0.44	-.01	0

Nota * $p < .05$; ** $p < .01$. JVQ-R2= pontuação global de vitimação; DG= Domínio geral de qualidade de vida; D1= Domínio físico; D2= Domínio psicológico; D3= Domínio relações sociais; D4= Domínio meio ambiente; SOM= Somatização; OC= Obsessões-Compulsões; SI= Sensibilidade interpessoal; DEP= Depressão; ANS= Ansiedade; HOS= Hostilidade; AF= Ansiedade fóbica; IP= Ideação Paranóide; PSI= Psicoticismo; IGS= Índice Geral de Sintomas; TSP= Total de Sintomas Positivos; ISP= Índice de Sintomas.

3.5. O Modelo Dual da Saúde Mental

Como supracitado na secção dos procedimentos, os participantes foram classificados em quatro grupos de saúde mental, em função dos seus níveis de bem-estar e psicopatologia obtidos com base nas pontuações do WHOQOL-Bref e do BSI, respetivamente. Como se pode observar no Quadro 3.5, o grupo *Complete Mental Health* é composto por 165 participantes (60.2%); o grupo *Symptomatic but Content* é composto por 56 participantes (20.4%); o grupo *Vulnerable* é composto por 15 participantes (5.5%); e o grupo *Troubled* é composto por 38 participantes (13.9%).

Quadro 3.5

Grupos de saúde mental identificados pelo modelo dual

Bem-estar		
Psicopatologia	Reduzido (% (n))	Médio/Elevado (% (n))
Reduzida (% (n))	<i>Vulnerable</i> (5.5 (15))	<i>Complete Mental Health</i> (60.2 (165))
Elevada (% (n))	<i>Troubled</i> (13.9 (38))	<i>Symptomatic but Content</i> (20.4 (56))

3.6. Vitimação e Saúde Mental

Foram analisadas as diferenças de médias entre os participantes polivítimas (5 ou mais formas de vitimação) e os não polivítimas (menos de 5 formas de vitimação) com recurso a testes t para amostras independentes. Os resultados apresentados no Quadro 3.6 sugerem que os participantes polivítimas reportaram níveis significativamente mais baixos de qualidade de vida no domínio das relações sociais, e níveis mais elevados de sintomatologia nas dimensões sensibilidade interpessoal, depressão e psicoticismo e no índice global TSP do que os participantes não polivítimas.

Quadro 3.6

Diferenças entre polivítimas e não polivítimas nas variáveis em estudo

	Não Polivítimas		Polivítimas		Teste <i>t</i>	Cohen <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
DG	70.90	14.47	68.47	17.52	1.23	.15
D1	72.71	13.55	71.27	15.01	.83	.10
D2	68.15	15.26	64.32	17.17	1.92	.24
D3	69.60	18.30	63.17	20.54	2.69**	.33
D4	68.43	13.68	66.50	13.51	1.17	.14
SOM	.59	.62	.65	.67	-.75	.09
OC	1.18	.75	1.32	.72	-1.59	.19
SI	.85	.76	1.11	.84	-2.68**	.32
DEP	1.02	.80	1.22	.90	-1.97*	.23
ANS	.83	.63	.98	.71	-1.81	.22
HOS	.88	.62	1.03	.69	-1.96	.23
AF	.43	.60	.49	.61	-.80	.10
IP	1.03	.79	1.21	.79	-1.80	.23
PSI	.64	.66	.83	.66	-2.42*	.29
IGS	.84	.59	.99	.60	-1.88	.25
TSP	26.70	13.96	30.08	12.53	-2.11*	.25
ISP	1.57	.40	1.62	0.46	-1.03	.12

Nota * $p < .05$; ** $p < .01$. DG= Domínio geral de qualidade de vida; D1= Domínio físico; D2= Domínio psicológico; D3= Domínio relações sociais; D4= Domínio meio ambiente; SOM= Somatização; OC= Obsessões-Compulsões; SI= Sensibilidade interpessoal; DEP= Depressão; ANS= Ansiedade; HOS= Hostilidade; AF= Ansiedade fóbica; IP= Ideação Paranoide; PSI= Psicoticismo; IGS= Índice Geral de Sintomas; TSP= Total de Sintomas Positivos; ISP= Índice de Sintomas.

Para testar a associação entre a vitimação e os grupos de saúde mental foi utilizada a análise de covariância (ANCOVA), controlando para o efeito do sexo (Quadro 3.7), atendendo a que foram previamente encontradas diferenças significativas ao nível das experiências de vitimação. A análise de covariância revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de saúde mental ao nível da vitimação na infância/adolescência ($F(3, 269) = 2.43, p =$

.07, $\eta^2p = .03$). Comparações *post hoc* com o teste Bonferroni indicaram que o grupo *Complete Mental Health* ($M = 5.90$, $DP = 4.78$) reportou significativamente menos experiências de vitimação do que o grupo *Troubled* ($M = 8.34$, $DP = 6.27$). Não se observaram diferenças significativas entre os restantes grupos de saúde mental.

Quadro 3.7

Diferenças entre os grupos de saúde mental ao nível das experiências de vitimação

	Grupos de Saúde Mental								F (3,269)	η^2p
	<i>Troubled</i>		<i>Vulnerable</i>		<i>Symptomatic but Content</i>		<i>Complete Mental Health</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Experiências de Vitimação	8.34	6.27	7.13	6.38	6.55	5.54	5.90	4.78	2.43+	.03

Nota. + $p < .10$.

CAPÍTULO 4

Discussão

A vitimação e a polivitimação na infância e adolescência têm sido fortemente associadas a problemas de saúde mental na idade adulta (e.g., depressão, ansiedade) (Afifi et al., 2014; Humphreys et al., 2020; Cater et al., 2014). Todavia, a literatura tem explorado fundamentalmente os resultados em termos de psicopatologia, a partir dos modelos tradicionais da saúde mental (Le et al., 2018; Springer et al., 2003). O teste de um modelo dual da saúde mental, que integra medidas de psicopatologia e bem-estar num único modelo, mantém-se negligenciado na literatura neste domínio. Este estudo teve, assim, como objetivo avaliar o papel da polivitimação ao nível da psicopatologia e do bem-estar dos adultos, explorando as diferenças entre os quatro grupos de saúde mental (i.e., modelo dual) ao nível das suas experiências de vitimação na infância e adolescência, bem como descrever as experiências de vitimação/polivitimação em termos de prevalência.

No que diz respeito à prevalência das experiências de vitimação, verificámos níveis elevados de vitimação, com a grande maioria dos participantes (89.8%) a reportar ter experienciado pelo menos uma forma de vitimação na infância/adolescência. Estes resultados estão em concordância com os estudos internacionais que exploraram a vitimação na infância retrospectivamente com recurso ao JVQ-R2 (e.g., 99.03% na Rússia, Bogolyubova et al., 2015; 94% nos Estados Unidos, Charak et al., 2016; e 98%, Elliot et al., 2009; 98.7% no Chile, Pinto-Cortez et al., 2021). Observámos ainda uma elevada prevalência de polivitimação, sendo que mais de metade da amostra (56.6%) reportou ter experienciado polivitimação (21.5% baixa polivitimação e 35% alta polivitimação). Devido às diferentes metodologias utilizadas para operacionalizar a polivitimação, os dados da literatura sobre a sua prevalência apresentam uma elevada variabilidade (entre 10% a 89%) (e.g., Aho et al., 2016a; Pinto-Cortez et al., 2021). Todavia, estudos cuja metodologia é semelhante à utilizada no presente estudo têm reportado níveis elevados de polivitimação. Os resultados obtidos no presente estudo são semelhantes aos obtidos por Charak e colegas (2016), verificando que 64.7% dos participantes reportaram experiência de polivitimação na infância (4 ou mais formas de vitimação). Por sua vez, Bogolyubova e colegas (2015) e Pinto-Cortez e colegas (2021) observaram níveis consideravelmente mais elevados de polivitimação, reportando que 80.99% e 89.1% dos participantes experienciaram polivitimação (5 ou mais formas de vitimação), respetivamente.

As diferenças observadas entre os nossos resultados e os de Bogolyubova e colegas (2015) e Pinto-Cortez e colegas (2021) poderão ser explicadas por diferenças relacionadas com o contexto sociocultural. Com efeito, a violência como forma de comportamento e como meio para lidar com o conflito ou afirmar interesses tende a ser socialmente mais legitimada e menos um anátema na América Latina do que na Europa Ocidental (Imbusch et al., 2011). Adicionalmente, a América Latina é a região com maior variedade de formas de violência, nomeadamente violência política (e.g., guerras civis, ditaduras, revoluções e lutas de guerrilha) (Imbusch et al., 2011). Também a Rússia tem sido um contexto caracterizado por inúmeros conflitos sociopolíticos, nomeadamente guerras civis e conflitos separatistas e étnicos na região do Cáucaso do Norte (Bogolyubova et al., 2015), o que poderá ter contribuído para a elevada prevalência de polivitimação reportada nestes dois estudos. Relativamente à prevalência das diversas formas de vitimação, as formas de vitimação mais reportadas pelos participantes foram a agressão sem arma (48.9%) e a agressão por par ou irmão (42.3%) e a forma menos reportada foi exposição à guerra (2.2%). Estes resultados são congruentes com a literatura que aponta, consistentemente em diferentes contextos culturais, para a agressão sem arma e a agressão por par ou irmão, e a exposição à guerra, como as formas de vitimação com maior e menor prevalência, respetivamente (e.g., Bogolyubova et al., 2015; Charak et al., 2016; Elliot et al., 2009; Martins, 2020; Scrafford et al., 2018).

Atendendo à evidência prévia acerca das diferenças de sexo ao nível da saúde mental (e.g., Pereda et al., 2007; Seedat et al., 2009; Zhang et al., 2012) e das experiências de vitimação (e.g., Aho et al., 2016b; Bogolyubova et al., 2015; Cater et al., 2014), explorámos as diferenças de médias das variáveis em estudo em função do sexo dos participantes, no sentido de compreender se esta seria uma variável importante a controlar nos modelos subsequentes. Verificámos que os participantes do sexo masculino reportaram significativamente mais experiências de vitimação na infância/adolescência do que as participantes do sexo feminino. Estes resultados são incongruentes com o estudo sueco de Aho e colegas (2016b) e o estudo chileno de Pinto-Cortez e colegas (2020), onde as participantes do sexo feminino reportaram significativamente mais experiências de vitimação que os participantes do sexo masculino. Todavia, tal poderá estar relacionado com diferenças metodológicas, nomeadamente, relacionadas com a natureza das amostras estudadas. Enquanto o presente estudo contou com uma amostra de adultos, constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino, os estudos de Aho e colegas (2016b) e de Pinto-Cortez e colegas (2020) utilizaram uma amostra de adolescentes, equilibrada em termos de sexo.

Relativamente às diferenças de sexo ao nível da saúde mental, as participantes do sexo feminino reportaram níveis mais elevados de qualidade de vida no domínio das relações sociais, de forma consistente com os estudos anteriores (e.g., Lucas-Carrasco et al., 2011; Zhang et al., 2012). A literatura tem demonstrado que as mulheres lidam melhor e investem mais em diferentes relações sociais do que os homens (Palchykov et al., 2012), o que poderá explicar as diferenças de sexo observadas neste domínio. Adicionalmente, embora não tenhamos verificado diferenças significativas nos restantes três domínios, os homens relataram ligeiramente melhor qualidade de vida de forma consistente com evidência anterior (Lucas-Carrasco et al., 2011). Alguns investigadores atribuem a menor qualidade de vida reportada pelas mulheres no domínio psicológico ao facto de estas tenderem a ser mais sensíveis e vulneráveis ao stress do que os homens (Backović et al., 2012; Matud, 2004).

Observámos ainda que as participantes do sexo feminino apresentavam valores mais elevados de sintomatologia nas dimensões somatização e ansiedade fóbica do que os participantes do sexo masculino. Estes resultados são consistentes com vários estudos que aplicaram o BSI e que indicam que as mulheres tendem a apresentar mais sintomas de somatização e de ansiedade (Gilbar & Ben-Zur, 2002; Pereda et al., 2007). Em contraste com a literatura, as participantes do sexo feminino não relataram mais sintomas de depressão que os participantes do sexo masculino (e.g., Pereda et al., 2007; Seedat et al., 2009). As diferenças de sexo observadas na sintomatologia psicopatológica têm sido também atribuídas ao facto de os homens parecerem menos disponíveis para revelar/reportar sintomas psicopatológicos do que as mulheres (Watson & Sinha, 1999).

Tendo em conta a vasta literatura sobre as consequências da polivitimação na infância/adolescência na saúde mental na idade adulta (e.g., Cater et al., 2014; Nguyen et al., 2019), explorámos ainda as diferenças de médias entre os participantes polivítimas (5 ou mais formas de vitimação) e os não polivítimas (menos de 5 formas de vitimação). Tal como esperado, os participantes polivítimas apresentaram piores resultados do que os participantes não polivítimas, reportando níveis significativamente mais baixos de qualidade de vida no domínio das relações sociais, e níveis mais elevados de sintomatologia nas dimensões sensibilidade interpessoal, depressão e psicoticismo e no índice global TSP. Em suma, piores resultados de saúde mental, tanto ao nível da psicopatologia, como ao nível do bem-estar, tendem a ser reportados pelas polivítimas. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores (e.g., Afifi et al., 2014; Edwards et al., 2003; Herrenkohl et al., 2012; Mitchell et al., 2020), que defendem que quanto mais formas de vitimação são experienciadas durante a

infância, maiores os níveis de psicopatologia, e pior a qualidade de vida e o bem-estar na idade adulta. São também consistentes com a literatura, que tem demonstrado que a polivitimação tem um maior impacto negativo do que ser exposto apenas a uma forma de vitimação repetidamente (re-vitimação) (Cater et al., 2014; Finkelhor et al., 2007; Turner et al., 2010). Este impacto tem sido atribuído ao facto de na polivitimação, ao contrário do que sucede em formas específicas de vitimação, as experiências ocorrerem em diferentes contextos e serem perpetradas por diferentes pessoas (Finkelhor et al., 2007).

Por último, atendendo a que o teste de um modelo dual parece relativamente negligenciado na literatura (i.e., com excepção de Grych e colegas (2020) numa amostra de adolescentes), no presente estudo testámos a associação entre a vitimação e os grupos de saúde mental. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de saúde mental ao nível da vitimação na infância/adolescência. Especificamente, confirmámos parcialmente a nossa hipótese, na medida em que observámos que o grupo *Complete Mental Health* apenas reportou significativamente menos experiências de vitimação do que o grupo *Troubled*, não se observando diferenças significativas entre os restantes grupos de saúde mental. Estes resultados diferem dos reportados por Grych e colegas (2020), que observaram que o grupo *Troubled* reportou significativamente mais experiências de vitimação do que qualquer outro grupo, e os grupos *Vulnerable* e *Positive Mental Health*, embora não tenham diferido entre si, reportaram significativamente menos experiências de vitimação que os grupos *Symptomatic but Content* e *Troubled*.

Embora se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas somente entre os grupos *Complete Mental Health* e *Troubled*, observou-se uma tendência dos grupos com elevado bem-estar (*Complete Mental Health* e *Symptomatic but Content*) para reportarem menos experiências de vitimação do que os grupos com baixo bem-estar (*Vulnerable* e *Troubled*). Deste modo, o grupo *Vulnerable* parece revelar um perfil mais próximo do grupo *Troubled* do que do grupo *Complete Mental Health* no que diz respeito à história de vitimação na infância e adolescência. Estes resultados reforçam, assim, que não só a ausência de psicopatologia parece não ser suficiente para um funcionamento psicológico ideal (Greenspoon & Saklofske, 2001; Magalhães & Calheiros, 2017), como as experiências de vitimação na infância parecem comprometer mais o bem-estar do que a psicopatologia dos adultos neste estudo. Já Grych e colegas (2020), no seu trabalho com uma amostra de adolescentes, verificaram que as experiências de vitimação parecem comprometer mais a dimensão de psicopatologia (i.e., são os grupos *Troubled* e *Symptomatic but Content* que apresentam mais experiências de vitimação na infância).

Neste sentido, os resultados do presente estudo realçam a importância de explorar o bem-estar enquanto dimensão da saúde mental, e de incorporar indicadores positivos para uma compreensão mais completa da relação entre a vitimação na infância/adolescência e a saúde mental na idade adulta. Com efeito, tanto quanto é do nosso conhecimento, apenas Grych e colegas (2020) exploraram as diferenças entre os grupos de saúde mental ao nível das experiências de vitimação, utilizando uma amostra de adolescentes. Deste modo, o presente estudo contribui de forma inovadora neste domínio de investigação, na medida em que se exploraram estas diferenças com uma amostra de adultos. Ademais, a associação encontrada entre as experiências de vitimação na infância e os grupos de saúde mental na idade adulta realça o papel que a polivitimação na infância poderá ter na origem das diferenças observadas nos quatro grupos.

Apesar destes resultados inovadores, é importante observar algumas limitações. As limitações do presente estudo relacionam-se, em primeiro lugar, com o facto dos dados terem sido recolhidos com base no autorrelato de um único informante. Adicionalmente, a informação recolhida acerca das experiências de vitimação dos participantes foi reportada retrospectivamente. Relatos retrospectivos na idade adulta de experiências adversas na infância envolvem uma taxa substancial de falsos negativos e uma medição de erro substancial, bem como potenciais enviesamentos, o que pode resultar numa subestimação das experiências de vitimação na infância (Hardt & Rutter, 2004). Além disso, este tipo de estudo (i.e., retrospectivo) pode demonstrar associação entre variáveis, mas não permite inferências causais. Todavia, a literatura tem apoiado a utilidade deste tipo de relato, nomeadamente quando a vitimação é operacionalizada de forma comportamental e um vasto leque de experiências são incluídas (Hardt & Rutter, 2004). Do mesmo modo, importa referir que o tamanho da presente amostra é relativamente reduzido. Aquando da classificação dos participantes nos quatro grupos de saúde mental, o grupo *Vulnerable* foi composto por apenas 15 participantes (5.5% da amostra) e o grupo *Troubled* por 38 participantes (13.9% da amostra). O tamanho limitado destes grupos pode ter reduzido o poder estatístico para detetar efeitos. Com efeito, salientamos que o valor de significância de $p < .10$ obtido para a comparação entre grupos ao nível da vitimação na infância sugere a necessidade de uma discussão cuidadosa deste resultado. Neste sentido, importa no futuro replicar este estudo com uma amostra mais extensa. Adicionalmente, atendendo às limitações dos estudos retrospectivos, testar a associação entre a vitimação na infância e os grupos de saúde mental na idade adulta com recurso a um desenho longitudinal afigurará maior validade para os resultados obtidos e fornecerá evidências acerca da causalidade

da associação. Finalmente, atendendo a que os dados foram recolhidos durante um período de pandemia, outras dimensões explicativas da saúde mental, relacionadas com a covid-19, podem ter emergido, dimensões essas que não foram consideradas no presente estudo.

Apesar das limitações descritas, este estudo representa, tanto quanto sabemos, o primeiro esforço em utilizar um modelo dual para analisar o papel da polivitimação na saúde mental dos adultos, contribuindo assim para uma melhor compreensão do papel da polivitimação nas diferenças observadas entre os quatro grupos de saúde mental. Deste modo, para além do contributo para a literatura sobre o impacto da vitimação e polivitimação na infância, o presente estudo expande a investigação anterior acerca do modelo dual da saúde mental, investigando o papel da polivitimação como determinante das diferenças entre grupos. Adicionalmente, este é um dos primeiros estudos a descrever as experiências de vitimação e polivitimação na infância e adolescência em Portugal, em termos de prevalência, recorrendo-se a uma amostra de adultos na comunidade.

Por sua vez, para além dos contributos para a comunidade científica, os resultados deste estudo sugerem implicações importantes para a prática, nomeadamente ao nível do desenho de programas de prevenção da vitimação na infância e de programas de intervenção e promoção da saúde mental na infância e idade adulta. Em virtude da elevada prevalência da polivitimação na infância, torna-se necessária uma avaliação compreensiva das experiências de vitimação, uma vez que uma avaliação rigorosa permitirá uma seleção adequada da intervenção face às necessidades da criança/jovem (Bogolyubova et al., 2015). É assim fundamental que os profissionais recorram a instrumentos de avaliação compreensivos, que considerem um amplo leque de formas de vitimação, e não apenas formas específicas de vitimação. Esta avaliação permitirá melhorar a capacidade de identificar diferentes perfis de crianças e jovens vítimas, promovendo medidas, estratégias e programas de prevenção mais adequados (Cohen et al., 2002). Tendo em conta que a vitimação e problemas de saúde mental na infância aparentam ser precursores de problemas na idade adulta, programas de prevenção da vitimação, e, particularmente, programas de intervenção na infância ao nível da saúde mental, poderão ser cruciais para promover uma saúde mental positiva na idade adulta.

Adicionalmente, os resultados do presente estudo revelam que a polivitimação na infância/adolescência é frequentemente reportada na idade adulta, pelo que o treino dos profissionais que trabalham em serviços de saúde mental no que diz respeito às necessidades destas vítimas é fundamental. Com efeito, os resultados do presente estudo sugerem que diferentes grupos e perfis de saúde mental devem ser considerados na avaliação e intervenção,

centrando-se a intervenção não apenas na identificação e tratamento de problemas de saúde mental, mas também na promoção do bem-estar.

Para além do benefício para a saúde mental, investir na promoção do bem-estar pode melhorar a saúde física e a longevidade, motivar as pessoas para o sucesso, incluindo catalisar o sucesso de outras intervenções, promover e fortalecer relações positivas e, ainda, impulsionar a economia (Howell et al., 2016). Adicionalmente, o bem-estar pode ser facilmente promovido e com baixos custos, através da incorporação de facetas de bem-estar em programas de intervenção ou prevenção já existentes (Howell et al., 2016). Visto o bem-estar estar associado a uma melhor saúde física, conexão familiar, suporte social, produtividade no trabalho e menos comportamentos de risco, promover o bem-estar do indivíduo pode resultar em benefícios individuais e sociais significativos (Lyubomirsky et al., 2005). É, assim, fundamental investir na promoção do bem-estar atendendo ao seu potencial de promover mudanças na saúde mental ao nível da população e de reduzir substancialmente problemas sociais de larga escala (e.g., comportamentos violentos) (Howell et al., 2016).

Conclusão

Ao conceptualizar a saúde mental em termos de bem-estar e psicopatologia, este estudo fornece uma visão mais abrangente do papel da polivitimação na infância/adolescência na saúde mental dos adultos, expandindo assim um domínio relativamente pouco explorado na investigação (i.e., o teste de um modelo dual no contexto da polivitimação). Os resultados deste estudo permitem concluir acerca da existência de elevadas taxas de prevalência de vitimação e polivitimação na infância e adolescência nesta amostra, e realçam, de forma exploratória e promissora, o papel da polivitimação como determinante das diferenças entre grupos de saúde mental. Além disso, as diferenças observadas entre os grupos ao nível das experiências de vitimação sugerem que estas tendem a comprometer mais o bem-estar dos adultos do que a explicar a psicopatologia. Neste sentido, os resultados realçam a importância da investigação futura sobre o impacto da vitimação/polivitimação incluir indicadores positivos, como o bem-estar e a qualidade de vida, para além de indicadores de psicopatologia, na conceptualização da saúde mental.

Atendendo à elevada prevalência de vitimação e polivitimação reportada no presente estudo, os profissionais na área da saúde mental devem estar preparados para considerar o papel destas experiências nos resultados de funcionamento psicológico, assim como de atender à possibilidade de diferentes grupos/perfis de saúde mental emergirem nos processos de avaliação e intervenção. Assim, a intervenção deve ser centrada em ambas as dimensões da saúde mental (i.e., bem-estar e psicopatologia), e não apenas em problemas de saúde mental (e no seu tratamento).

Por fim, os resultados sugerem a importância de desenhar, implementar e avaliar programas de prevenção da vitimação e programas de promoção da saúde mental na idade adulta. Investir na promoção do bem-estar permite fomentar uma saúde mental positiva de forma relativamente mais simples e de reduzido custo (por comparação com a visão reparadora ao nível da sintomatologia), nomeadamente, pelo potencial em produzir mudanças na saúde mental ao nível da população (Howell et al., 2016). Adicionalmente, para além dos benefícios para a saúde mental, o bem-estar está associado a benefícios ao nível da saúde física, longevidade, motivação, relações interpessoais e, ainda, da economia (Howell et al., 2016).

Referências Bibliográficas

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2017). Adult victimization in female survivors of childhood violence and abuse: The contribution of multiple types of violence. *Violence Against Women*, 23(13), 1601-1619. <https://doi.org/10.1177/1077801216664427>
- Adams, Z. W., Moreland, A., Cohen, J. R., Lee, R. C., Hanson, R. F., Danielson, C. K., Self-Brown, S., & Briggs, E. C. (2016). Polyvictimization: Latent profiles and mental health outcomes in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Violence*, 6(1), 145-155. <https://doi.org/10.1037/a0039713>
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), E324-E332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- Aho, N., Gren-Landell, M., & Svedin, C. G. (2016a). The prevalence of potentially victimizing events, poly-victimization, and its association to sociodemographic factors: A Swedish youth survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(4), 620-651. <https://doi.org/10.1177/0886260514556105>
- Aho, N., Proczkowska-Björklund, M., & Svedin, C. G. (2016b). Victimization, polyvictimization, and health in Swedish adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 89-99. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s109587>
- Al-Fayez, G. A., & Ohaeri, J. U. (2011). Profile of subjective quality of life and its correlates in a nation-wide sample of high school students in an Arab setting using the WHOQOL-Bref. *BMC Psychiatry*, 11(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-11-71>
- Almeida, T. C., Ramos, C., Brito, J., & Cardoso, J. (2020). The juvenile victimization questionnaire: Psychometric properties and poly-victimization among Portuguese youth. *Children and Youth Services Review*, 113, 105001. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105001>
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 462-472. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01049.x>
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40(5), 717-729. <https://doi.org/10.1017/s0033291709991383>
- Babchishin, L. K., & Romano, E. (2014). Evaluating the frequency, co-occurrence, and psychosocial correlates of childhood multiple victimization. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 33(2), 47-65. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-015>
- Backović, D. V., Ilić Živojinović, J., Maksimović, J., & Maksimović, M. (2012). Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education. *Psychiatria Danubina*, 24(2), 175-181. https://www.researchgate.net/publication/227174614_Gender_differences_in_academic_stress_and_burnout_among_medical_students_in_final_years_of_education
- Barile, J. P., Edwards, V. J., Dhingra, S. S., & Thompson, W. W. (2015). Associations among county-level social determinants of health, child maltreatment, and emotional support on health-related quality of life in adulthood. *Psychology of Violence*, 5(2), 183-191. <https://doi.org/10.1037/a0038202>
- Barnett, D., Manly, J. T. & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy: Advances in applied developmental psychology* (8th vol.,

- pp. 7-73). Ablex Publishing Corporation.
https://www.researchgate.net/publication/234761749_Child_Abuse_Child_Development_and_Social_Policy_Advances_in_Applied_Developmental_Psychology_Volume_8
- Bogolyubova, O., Skochilov, R., & Smykalo, L. (2015). Childhood victimization experiences of young adults in St. Petersburg, Russia. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(7), 1153-1167. <https://doi.org/10.1177/0886260514539849>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 87-109). APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (2007) Inventário de sintomas psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M.R. Simões, C. Machado, M.M. Gonçalves e L.S. Almeida (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa (vol. III)* (pp. 305-331). *Quarteto Editora*.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(1), 15-23.
- Cater, Å. K., Andershed, A. K., & Andershed, H. (2014). Youth victimization in Sweden: Prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect, 38*(8), 1290-1302. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.002>
- Chan, K. L. (2013). Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: Prevalence and associations with health. *Preventive Medicine, 56*(3-4), 207-210. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.12.018>
- Charak, R., Byllesby, B. M., Roley, M. E., Claycomb, M. A., Durham, T. A., Ross, J., Armour, C., & Elhai, J. D. (2016). Latent classes of childhood poly-victimization and associations with suicidal behavior among adult trauma victims: Moderating role of anger. *Child Abuse & Neglect, 62*, 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.010>
- Cohen, J. A., Perel, J. M., DeBellis, M. D., Friedman, M. J., & Putnam, F. W. (2002). Treating traumatized children: Clinical implications of the psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Trauma, Violence, & Abuse, 3*(2), 91-108. <https://doi.org/10.1177/15248380020032001>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2021). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ 2020*. <https://www.cnpdpdj.gov.pt/documents/10182/16406/Relat%C3%B3rio+Anual+da+Atividade+das+CPCJ+do+ano+2020/2a522cda-e8ba-40fe-9389-47fa5966f7ed>
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief symptom inventory*. National Computers Systems.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1453-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Eklund, K., Dowdy, E., Jones, C., & Furlong, M. (2010). Applicability of the dual-factor model of mental health for college students. *Journal of College Student Psychotherapy, 25*(1), 79-92. <https://doi.org/10.1080/87568225.2011.532677>
- Elliott, A. N., Alexander, A. A., Pierce, T. W., Aspelmeier, J. E., & Richmond, J. M. (2009). Childhood victimization, poly-victimization, and adjustment to college in women. *Child Maltreatment, 14*(4), 330-343. <https://doi.org/10.1177/107755950933226>
- Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, 13*(2), 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>

- 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: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people*. Oxford University Press.
- Finkelhor, D. (2011). Prevalence of child victimization, abuse, crime, and violence exposure. In J.W. White, M.P. Koss, & A.E. Kazdin (Eds.), *Violence against women and children: Mapping the terrain* (pp. 9-29). American Psychological Association.
- Finkelhor, D., & Dzuiba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychologist*, *49*(3), 173-183. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.49.3.173>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *31*(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009a). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, *33*(7), 403-411. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2005a). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *29*(11), 1297-1312. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.06.005>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2005b). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, *10*(1), 5-25. <https://doi.org/10.1177/1077559504271287>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Ormrod, R. K., & Hamby, S. L. (2009b). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, *124*(5), 1411-1423. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0467>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *JAMA Pediatrics*, *167*(7), 614-621. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.42>
- Ford, J. D., & Delker, B. C. (2018). Polyvictimization in childhood and its adverse impacts across the lifespan: Introduction to the special issue. *Journal of Trauma & Dissociation*, *19*(3), 275-288. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1440479>
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *46*(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>
- Gilbar, O., & Ben-Zur, H. (2002). Adult Israeli community norms for the brief symptom inventory (BSI). *International Journal of Stress Management*, *9*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1023/A:1013097816238>
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, *54*(1), 81-108. <https://doi.org/10.1023/A:1007219227883>
- Grych, J., Taylor, E., Banyard, V., & Hamby, S. (2020). Applying the dual factor model of mental health to understanding protective factors in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, *90*(4), 458-467. <https://doi.org/10.1037/ort0000449>
- Haahr-Pedersen, I., Ershadi, A., Hyland, P., Hansen, M., Perera, C., Sheaf, G., Bramsen, R. H., Spitz, P., & Vallières, F. (2020). Polyvictimization and psychopathology among children and adolescents: A systematic review of studies using the Juvenile Victimization

- Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104589. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104589>
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2004). *The juvenile victimization questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual*. Crimes Against Children Research Center. http://www.unh.edu/ccrc/pdf/CV55_2004.pdf
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
- Hasselle, A. J., Howell, K. H., Dormois, M., & Miller-Graff, L. E. (2017). The influence of childhood polyvictimization on disordered eating symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 68, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.003>
- Herrenkohl, T. I., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., Russo, M. J., & Dee, T. (2012). A prospective investigation of the relationship between child maltreatment and indicators of adult psychological well-being. *Violence and Victims*, 27(5), 764-776. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.5.764>
- Hickman, L. J., Jaycox, L. H., Setodji, C. M., Kofner, A., Schultz, D., Barnes-Proby, D., & Harris, R. (2013). How much does “how much” matter? Assessing the relationship between children’s lifetime exposure to violence and trauma symptoms, behavior problems, and parenting stress. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(6), 1338-1362. <https://doi.org/10.1177/0886260512468239>
- Howell, K. H., Coffey, J. K., Fosco, G. M., Kracke, K., Nelson, S. K., Rothman, E. F., & Grych, J. H. (2016). Seven reasons to invest in well-being. *Psychology of Violence*, 6(1), 8-14. <https://doi.org/10.1037/vio0000019>
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Imbusch, P., Misse, M., & Carrión, F. (2011). Violence research in Latin America and the Caribbean: A literature review. *International Journal of Conflict and Violence*, 5(1), 87-154. <https://doi.org/10.4119/ijcv-2851>
- Jackson-Hollis, V., Joseph, S., & Browne, K. (2017). The impact of extrafamilial victimization and poly-victimization on the psychological well-being of English young people. *Child Abuse & Neglect*, 67, 349-361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.004>
- Källström, Å., Hellfeldt, K., Howell, K. H., Miller-Graff, L. E., & Graham-Bermann, S. A. (2020). Young adults victimized as children or adolescents: Relationships between perpetrator patterns, poly-victimization, and mental health problems. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(11-12), 2335-2357. <https://doi.org/10.1177/0886260517701452>
- Keiley, M. K., Howe, T. R., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2001). The timing of child physical maltreatment: A cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and Psychopathology*, 13(4), 891-912. <https://doi.org/10.1017/s0954579401004084>
- Kelly, R. M., Hills, K. J., Huebner, E. S., & McQuillin, S. D. (2012). The longitudinal stability and dynamics of group membership in the dual-factor model of mental health: Psychosocial predictors of mental health. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(4), 337-355. <https://doi.org/10.1177/0829573512458505>
- Kennedy, S. C., Mennicke, A., & Paul, R. (2021). Childhood Polyvictimization and Mental Health Issues among Incarcerated Women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(3), 410–427. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1774693>

- Kessler, R. C. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>
- Lätsch, D. C., Nett, J. C., & Hümbelin, O. (2017). Poly-victimization and its relationship with emotional and social adjustment in adolescence: Evidence from a national survey in Switzerland. *Psychology of Violence*, 7(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/a0039993>
- Le, M. T., Holton, S., Romero, L., & Fisher, J. (2018). Polyvictimization among children and adolescents in low-and lower-middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(3), 323-342. <https://doi.org/10.1177/1524838016659489>
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 15(5), 595-604. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054>
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Shinkareva, S. V. (2012). The dual-factor model of mental health: Further study of the determinants of group differences. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 183-196. <https://doi.org/10.1177/0829573512443669>
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Magalhães, E., & Calheiros, M. M. (2017). A dual-factor model of mental health and social support: Evidence with adolescents in residential care. *Children and Youth Services Review*, 79, 442-449. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.041>
- Martins, I. S. B. (2020). *Experiências de vitimação na infância e práticas parentais atuais: O papel mediador da ansiedade e depressão* [Dissertação de mestrado, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/21485>
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491-495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401-1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
- Mcmahan, M. M. (2012). *A longitudinal examination of high school students' group membership in a dual-factor model of mental health: Stability of mental health status and predictors of change* [Doctoral dissertation, University of South Florida]. <https://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5565&context=etd>
- Mitchell, K. J., Moschella, E. A., Hamby, S., & Banyard, V. (2020). Developmental stage of onset, poly-Victimization, and persistence of childhood victimization: Impact on adult well-being in a rural community-based study. *Child Maltreatment*, 25(1), 20-31. <https://doi.org/10.1177/1077559519859080>
- Nguyen, K. H., Kegler, S. R., Chiang, L., & Kress, H. (2019). Effects of poly-victimization before age 18 on health outcomes in young Kenyan adults: Violence against children survey. *Violence and Victims*, 34(2), 229-242. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-17-00182>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

- Palchykov, V., Kaski, K., Kertész, J., Barabási, A. L., & Dunbar, R. I. (2012). Sex differences in intimate relationships. *Scientific Reports*, 2(1), 1-5. <https://doi.org/10.1038/srep00370>
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. <https://doi.org/10.1080/00223980109603677>
- Pereda, N., Forns, M., & Peró, M. (2007). Dimensional structure of the Brief Symptom Inventory with Spanish college students. *Psicothema*, 19(4), 634-639. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72719415.pdf>
- Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2014). One hit makes the difference: The role of polyvictimization in childhood in lifetime revictimization on a southern European sample. *Violence and Victims*, 29(2), 217-231. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00061r1>
- Pinto-Cortez, C., Guerra Vio, C., Barocas, B., & Pereda, N. (2020). Victimization and polyvictimization in a national representative sample of children and youth: The case of Chile. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1796873>
- Pinto-Cortez, C., Gutiérrez-Echegoyen, P., & Henríquez, D. (2021). Child victimization and polyvictimization among young adults in Northern Chile. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), 2008-2030. <https://doi.org/10.1177/0886260518759058>
- Richmond, J. M., Elliott, A. N., Pierce, T. W., Aspelmeier, J. E., & Alexander, A. A. (2009). Polyvictimization, childhood victimization, and psychological distress in college women. *Child Maltreatment*, 14(2), 127-147. <https://doi.org/10.1177/1077559508326357>
- Rikhye, K., Tyrka, A. R., Kelly, M. M., Gagne Jr, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse & Neglect*, 32(1), 19-34. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.012>
- Rosenfield, S., & Mouzon, D. (2013). Gender and mental health. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan & A. Bierman (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 277-296). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_14
- Scrafford, K. E., Grein, K., & Miller-Graff, L. E. (2018). Legacies of childhood victimization: Indirect effects on adult mental health through re-victimization. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(3), 317-326. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0188-2>
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., . . . Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Shin, S. H., McDonald, S. E., & Conley, D. (2018). Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 78, 187-192. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.020>
- Sistema de Segurança Interna (2021). Relatório Anual de Segurança Interna 2020. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDQ1NAUABR26oAUAAAA%3d>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310. <https://doi.org/10.1023/b:qure.0000018486.91360.00>

- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse. *Journal of General Internal Medicine*, *18*(10), 864-870. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20918.x>
- Suárez-Soto, E., Guilera, G., & Pereda, N. (2018). Victimization and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain. *Children and Youth Services Review*, *91*, 383-389. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.037>
- Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, *37*(1), 52-68. <https://doi.org/10.1080/02796015.2008.12087908>
- Suldo, S. M., Thalji-Raitano, A., Kiefer, S. M., & Ferron, J. M. (2016). Conceptualizing high school students' mental health through a dual-factor model. *School Psychology Review*, *45*(4), 434-457. <https://doi.org/10.17105/spr45-4.434-457>
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, *62*(1), 13-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.030>
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, *38*(3), 323-330. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>
- Turner, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2016). Polyvictimization and youth violence exposure across contexts. *Journal of Adolescent Health*, *58*(2), 208-214. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.021>
- United Nations Children's Fund. (2017). A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents. New York. https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf
- Updegrave, A. H., & Muftic, L. R. (2018). Childhood polyvictimization, adult violent victimization, and trauma symptomatology: An exploratory study of prostitution diversion program participants. *Journal of Family Violence*, *34*(8), 733-743. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-0015-z>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, *27*(1), 41-49. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%C3%A9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>
- Wang, X., Zhang, D., & Wang, J. (2011). Dual-factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. *Psychology*, *2*(08), 767-772. <https://doi.org/10.4236/psych.2011.28117>
- Watson, D. C., & Sinha, B. K. (1999). A cross-cultural comparison of the Brief Symptom Inventory. *International Journal of Stress Management*, *6*(4), 255-264. <https://doi.org/10.1023/A:1021940321129>
- Wegman, H. L., & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic Medicine*, *71*(8), 805-812. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181bb2b46>
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, *17*(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Widom, C. S., & White, H. R. (1997). Problem behaviours in abused and neglected children grown up: Prevalence and co-occurrence of substance abuse, crime and violence. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7(4), 287-310. <https://doi.org/10.1002/cbm.191>
- World Health Organization (1948). Constitution of the World Health Organization. World Health Organization. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization (2020b, 8 de Junho). Child maltreatment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- World Health Organization (2020a, 8 de Junho). Violence against children. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: A guide for taking action and generating evidence*. WHO Press. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zhang, Y., Qu, B., Lun, S., Wang, D., Guo, Y., & Liu, J. (2012). Quality of life of medical students in China: A study using the WHOQOL-BREF. *PloS One*, 7(11), e49714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049714>