

Universidades Lusíada

Correia, Maria Ana Coelho, 2000-

Relacionamentos parentais disfuncionais e a sua influência na saúde mental de jovens adultos

<http://hdl.handle.net/11067/8177>

Metadados

Data de Publicação	2024
Resumo	<p>A infância é um período de grande vulnerabilidade que pode potenciar o surgimento de eventos traumáticos. Experiências adversas na infância tendem a ter repercussões profundas no desenvolvimento emocional, social e psicológico, afetando significativamente o bem-estar e a qualidade de vida em etapas subsequentes da vida. Esta investigação procurou explorar os efeitos que as experiências vividas na infância têm no ajustamento psicossocial em jovens adultos, nomeadamente: a) a relação entre as expe...</p> <p>Childhood is a period of significant vulnerability that can heighten the likelihood of traumatic events. Adverse childhood experiences tend to have profound repercussions on emotional, social, and psychological development, significantly impacting well-being and quality of life in subsequent life stages. This research sought to explore the effects of childhood experiences on psychosocial adjustment in young adults, specifically: a) the relationship between adverse childhood experiences and quali...</p>
Palavras Chave	Jovens - Saúde mental, Trauma psíquico em crianças, Famílias disfuncionais, Qualidade de vida
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-30T01:05:02Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Relacionamentos parentais disfuncionais e a sua influência
na saúde mental de jovens adultos**

Realizado por:
Maria Ana Coelho Correia

Orientado por:
Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Constituição do Júri:

Presidente:	Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador:	Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Arguente:	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 16 de julho de 2025

Lisboa

2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

Relacionamentos parentais disfuncionais e a sua influência
na saúde mental de
jovens adultos

Maria Ana Coelho Correia

Lisboa

Dezembro 2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

Relacionamentos parentais disfuncionais e a sua
influência na saúde mental de
jovens adultos

Maria Ana Coelho Correia

Lisboa

Dezembro 2024

Maria Ana Coelho Correia

Relacionamentos parentais disfuncionais e a sua influência na saúde mental de jovens adultos

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências
da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de
Freitas

Lisboa

Dezembro 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Maria Ana Coelho Correia
Orientador Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Título Relacionamentos parentais disfuncionais e a sua influência na saúde mental de jovens adultos
Local Lisboa
Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

CORREIA, Maria Ana Coelho, 2000-

Relacionamentos parentais disfuncionais e a sua influência na saúde mental de jovens adultos / Maria Ana Coelho Correia ; orientado por Miguel da Costa Nunes de Freitas. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - FREITAS, Miguel da Costa Nunes de, 1981-

LCSH

1. Adolescentes - Saúde mental
2. Trauma psíquico em crianças
3. Famílias disfuncionais
4. Qualidade de vida
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Teenagers - Mental health
2. Psychic trauma in children
3. Dysfunctional families
4. Quality of Life
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RJ503.C67 2024

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Aos meus avós, Adelaide e Augusto, que
me ensinaram a essência da família

Agradecimentos

Cada pessoa que passa pela nossa vida é única e deixa sempre um pouco de si. Acredito que sou a soma de todos aqueles que me acompanham. Por isso, sinto uma profunda gratidão por cada uma, que de forma única, me tornaram quem sou.

À Universidade Lusíada de Lisboa, que me recebeu e acolheu tão bem nestes últimos dois anos. Os dois anos mais desafiantes e intensos da minha vida. Pelas alegrias e tristezas. Pela formação prestigiada. O meu muito obrigada.

Ao professor Doutor Miguel Freitas, por ser o meu orientador. Por todo o apoio, exigência, desafios e paciência que tornou possível a conclusão desta dissertação.

A todos os docentes que me orientaram e inspiraram ao longo do meu percurso académico. Por ter podido crescer e aprender. Cada um fez parte da minha jornada e ao qual eu agradeço todos os ensinamentos que me ofereceram.

Aos meus pais, pelo amor incondicional. Sou profundamente grata a eles por tudo o que sou hoje. Obrigada, pai, pelo dom da palavra, que me conforta e eleva, e por teres partilhado comigo a arte da escrita. Obrigada, mãe, que me proporcionas toda a paz e tranquilidade necessária para enfrentar o mundo, por seres colo e força constante. Obrigada a ambos pelo amor, pela força, pela coragem, pelos sacrifícios e por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus irmãos, Pedro, André e Luís que, mesmo com as nossas singularidades, permanecemos sempre unidos. Por acrescentarem muito mais à minha vida. Por serem os melhores irmãos do mundo. Nunca serão precisas muitas palavras, pois, temos o amor que nos une.

À Raquel, por ser o meu abraço-casa. A irmã que eu nunca tive, e que a vida me presenteou. Por seres abrigo, amparo, luz e conforto. Por seres família e por fazeres de mim uma pessoa melhor.

Ao Ricardo, por tudo. Por seres tudo, e mais um pouco para mim. És o meu amor, és, amor, a minha paz. Só faz sentido acabar isto porque tu existes e existe um futuro possível ao teu lado.

À Camila e à Rita, por serem as melhores amigas do mundo. Por, independentemente de tudo, estarem sempre ao meu lado. E tão bom que é ter pessoas como vocês, perto de mim. Que continuemos a somar os anos de amizade. Ter-nos-emos, sempre umas às outras.

Às minhas afilhadas, Rafaela e Beatriz, por me proporcionarem as ligações mais fortes e sinceras que tenho na vida. Por serem leves no amor e no apoio constante, mesmo que longe da vista. Por serem tão minhas como eu sou vossa. Prometo continuar a ser colo e enciclopédia de Psicologia.

Por fim, o meu maior agradecimento é para os meus avós, Augusto e Adelaide. Os melhores do mundo e de qualquer existência. Todos os gestos de amor concentrados em vocês. As pessoas que de mim cuidaram. Os meus maiores exemplos, pois, sem o vosso sacrifício e amor, jamais teria chegado onde estou. Os meus anjos da guarda. Esta conquista é, de todo o coração, para vocês.

*“A Mão que escreve avança,
e, tendo escrito, segue em frente:
nem toda a tua piedade,
nem toda a tua inteligência,
a farão voltar
para cancelar
uma única linha.
Nem todas as tuas lágrimas
poderão apagar
uma só palavra.”*

Rubaiyat de Omar Khayyam

Resumo

A infância é um período de grande vulnerabilidade que pode potencializar o surgimento de eventos traumáticos. Experiências adversas na infância tendem a ter repercussões profundas no desenvolvimento emocional, social e psicológico, afetando significativamente o bem-estar e a qualidade de vida em etapas subsequentes da vida. Esta investigação procurou explorar os efeitos que as experiências vividas na infância têm no ajustamento psicossocial em jovens adultos, nomeadamente: a) a relação entre as experiências adversas na infância e a qualidade de vida ; b) o papel moderador das experiências benevolentes na associação entre as experiências adversas vividas na infância e o bem-estar psicológico em jovens adultos.

Com uma amostra de 251 jovens adultos, com idades entre 18 e 25 anos, os resultados revelaram que uma maior quantidade de experiências adversas na infância estava associada a uma perceção mais negativa da qualidade de vida, com impacto significativo no bem-estar psicológico. Em contrapartida, participantes que relataram mais experiências benevolentes na infância apresentaram melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico. Tal como esperado, as experiências benevolentes apresentaram um efeito moderador, atenuando as consequências psicológicas das adversidades na infância.

Os resultados da presente investigação contribuem para expandir a literatura sobre o efeito das experiências adversas nos jovens adultos, evidenciando a importância de um contexto familiar positivo como fator protetor.

Palavras-chave: Experiências adversas. Ajustamento psicossocial. Experiências benevolentes. Resiliência. Sistemas familiares.

Abstract

Childhood is a period of significant vulnerability that can heighten the likelihood of traumatic events. Adverse childhood experiences tend to have profound repercussions on emotional, social, and psychological development, significantly impacting well-being and quality of life in subsequent life stages. This research sought to explore the effects of childhood experiences on psychosocial adjustment in young adults, specifically: a) the relationship between adverse childhood experiences and quality of life; b) the moderating role of benevolent experiences in the association between adverse childhood experiences and psychological well-being in young adults.

With a sample of 251 young adults, aged between 18 and 25 years, the results revealed that a higher number of adverse childhood experiences was associated with a more negative perception of quality of life, significantly impacting psychological well-being. In contrast, participants who reported more benevolent childhood experiences showed better quality of life and psychological well-being. As expected, benevolent experiences acted as a moderating factor, attenuating the psychological consequences of childhood adversities.

The findings of this research contribute to the expanding literature on the effects of adverse experiences in young adults, highlighting the importance of a positive family context as a protective factor.

Keywords: Adverse Childhood Experiences. Dysfunctional Parenthood. Quality of Life.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas Descritivas das Variáveis.....	62
Tabela 2. Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov.....	63
Tabela 3. Correlação de Spearman.....	66
Tabela 4. Teste de Mann-Whitney: comparações entre grupos independentes de ACE.....	67
Tabela 5. Teste de Mann-Whitney: comparações entre grupos independentes de BCE.....	68
Tabela 6. Teste de Kruskal-Wallis: diferenças de médias por quadrante.....	69

Lista de Abreviaturas

ACE – *Adverse Childhood Experiences Study*;

BCE – *Benevolent Childhood Experiences Scale*;

QV – Qualidade de Vida;

Modelo PERMA – Positive Emotion, Engagement, Relationships, Meaning, Achievement;

SPSS – Statistics Package for the Social Sciences;

WHOQOL-Bref – *Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde*.

Índice

Introdução.....	12
Enquadramento Teórico.....	16
Sistema Familiar.....	16
Ambiente Familiar.....	17
Modelo Circumplexo de Olson.....	24
Conflito interparental.....	27
Experiências Adversas na Infância.....	32
Experiências Benevolentes na Infância.....	39
Qualidade de Vida Geral.....	42
Objetivos.....	49
Método.....	50
Participantes.....	50
Instrumentos.....	51
Questionário sociodemográfico.....	51
Family Adverse Consequences Experiences Questionnaire.....	51
Benevolent Childhood Experiences Scale.....	55
WHOQOL-Bref.....	56
Procedimentos.....	57
Plano de Análise de Dados.....	59
Resultados.....	61
Estatísticas descritivas.....	62
Teste de normalidade.....	62
Correlações de Spearman.....	64

Organização dos Grupos de Análise Comparativa.....	66
Comparação da Adversidade Total entre Grupos ACE.....	67
Comparação entre Grupos BCE.....	67
Análise Comparativa: Efeitos de ACE e BCE no Domínio Psicológico.....	68
Discussão.....	71
Limitações e Pontos Fortes.....	77
Implicações para a Prática.....	80
Conclusão.....	82
Referências.....	84
Anexos.....	123
Declaração de consentimento informado.....	124
Questionário Sociodemográfico.....	127
Family Adverse Consequences Experiences Questionnaire.....	129
Benevolent Childhood Experiences Scale.....	132
WHOQOL-Bref.....	133
Pedido de Apreciação e Parecer À Comissão de Ética.....	135
Autorização dos Respetivos Instrumentos de Estudo.....	136

Introdução

Nas últimas décadas, a literatura tem alterado o paradigma a respeito da importância de competências para o ajustamento do indivíduo. Se, no passado, a ênfase recaía quase exclusivamente sob as competências cognitivas, atualmente, estudos recentes demonstram a crescente importância das competências socioemocionais, seja a nível da saúde, como do bem-estar em geral (Valente, 2019).

A transição desenvolvimental de adolescente para adulto deu origem a um novo conceito do estágio de vida, conhecido como – jovens adultos, que abrange aproximadamente idades compreendidas entre os 18-29 anos (Arnett et al., 2014). O período de transição da adolescência para a idade adulta envolve inúmeras mudanças específicas no desenvolvimento do indivíduo, sendo uma delas a construção de relacionamentos importantes (Arnett et al., 2014), que os preparam para uma vida adulta saudável (McGorry et al., 2007; Ponti & Smorti, 2019). Todavia, este mesmo período atesta uma maior vulnerabilidade e dificuldade psicológica, tais como perturbações mentais (Gustavson et al., 2018; Thomas & Umberson, 2017).

Nas palavras de Ryff & Singer (2014), “*o florescimento interpessoal é uma característica central da qualidade de vida*” (p.30). Nessa perspectiva, a capacidade de os jovens adultos desenvolverem boas relações sociais é primordial para a sua saúde física e psicológica (Breiner et al., 2015). Nomeadamente, um dos fatores que influenciam o funcionamento psicológico e um dos mais vitais é precisamente a qualidade e a interação das relações familiares (Baumeister & Leary, 2017; Demir, 2010).

A família desempenha um papel fundamental na aprendizagem de elementos essenciais da interação, transmissão de valores, crenças, atitudes, comportamentos e competências importantes para o desenvolvimento socioemocional dos seus filhos (Ribeiro,

2023). A literatura sugere que o ambiente dentro da família tem um impacto profundo no bem-estar geral de um indivíduo, incluindo a qualidade de vida, bem-estar e autoconceito (Sood & Gupta, 2024). Contudo, é menos comum a exploração de como este impacto se prolonga até à idade adulta, uma vez que outros fatores podem igualmente desempenhar um papel determinante nessa fase da vida.

Todavia, é importante salientar que a relação entre pais e filhos assume uma importância central no contexto familiar. Como principais cuidadores, os progenitores desempenham um papel fundamental na socialização da criança, influenciando o seu desenvolvimento comportamental, emocional e cognitivo (Navaneetham & Kanth, 2022). Nesse sentido, a transição para a fase jovem adulta traz consigo mudanças, tanto positivas quanto negativas, para as dinâmicas familiares. Acontecimentos indesejáveis, como conflitos familiares regulares, podem interromper o amadurecimento, a autonomia e a saúde emocional e social dos adultos emergentes (Fosco et al., 2012).

Nos últimos anos, tem havido um crescente interesse nas experiências adversas na infância (ACEs), impulsionado pela necessidade de compreender de forma mais aprofundada as suas consequências e impacto (Alves & Maia, 2010; Fernandes, 2011). Diversos estudos associam frequentemente a disfunção familiar e as adversidades na infância, mostrando como estas podem ter efeitos prejudiciais no desenvolvimento psicológico da criança (Andersen, 2021), e à medida que amadurecem na idade adulta (Chartier et al., 2010).

Ainda assim, existem também fatores protetores, tal como as experiências positivas na infância (BCEs), que diminuem significativamente o risco de desenvolvimento de psicopatologias e promovem um crescimento saudável, mesmo em indivíduos que enfrentaram adversidades durante a infância (Silva, 2011). Por conseguinte, estes indivíduos desenvolvem estratégias de adaptação e resiliência (Masten, 2015; Masten & Barnes, 2018).

O modelo de Seligman PERMA concluiu que relações positivas, e nomeadamente BCEs, são determinantes no bem-estar psicológico de um indivíduo (Kern et al., 2015). Contudo, poucos estudos têm integrado ambas as dimensões de forma a compreender o seu impacto combinado e dinâmico na qualidade de vida e no ajustamento psicossocial dos jovens adultos (Masten, 2015; Narayan et al., 2018).

Posto isto, a presente dissertação procura explorar a forma como a perceção das interações familiares na infância pode influenciar o bem-estar psicológico em jovens adultos – com base no conhecimento literário, discute-se o papel dessas interações como possível fator de resiliência. A investigação sugere ainda que indivíduos que experienciaram adversidades na infância, mas que relataram uma perceção positiva das interações familiares (BCEs), podem apresentar maior resiliência e melhores estratégias de coping, em contraste com os que enfrentaram as mesmas adversidades em contextos familiares menos favoráveis. Da mesma forma, explora a possibilidade de a presença de experiências positivas na infância estar relacionada com uma maior autoestima e bem-estar psicológico.

Em síntese, este estudo visa explorar, de forma inovadora, como a perceção das interações familiares na infância está associado ao ajustamento psicossocial dos jovens adultos, destacando os mecanismos que facilitam a resiliência e promovem uma maior qualidade de vida, mesmo perante adversidades. Este trabalho pretende reforçar, assim, a relevância de um contexto familiar positivo como fator protetor e oferecer novas perspetivas para o desenho de intervenções que visem melhorar o bem-estar psicológico nas etapas iniciais da vida adulta.

Assim, esta dissertação está organizada em cinco partes. A primeira parte contempla uma revisão da literatura, onde se aborda o sistema familiar, o seu ambiente, e, por fim, o conflito interparental, oferecendo um enquadramento teórico necessário ao desenvolvimento

do estudo. De seguida, retratam-se as variáveis em estudo – experiências adversas na infância, experiências benevolentes na infância e a qualidade de vida geral. A segunda parte expõe a pertinência e aplicabilidade da investigação, bem como os respetivos objetivos. Na terceira secção, é detalhada a metodologia utilizada, incluindo a descrição da amostra, o delineamento do estudo, os instrumentos aplicados e todo o procedimento de recolha de dados. Na quarta parte, apresentam-se os resultados e na quinta e última parte discutem-se as conclusões, abordando as limitações, sugestões para estudos futuros e as implicações práticas deste trabalho.

Enquadramento Teórico

Sistema Familiar

A família desempenha um papel central na formação da vida social das pessoas. Embora o tamanho e a configuração da família tenham mudado ao longo do tempo, adaptando-se às condições de cada época, esta preserva a sua universalidade como unidade básica da sociedade ao longo da história humana (Bowlby, 1998/2023; Walsh, 2012; Yildirim, 2020). As qualidades, problemas e necessidades da família variam de acordo com a estrutura social da sociedade em que está inserida. No entanto, independentemente do padrão estrutural em que se encontra, os princípios e valores fundamentais que tornam a vida familiar saudável também contribuem para que a vida individual seja significativa e equilibrada. Isto deve-se ao facto de as pessoas satisfazerem muitas das suas necessidades essenciais através do seio familiar (Schumann & Mosley, 1994; Weiss-Laxer et al., 2020; Yildirim, 2020).

O conceito de família é dinâmico e evolui ao longo do tempo, tornando difícil a sua definição única e estática (Rebelo, 2018). Não é apenas a biologia que define a família, mas também as mudanças sociais que moldam as suas diferentes formas. A família, assumindo características distintas em diferentes contextos geográficos, sociais e culturais, pode ser vista como um conjunto de pessoas unidas por laços de parentesco ou afinidade, que coabitam e se apoiam mutuamente, tendo o cuidado das crianças como um dos seus principais objetivos (Rebelo, 2018; Wampler et al., 2020).

Para além disso, é crucial considerar a família como um sistema onde existem interação e benefícios mútuos entre os seus membros. Esta interação influencia a dinâmica de vida dos indivíduos, resultando na criação de um ambiente onde as relações se moldam e reconstróem ao longo do tempo (Yildirim, 2020). A família pode ser definida como uma

estrutura complexa composta por indivíduos que compartilham uma história em comum, possuem laços emocionais e desenvolvem estratégias para atender às necessidades de cada membro e da família como um todo (Bowen, 1978; Carr, 2012; Yildirim, 2020). O sistema familiar é, portanto, um conjunto de elementos interdependentes, onde a interação é influenciada pelas suas características individuais (Yildirim, 2020).

Ainda assim, a família também é influenciada pela saúde física e emocional dos seus membros, ou seja, quando a doença afeta um indivíduo, o impacto transcende a sua esfera pessoal, interferindo de forma significativa na dinâmica familiar. O sofrimento, neste sentido, vai além do indivíduo, afetando toda a unidade familiar. Isso sublinha a necessidade de uma abordagem de saúde que abranja o contexto familiar na sua totalidade (Rebelo, 2018).

Importa por isso reconhecer que a família é afetada quer pela saúde dos seus membros como também pelas suas interações e capacidades individuais, bem como pelos recursos de que dispõe — sejam eles físicos, emocionais, sociais, económicos ou médicos (Sood & Gupta, 2024). Estes fatores estruturam a forma como a família se organiza e enfrenta os desafios do quotidiano (Rebelo, 2018; Weiss-Laxer et al., 2020).

Ambiente Familiar

A família, enquanto unidade social primária, é o primeiro contexto no qual os indivíduos são nutridos, socializados e desenvolvem o sentido de *self*. As pessoas como seres sociais, são profundamente influenciadas tanto pelas suas características inatas como pelo ambiente que os rodeia (Sharma & Hussain, 2021). Nesse sentido, o ambiente familiar desempenha um papel crucial no desenvolvimento, entendido como o conjunto de circunstâncias e condições sociais que moldam o clima dentro das famílias, e impactam diretamente o bem-estar emocional e psicológico dos seus membros (Sood & Gupta, 2024).

O ambiente familiar é composto por várias dimensões: coesão, conflito, aceitação, cuidado e agressão, assim como pela dinâmica e a comunicação entre os seus membros. Outros elementos, como o estabelecimento de limites, regras e responsabilidades partilhadas, também desempenham um papel fundamental (Sharma & Hussain, 2021). Este ambiente, que define o clima e a interação familiar, é influenciado por fatores diversos, incluindo o status socioeconómico, as crenças religiosas, os valores e as interações diárias. Estes fatores moldam a forma como a família se organiza, comunica e mantém relações internas, afetando assim a sua estrutura e funcionamento (Pribesh et al., 2020).

O ambiente e a conexão emocional dentro de uma família são fundamentais para moldar o desenvolvimento individual, influenciando diretamente o comportamento, o crescimento e a personalidade de cada pessoa (Sood & Gupta, 2024). Desta forma, um ambiente familiar adequado desde a infância promove um desenvolvimento saudável, influenciando positivamente a criança no curso da vida. À medida que os indivíduos enfrentam desafios ao longo do tempo, o apoio familiar – tanto emocional como financeiro – torna-se essencial para o sucesso e o bem-estar geral. Um ambiente familiar positivo é, assim, determinante para o crescimento pessoal, o desenvolvimento contínuo e a qualidade de vida (Rasool, 2022). Ao invés, quando esse ambiente é — ou se torna — disfuncional, os seus efeitos podem ser prejudiciais, especialmente durante a fase de transição para a vida adulta (Turner et al., 2019).

A disfunção familiar tem sido amplamente estudada por diversos autores, que destacam o seu impacto significativo na saúde mental dos jovens adultos (Yildirim, 2020).

Um modelo teórico que ajuda a compreender a complexidade das interações familiares é a Teoria dos Sistemas Familiares de Bowen (Bowen, 1978). Esta teoria fornece uma base teórica robusta, de modo a compreender como as dinâmicas familiares influenciam

o impacto que as adversidades vividas na infância têm no desenvolvimento psicológico dos indivíduos. A partir de conceitos-chave, como triângulos, diferenciação do self, família nuclear e relações emocionais, processo de projeção familiar, processo de transmissão multigeracional, corte emocional e posição de irmão (Kerr & Bowen, 1988).

O conceito de triângulos explica como, em famílias disfuncionais, um mecanismo de defesa comum que ocorre é, quando dois membros da família envolvem uma terceira pessoa para aliviar a tensão emocional (Kerr & Bowen, 1988). Embora essa aliança temporária, pareça uma solução, não resolve os problemas subjacentes e perpetua um ciclo de disfunção que se estende até à vida adulta. Em contextos de ACE, esta dinâmica intensifica o stress familiar e compromete o bem-estar das crianças. Ao crescerem num ambiente de dependência emocional e conflito não resolvido, os indivíduos enfrentam maiores desafios na gestão de conflitos e na criação de relações saudáveis, o que afeta diretamente o seu bem-estar psicológico, perpetuando padrões emocionais disfuncionais (Murdock, 2012).

A diferenciação do self descrita por Bowen, é um conceito fundamental para a sua teoria, bem como uma característica recorrente em ambientes disfuncionais. Famílias com um baixo nível de diferenciação limitam a capacidade do indivíduo se separar emocionalmente de outros membros, resultando em fusões emocionais (Bowen, 1978; Brown, 1999). Deste modo, tendem a espalhar o stress de um membro para os demais, exacerbando problemas como ansiedade e baixa autoestima, o que pode comprometer o desenvolvimento de uma identidade forte e independente (Kerr & Bowen, 1988). Consequentemente, resultará em perturbações na saúde mental durante a vida adulta (MacKay, 2012; Murdock, 2012).

Nesse sentido, a família nuclear é o cenário onde as relações emocionais mais intensas ocorrem, e onde o indivíduo aprende as primeiras lições sobre relações interpessoais (Kerr

& Bowen, 1988). Quando este sistema familiar é desadequado, a capacidade do indivíduo para formar relações saudáveis fora da família pode ser gravemente comprometida. Famílias cuja dinâmica é marcada por uma dependência emocional excessiva e por interações predominantemente guiadas por emoções instáveis criam um ambiente de vulnerabilidade, onde os conflitos são frequentemente evitados ou mal resolvidos (Kerr & Bowen, 1988). Essa instabilidade pode aumentar a predisposição dos jovens adultos para desenvolverem problemas psicológicos, como depressão e ansiedade (Cook, 2007).

Famílias disfuncionais não são apenas marcadas por eventos isolados, mas frequentemente funcionam como palco de conflitos intergeracionais, que perpetuam padrões desestabilizadores de relacionamento emocional (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988). Neste âmbito, o processo de projeção familiar explica a forma como os pais tendem a projetar nos filhos as suas ansiedades e expectativas não resolvidas (Kerr & Bowen, 1988). Esta projeção cria um fardo emocional significativo e uma pressão constante sobre os jovens, que frequentemente tentam corresponder a expectativas irrealistas ou lidam com as frustrações dos pais, o que pode comprometer o seu ajustamento social (Bowen, 1978; Cook, 2007). Tal dinâmica, por sua vez, alimenta o ciclo de transmissão multigeracional, no qual padrões emocionais e comportamentais são perpetuados ao longo das gerações (Kerr & Bowen, 1988), por exemplo, em contextos de adversidade, a projeção de ansiedades não resolvidas dos pais, pode resultar em expectativas irrealistas e pressões emocionais sobre as crianças, perpetuando as adversidades entre gerações. Este padrão de disfunção revela-se difícil de interromper, dado que os indivíduos tendem a reproduzir, na sua própria vida, os comportamentos e respostas emocionais internalizados durante a infância. Assim, quando uma geração falha em lidar de forma eficaz com os seus conflitos emocionais, estes são

frequentemente transmitidos para a próxima, perpetuando um ciclo de sofrimento na saúde emocional das famílias (Cook, 2007; Skowron & Friedlander, 1998).

Bowen explica ainda o conceito de corte emocional, referindo-se à tentativa de um indivíduo se afastar emocionalmente da sua família de origem, numa tentativa de escapar à problemática (Kerr & Bowen, 1988). No entanto, este afastamento raramente é eficaz, pois os laços emocionais persistem e contribuem para o agravamento das dificuldades emocionais (Kerr & Bowen, 1988; Murdock, 2012, p. 446). Jovens adultos que recorrem ao corte emocional frequentemente desenvolvem dificuldades em criar novas relações saudáveis, uma vez que as feridas emocionais do passado continuam a moldar o seu comportamento (Kerr & Bowen, 1988; Murdock, 2012, p. 446). Por outro lado, num ambiente adverso, este afastamento pode amplificar os sentimentos de isolamento e dificultar a criação de vínculos saudáveis (Kerr & Bowen, 1988).

Por último, esclarece a posição de irmão, que tem um impacto significativo na formação de identidade e no modo como o indivíduo fraterniza com a família (Haefner, 2014; Kerr & Bowen, 1988). A ordem de nascimento pode influenciar as expectativas e responsabilidades atribuídas a cada irmão, afetando a forma como estes lidam com as pressões externas. Por exemplo, os primogénitos frequentemente sentem o peso de responsabilidades excessivas, como os papéis parentais, enquanto os irmãos mais novos podem sentir-se negligenciados, ambos resultando em dificuldades emocionais que persistem até à idade adulta (Kerr & Bowen, 1988; Yildirim, 2020). Estas dinâmicas familiares influenciam o desenvolvimento das competências sociais e emocionais, resultando frequentemente no estabelecimento de padrões de comportamento que perduram na vida adulta (Yildirim, 2020).

Além de fatores sistêmicos, é crucial reconhecer o impacto que a disfunção familiar, quando marcada por dinâmicas emocionais diminuídas como a formação de triângulos, a falta de diferenciação do self e a projeção familiar pode ter consequências profundas na saúde mental dos jovens adultos (Matos & Costa, 2011). Contudo, a qualidade das interações familiares e a capacidade de romper com ciclos de disfunção, através de processos de cura emocional e comunicação saudável, podem funcionar como fator protetor, mitigando a negatividade no bem-estar psicológico dos jovens adultos (Matos & Costa, 2011).

As reflexões de Bowen oferecem uma lente essencial para interpretar como o contexto familiar molda o desenvolvimento emocional e psicológico dos jovens adultos (Matos & Costa, 2011). Paralelamente, é fundamental integrar outras perspectivas que analisem a estrutura familiar e o seu impacto direto nas dinâmicas internas e na saúde mental dos seus membros.

Um panorama incide sobre a abordagem estrutural da terapia familiar, que se foca nas interações entre os membros da família e como estas moldam o bem-estar psicológico (Minuchin, 1974). A estrutura familiar é composta por demandas funcionais invisíveis que regulam a comunicação entre os seus membros, demandas essas que incluem regras sobre quem desempenha determinadas funções, tais como brincar, conversar ou cuidar dos outros (Murdock, 2012). Por esse motivo, é crucial identificar as alianças e posições ocupadas por cada membro da família, sobretudo em momentos de conflito (Minuchin et al., 2007; Sovani, 2018).

Esta abordagem sustenta que a patologia não reside no indivíduo, mas sim no sistema familiar (Minuchin, 1974; Sovani, 2018). Através da sua observação, Minuchin revela que, em famílias saudáveis, os limites entre pais e filhos são claros e mais flexíveis, permitindo assim uma negociação. Em contrapartida, nas famílias disfuncionais, podem surgir coalizões

e hierarquias de poder. Nestes casos, uma criança pode ser forçada a assumir um papel parental, na ausência emocional ou física de um dos progenitores (Minuchin, 1974). Assim, para uma intervenção eficaz, é necessário mapear as interações entre os membros da família e corrigir o desequilíbrio entre os mesmos, reestruturando o sistema familiar (Minuchin, 1974).

No contexto da teoria dos sistemas familiares, existem três conceitos chave que ajudam a entender o funcionamento e a disfunção familiar: a homeostase familiar, as fronteiras familiares e as coalizões familiares (Sovani, 2018). O conceito de homeostase familiar refere-se ao equilíbrio dinâmico que uma família tenta manter, mesmo que esse equilíbrio seja disfuncional. As famílias tendem a resistir à mudança, mantendo padrões comportamentais que garantem a estabilidade do sistema familiar, mesmo quando esses padrões são prejudiciais (Bowen, 1978). Quando uma família se encontra presa em padrões disfuncionais, essa resistência à mudança pode perpetuar comportamentos negativos, impactando diretamente a saúde mental dos jovens adultos (Minuchin, 1974).

Já as fronteiras familiares dizem respeito às barreiras invisíveis que definem os limites entre subsistemas dentro da família (e.g. entre pais e filhos), mas também entre a família e o mundo exterior. As fronteiras podem ser rígidas, claras ou difusas. Quando são rígidas, podem provocar isolamento emocional; quando claras são saudáveis e equilibradas, quando se tornam difusas, resultam em desorganização, onde os papéis e responsabilidades não estão bem definidos (Minuchin, 1974).

Finalmente, as coalizões familiares focam-se nas dinâmicas de poder, onde dois membros da família se aliam de forma deliberada contra um terceiro, criando um desequilíbrio que frequentemente gera fragmentação na unidade familiar. Um exemplo clássico seria, uma mãe e um filho que se unem contra o pai, criando animosidade e

isolamento entre os membros da família (Haley, 1963). Embora este conceito divida algumas semelhanças com o conceito de triângulos, conforme apresentado na teoria de Bowen, nomeadamente a formação de alianças entre membros da família, existem nuances importantes entre esses mecanismos que devem ser considerados. Enquanto o triângulo tende a perpetuar ciclos de dependência emocional, as coalizões familiares contribuem para tensões e ressentimentos mais explícitos, afetando diretamente a coesão e o funcionamento saudável da família (Titelman, 2012).

Em síntese, as dinâmicas familiares descritas exercem uma influência marcante no ajustamento psicossocial dos indivíduos (Bowen, 1978; Minuchin, 1974) – agravando dificuldades emocionais e comprometendo a capacidade de estabelecer limites pessoais e alcançar uma autonomia emocional (Bowen, 1978). Estas dinâmicas perpetuam um ciclo de vulnerabilidade psicológica que, uma vez iniciado, torna-se difícil de interromper (Bowen, 1978).

Todavia, enquanto estas análises teóricas procuram compreender os mecanismos subjacentes que conectam a disfunção familiar aos efeitos emocionais e estruturais de longo prazo (Bowen, 1978; Minuchin, 1974), o modelo Circumplexo de Olson oferece uma visão complementar. Este modelo foca-se na exploração de intervenções que interrompam ciclos disfuncionais, sublinhando a importância do funcionamento familiar saudável (Olson et al., 2019).

Modelo Circumplexo de Olson

O modelo circumplexo de Olson (2000a) foca-se nos sistemas conjugais e familiares (Olson & Gorall, 2003; Olson et al., 2014; 2019), e tem sido amplamente utilizado para investigar o funcionamento das famílias e dos seus membros, especialmente em situações de

eventos de vida significativos ou em diferentes estágios do ciclo de vida familiar (Szcześniak & Tułeczka, 2020). Este modelo é então constituído por três dimensões inter-relacionadas: coesão, flexibilidade e comunicação – que são fundamentais para a adaptação e resiliência familiar (Dunst, 2021).

A coesão refere-se às crenças e comportamentos que caracterizam o vínculo emocional entre os membros da família, como a tomada de decisões em conjunto, interesses partilhados, tempo de qualidade passado em família e o respeito pelos limites de cada membro. Foca-se na harmonia entre a união e a separação dos membros da família, ou seja, na capacidade de manter laços próximos sem comprometer a individualidade de cada um (Olson, 2000a). Este equilíbrio, quando presente, proporciona um ambiente familiar seguro e estável, atuando como um fator protetor para a qualidade de vida no jovem adulto (Dunst, 2021). No entanto, níveis excessivos ou insuficientes de coesão podem originar problemas, como dependência emocional ou alienação, prejudicando o desenvolvimento e ajustamento dos indivíduos (Dunst, 2021).

A segunda dimensão, flexibilidade, compreende os papéis familiares, tais como regras, estilos de negociação e níveis de controlo na adaptação a mudanças, destacando a capacidade da família de se ajustar entre a estabilidade e a mudança nas circunstâncias familiares (Olson, 2000a). Frequentemente, o termo "*adaptabilidade*" é utilizado como sinónimo de flexibilidade neste contexto (Olson, 2000a; Olson & Gorall, 2003). Famílias com alta flexibilidade conseguem enfrentar desafios de maneira mais eficaz, oferecendo um suporte dinâmico e estável, contribuindo também para um melhor ajustamento e bem-estar (Dunst, 2021).

A comunicação, como terceira dimensão, desempenha também um papel fundamental, pois é o meio pelo qual coesão e flexibilidade são mantidas. Abrange as

habilidades, padrões interativos e comportamentos que facilitam interações positivas entre os membros da família. Isso inclui o respeito e a confiança mútuos, a escuta ativa, a comunicação não verbal eficaz e a clareza nas mensagens (Olson, 2000a). A comunicação aberta e clara entre os membros da família facilita o suporte emocional e a resolução de conflitos, promovendo assim o funcionamento harmonioso da família, especialmente se esta enfrenta situações familiares disfuncionais (Olson, 2000a).

Neste sentido, os pontos fortes familiares como as crenças, valores, comunicação e resolução de problemas (Olson, 2000a; Olson & Gorall, 2003) são recursos importantes que podem mitigar os efeitos negativos de distúrbios na infância (Everri et al., 2016). A presença de uma aliança parental forte e positiva, que promova esses pontos fortes, pode ajudar a reduzir os impactos de práticas patológicas e criar um ambiente mais saudável e resiliente para o desenvolvimento dos indivíduos. Na meta-análise de Dunst (2021) é evidenciado que as dimensões do modelo circumplexo são preditores robustos de diversos resultados positivos na saúde e bem-estar psicológico, incluindo satisfação com a vida e com o relacionamento conjugal (Amerikaner et al., 1994; Olson et al., 2019; Saladino et al., 2020).

Assim, o modelo circumplexo oferece um enquadramento útil para compreender a importância das interações familiares, e como a saúde familiar positiva pode ajudar a promover um sentimento de pertença e cuidado (Schumann & Mosley, 1994). A integração deste modelo reforça a ideia de que a qualidade das relações familiares e a capacidade de adaptação da família desempenham papéis centrais no desenvolvimento e bem-estar ao longo da vida, especialmente para aqueles que vivenciaram situações adversas ou disfuncionais na infância (Dunst, 2021).

Neste sentido, a complexidade dos sistemas familiares reflete-se nas dinâmicas que podem reforçar ou fragilizar o bem-estar psicológico. Por exemplo, um estudo conduzido por

O'Hara et al. (2021) com crianças provenientes de famílias divorciadas ou separadas, considerou que relacionamentos de alta qualidade entre pai e filho atuariam como um amortecedor eficaz contra o medo de abandono em cenários de desestruturação familiar. Embora a literatura frequentemente sublinhe o papel protetor de vínculos parentais positivos (DeBoard-Lucas et al., 2010), este estudo não encontrou evidências que apoiassem essa hipótese no contexto analisado, sugerindo que os efeitos protetores dessas relações podem ser condicionados por outras variáveis do ambiente familiar. Estes resultados ressaltam a complexidade das interações familiares e os desafios inerentes à preservação da coesão e do bem-estar psicológico dos seus membros (Sandler et al., 2008, 2013).

Conflito Interparental

O conflito é uma realidade inevitável nas relações próximas, sendo o conflito interparental, em particular, determinante na criação do clima familiar, com implicações significativas para o bem-estar de todos os membros da família (Cummings & Davies, 2010). O conflito interparental (IPC) refere-se a interações entre os pais que envolvem divergências de opinião, podendo estas ser predominantemente negativas ou positivas (Cummings & Davies, 2010; Martin et al., 2018). A exposição ao IPC é um fator de stress significativo em todas as estruturas familiares (Cummings & Davies, 2010; Harold & Sellers, 2018). Frequentemente designado por conflito conjugal, este é considerado um fenómeno comum e inevitável nas relações conjugais, manifestando-se em desacordos ou disputas de emoções indesejáveis sobre questões do dia-a-dia familiar, como a gestão doméstica ou a educação dos filhos, sendo ainda conceptualizado como um construto associado à disfunção familiar (Kopystynska et al., 2020; O'Leary & Vidair, 2005). Não obstante, essa forma de conflito

difere significativamente do conceito de violência interparental (Telman et al., 2016), que se refere à exposição de violência perpetrada por um progenitor ou cuidador, em casa.

O conflito interparental é um construto multidimensional, que pode ser avaliado como construtivo ou destrutivo, mensurado com base nas suas características, tais como frequência, intensidade, conteúdo e resolução (Cummings & Davies, 2010). Concretamente, o conflito é construtivo quando os pais procuram resolver as suas divergências de forma adequada (Cummings & Davies, 2010), recorrendo a estratégias positivas, como chegar a consensos, comunicar de forma eficaz e demonstrar cordialidade e apoio, tanto entre o casal como entre os pais e os filhos, independentemente dos desacordos (Bergman et al., 2016; Warmuth et al., 2020). Por outro lado, o conflito torna-se destrutivo quando ocorre com elevada frequência e intensidade, manifestando-se através de hostilidade, raiva, ou comportamentos agressivos, físicos e/ou verbais, sem que haja uma resolução adequada, o que acaba por ameaçar a estabilidade familiar (Kumar & Mattanah, 2018; Warmuth et al., 2020).

A natureza do conflito, ou seja, se é construtivo ou destrutivo, desempenha um papel crucial na compreensão dos efeitos do conflito interparental nas crianças (Lopes, 2023). O modo como o conflito é conduzido pode influenciar o desfecho: discussões que envolvem uma abordagem construtiva, com boa comunicação, tendem a resultar em efeitos mais positivos (van Eldik et al., 2020). Este tipo de abordagem não só reduz as reações negativas e os problemas de ajustamento nas crianças, mas também contribui para o fortalecimento de aspetos positivos no seu desenvolvimento psicossocial (McCoy et al., 2009). Por outro lado, o uso de agressão verbal ou física gera impactos mais negativos (Benetti, 2006), na medida em que baixos níveis de satisfação conjugal, combinados com conflitos intensos, frequentes e mal resolvidos, tendem a prejudicar a relação entre pais e filhos, evidenciando a interdependência entre as dinâmicas conjugais e parentais (Erel & Burman, 1995). Estudos

sugerem que casais que se esforçam para melhorar a satisfação conjugal adotam práticas parentais mais eficazes, enquanto aqueles que não se envolvem ou não investem na relação conjugal tendem a ter práticas parentais menos positivas (Merrifield & Gamble, 2013). Assim, fortalecer a relação conjugal pode ter benefícios diretos e indiretos na dinâmica entre pais e filhos, afetando não só as interações diárias, mas também criando um ambiente emocionalmente mais estável e seguro para os filhos (Lopes, 2023).

A respeito da frequência, a literatura evidencia que jovens expostos de forma repetida a conflitos interparentais apresentam uma maior vulnerabilidade às suas consequências negativas (Fincham & Hall, 2005; Grych & Fincham, 1990; van Eldik et al., 2020). Isto indica que quem passa por essas situações com mais frequência tende a vivenciar níveis mais elevados de intimidação (Lopes, 2023). Relativamente à intensidade, estudos indicam que, ao presenciarem o conflito, os jovens primeiro avaliam a sua relevância e o seu nível de ameaça (Fosco et al., 2007). Esse processo de avaliação constante e intensificação do conflito é identificado como um fator de risco importante para o desajustamento psicossocial (Fosco et al., 2007). No que diz respeito à resolução, quando os pais conseguem lidar de forma construtiva com os seus desentendimentos, oferecem aos filhos, exemplos positivos de como resolver problemas (van Eldik et al., 2020). Por outro lado, conflitos mal resolvidos/ não resolvidos tendem a criar um maior desequilíbrio para as crianças, em comparação aos que são devidamente resolvidos (Cummings & Davies, 2010; Davies & Cummings, 1994).

A presença prolongada de conflitos interparentais é considerada um fator de risco significativo para o desajustamento em todos os domínios da saúde e bem-estar da criança e adolescente (Buehler et al., 1997; Harold & Sellers, 2018; van Eldik et al., 2020). Em particular, o conflito destrutivo tem um impacto negativo duradouro na saúde mental ao longo da vida (Kumar & Mattanah, 2018). De acordo com a Organização Mundial da Saúde

(OMS, 2004), tais fatores de risco familiares “*podem ter um impacto mais forte na saúde mental em períodos sensíveis ao longo da vida, e até mesmo ter impacto entre gerações*” (p. 22). O DSM-5 também reconhece o “*stress no relacionamento parental*” como um problema relacional que pode afetar a saúde mental e física das crianças e, portanto, é incluído na lista de “*outras condições que podem ser um foco de atenção clínica*” (pp. 175-176) (APA, 2013).

A literatura evidencia que crianças e adolescentes em contextos disfuncionais tendem a enfrentar múltiplos desafios no seu ajustamento socioemocional (Rhoades, 2008), resultando em problemas de internalização e externalização (Buehler et al., 2007; Crockenberg & Langrock, 2001; Grych, 1998; Jekielek, 1998; Sha'ked et al., 2013), baixa autoestima (Krishnakumar & Buehler, 2000) e dificuldades em estabelecer relações e competências sociais (Cowan & Cowan, 2007; Schoppe-Sullivan et al., 2007). Esses efeitos negativos podem perdurar até à vida adulta, manifestando-se através de níveis elevados de sofrimento psicológico e complexidades nas suas relações familiares (Goeke-Morey et al., 2013; Holahan et al., 1994; Lucas-Thompson & Hostinar, 2013).

Na idade adulta, estes indivíduos podem apresentar sintomas internalizantes, como depressão, ansiedade e isolamento, além de sintomas externalizantes, incluindo agressividade, problemas de conduta e comportamento antissocial, bem como dificuldades acadêmicas, problemas de saúde, distúrbios do sono e desafios sociais e interpessoais (Fergusson & Horwood, 1998; Harold & Sellers, 2018; Hunt et al., 2017). Estes efeitos prolongam-se com associações a abuso de substâncias, baixa qualidade de relacionamento, comportamentos desadaptativos em relações românticas (Darling et al., 2008; Miga et al., 2012) e ainda evitação afetiva (Cusimano & Riggs, 2013). A gestão negativa dos conflitos, o aumento da frequência dos mesmos e uma comunicação mais precária também estão associados significativamente ao conflito interparental (Braithwaite et al., 2016; Cui &

Fincham, 2010; Delevi, 2008). Além disso, fatores de stress ao longo da vida podem ser agravados, dificultando a regulação da raiva em contextos laborais/ sociais, afetando negativamente as relações sociais (Cui et al., 2008; Fergusson & Horwood, 1998; Johnson et al., 2001; Zaman et al., 2020).

Nesse sentido, o conflito interparental abrange não apenas o relacionamento conjugal, mas também a qualidade da parentalidade, com consequências significativas para a dinâmica familiar (Kopystynska et al., 2020). A exposição das crianças ao IPC pode levar ao esgotamento emocional dos pais (Erel & Burman, 1995; Zhen et al., 2022), o que os torna menos sensíveis às carências dos filhos (Sherrill et al., 2017) e, como resultado, prejudica o seu desenvolvimento psicológico (Zhen et al., 2022). A redução da sensibilidade parental pode comprometer o atendimento das necessidades primárias, aumentando o risco de sofrimento emocional e psicológico nas crianças (Costa et al., 2019; Ryan & Deci, 2017; Vansteenkiste & Ryan, 2013). Como Bowlby (1982) e Ainsworth (1979) indicaram, as interações precoces com os cuidadores são cruciais para o desenvolvimento emocional das crianças. Estas primeiras experiências influenciam não só a autoidentificação e o bem-estar, mas também as percepções e comportamentos ao longo da vida – incluindo em jovens adultos, como demonstrado por Zhen et al. (2022), que associaram a satisfação das necessidades psicológicas a uma diminuição do humor negativo e dos sintomas depressivos entre estudantes universitários. Também nos EUA, indivíduos cujas necessidades psicológicas básicas foram atendidas apresentaram humor mais positivo, maior vitalidade psicológica e menos queixas de saúde, como dificuldade para respirar e dor (Reis et al., 2000; Zhen et al., 2022).

Assim, a hipótese de transbordamento (*spillover hypothesis*) (Krishnakumar & Buehler, 2000) sugere que a negatividade presente no subsistema parental, como o conflito

destrutivo e a hostilidade, se estende ao subsistema pai-filho, criando um ambiente familiar disfuncional (Cummings & Davies, 2010; Harold et al., 2012). Neste contexto, o stress interparental e os problemas psicológicos dos pais podem afetar negativamente as relações com os filhos (Kaufman & Zigler, 2020; van Dijk, 2024). A tensão familiar não compromete apenas a qualidade do ambiente doméstico, mas também contribui para práticas parentais inadequadas, como negligência ou comportamentos abusivos, tais como hostilidade, abuso sexual e físico (Smith & Thornberry, 2002; Wang & Liu, 2014). Estudos demonstram que a relação pai-filho desempenha um papel mediador significativo na ligação entre o IPC e problemas internalizantes, nomeadamente a depressão (Braithwaite et al., 2015) e a ansiedade (Ran et al., 2021). De igual forma, a comunicação, entre pais e filhos tem sido investigada como um mediador importante na relação entre o IPC e a depressão (Ying et al., 2018).

Em suma, o conflito interparental não só compromete a qualidade das relações familiares, como também se repercute na saúde mental dos jovens adultos, que frequentemente carregam consigo as consequências emocionais e comportamentais resultantes dessas dinâmicas conflituosas na infância (Harold & Sellers, 2018; van Dijk, 2024).

Experiências Adversas na Infância (ACE)

A psicopatologia do desenvolvimento procura compreender por que motivo alguns indivíduos seguem um percurso de desenvolvimento típico, enquanto outros apresentam um percurso atípico, marcado por sofrimento e sintomas que podem comprometer a sua adaptação ao meio envolvente (Cicchetti, 2023). Esta abordagem reconhece a natureza complexa e multifatorial do desenvolvimento humano, destacando que uma mesma

experiência pode levar a diferentes desfechos (multifinalidade), enquanto diferentes trajetórias podem resultar num mesmo resultado psicopatológico (equifinalidade) (Cicchetti & Rogosch, 1996). Assim, as histórias e experiências vividas pelo indivíduo podem aumentar ou reduzir a probabilidade de desenvolver uma patologia, dependendo dessa interação dinâmica (Portela, 2021).

O conceito de infância pode ser abordado a partir de diversas perspectivas, desde psicológicas até sociais. É considerada uma fase que define a criança, de acordo com a sua maneira única de ser, agir e pensar, bem como o contexto em que está inserida (Caderno & Arantes, 2017). Nesse sentido, a infância como etapa crucial do desenvolvimento humano, engloba as experiências vividas pelos indivíduos que são integradas num contínuo, em que aquando negativas podem ter um impacto duradouro ao longo da vida (Pereira & Viana, 2015). Nesse contexto, Cicchetti & Rogosch (1996) destacam que o desenvolvimento humano é caracterizado por múltiplas trajetórias, as quais podem ser influenciadas por fatores de risco, como as experiências adversas na infância (ACE), e fatores protetores, como as experiências positivas na infância e a resiliência. Essas interações dinâmicas podem resultar em trajetórias adaptativas, em que o indivíduo supera adversidades, ou desadaptativas, marcadas por sofrimento psicológico e dificuldades de adaptação. Esse modelo reforça a importância de compreender os mecanismos pelos quais essas vivências moldam os desfechos de desenvolvimento (Cicchetti, 2023).

As experiências adversas na infância (ACE) são eventos traumáticos vivenciados por crianças e adolescentes, até aos 18 anos de idade (Crouch et al., 2019). Essas experiências abrangem uma ampla gama de ocorrências, incluindo negligência (física ou emocional), disfunção familiar (violência doméstica, perda parental por morte, divórcio ou separação, psicopatologia parental, abuso de substâncias psicoativas parentais e prisão de um dos

membros da família) e abuso (físico, emocional ou sexual) (Crouch et al., 2019; Felitti et al., 1998). Considera-se negligência quando um ou ambos os cuidadores falham em garantir o desenvolvimento adequado da criança, apesar de terem capacidade para o fazer. Essa falha pode abranger diversas áreas, como saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e/ou condições de vida seguras (Martins, 2014).

Por seu turno, o abuso pode ser definido em três tipos, nomeadamente abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico ou emocional (Russotti et al., 2021). O abuso físico refere-se a qualquer ação que cause dano físico à criança, como pontapés, murros, beliscões, queimaduras, cortes, fraturas ou nódoas negras. O abuso sexual ocorre quando há contacto sexual indesejado ou quando um adulto utiliza a criança, ou permite que ela seja utilizada, para gratificação sexual. Já o abuso psicológico ou emocional envolve situações em que um adulto, ao exercer uma posição de autoridade, humilha a criança, sendo agressivo, provocador e deixando-a emocionalmente fragilizada (Carrol-Lind, 2006).

Esse tipo de adversidade, assim como outras formas de abuso e negligência, não surge de forma isolada. Em muitos casos, a ocorrência de ACEs está relacionada a uma série de fatores predisponentes que aumentam a probabilidade de uma criança vivenciar essas experiências. Entre os principais fatores estão os contextos familiares e sociais em que a criança está inserida, bem como características individuais que podem contribuir para uma maior vulnerabilidade a contextos adversos (Lam et al., 2014).

No nível familiar, fatores como a saúde mental dos pais, o histórico de abuso e a presença de violência doméstica são preditores importantes de ACEs. Crianças que crescem em ambientes onde há abuso de substâncias ou problemas psicopatológicos frequentemente enfrentam uma dinâmica familiar instável e prejudicial ao seu desenvolvimento (Felitti et al.,

1998; Kim et al., 2021). Além disso, o histórico de trauma nos progenitores é um fator crucial, pois pais que sofreram ACEs tendem a perpetuar esse ciclo aos filhos (Wright et al., 2012).

Relativamente aos fatores contextuais, nuances como condições de habitação precárias, condições socioeconómicas mais desfavorecidas e a falta de suporte social desempenham um papel determinante (Walsh et al., 2019). Na investigação de Lowthian et al. (2021), descobriram que tanto a privação social quanto as ACEs aumentam de forma independente o risco de problemas de saúde mental no indivíduo. Bem como, Straatmann et al. (2020) estimaram que ACEs mediavam a relação entre as desvantagens socioeconómicas e os problemas comportamentais, contribuindo com cerca de um sexto do aumento do risco. Também o crescimento em comunidades, caracterizadas por altos níveis de disfunção social e/ou ambiental aumentam o risco de negligência e violência (CDC, 2021; Evans, 2004). A exposição a essas condições de risco cria um ambiente em que a vulnerabilidade a experiências adversas é substancialmente ampliada (CDC, 2021; Fagrell Trygg et al., 2019; Hargreaves et al., 2019).

A psicologia tem vindo a destacar amplamente a disfunção e a psicopatologia (Gable & Haidt, 2005), sendo o estudo das experiências adversas e os seus efeitos negativos bem documentados (Almeida et al., 2021). Tais efeitos incluem problemas físicos, cognitivos, emocionais, comportamentais (e.g vitimização e comportamentos antissociais) e psicológicos (Braga et al., 2018; Gunay-Oge et al., 2020; Merrick et al., 2020). Estudos epidemiológicos indicam que, anualmente, milhões de crianças em todo o mundo são impactadas por experiências adversas na infância. Assim, procurou-se dedicar particular atenção à análise do impacto das ACEs, considerando-as um fator crucial para o desenvolvimento físico, mental e para a saúde integral na vida adulta (Felitti et al., 2019).

A infância e a adolescência são fases essenciais para o desenvolvimento e maturação cerebral, sendo que as experiências vividas nessas etapas têm um impacto significativo nos padrões de comportamento na vida adulta (Bastos, 2015; Pires & Miyazaki, 2005; Souza & Kantorski, 2003). Os desfechos negativos observados em indivíduos expostos às ACEs são explicados por mecanismos e processos subjacentes que interagem para moldar trajetórias desadaptativas. Essas experiências adversas afetam sistemas biológicos e psicológicos essenciais, comprometendo a regulação emocional, o funcionamento cerebral e as estratégias de enfrentamento (Cicchetti & Rogosch, 1996).

No âmbito biológico, a exposição prolongada ao stress ativa o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), resultando em níveis elevados de inflamação crônica e alterações na estrutura cerebral, como a redução do volume do hipocampo (Danese & McEwen, 2012; Teicher & Samson, 2016). Por exemplo, no estudo de Danese & McEwen (2012), crianças expostas a maus-tratos apresentaram uma redução no volume do córtex pré-frontal, além de uma ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) bem como níveis elevados de inflamação; ora em adultos com o mesmo histórico, além de alterações semelhantes, foi observada uma redução no volume do hipocampo, quando comparados com adultos que não passaram por essas adversidades (Vizard et al., 2022).

As ACEs estão relacionadas a impactos negativos significativos na saúde física, além das alterações neurobiológicas (Merrick et al., 2020). Pessoas que experienciaram adversidades na infância têm maior probabilidade de desenvolver condições crônicas, como hipertensão e doenças cardiovasculares (Felitti et al., 1998; Ingelfinger, 2023). Estes efeitos são exacerbados pela presença de inflamação sistêmica prolongada e pela desregulação do eixo HPA (Danese et al., 2011). Adicionalmente, comportamentos de risco, incluindo sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool, são mais frequentes entre indivíduos

com história de ACEs, agravando ainda mais os impactos na saúde física ao longo da vida (Felitti et al., 1998, 2019).

Psicologicamente, a desregulação emocional, o padrão de vinculação desorganizado e o uso de estratégias de coping mal-adaptativas são comuns entre indivíduos expostos a ACEs, exacerbando os riscos de perturbações internalizantes, como depressão e ansiedade (Assche et al., 2020) e externalizantes, como comportamentos agressivos e abuso de substâncias (Kessler et al., 2010; Morgan et al., 2021). Esses impactos afetam profundamente o desenvolvimento psicológico das vítimas, muitas vezes deixando cicatrizes emocionais duradouras (Cecconello & Koller, 2019).

Assim, o trauma psicológico causado por ACEs pode variar em intensidade e duração, dependendo de fatores como severidade, tipo de evento e contexto em que ocorreu (Eizirik et al., 2006; Loh et al., 2010). Ademais, o impacto pode diferir entre indivíduos, conforme a resiliência e suporte social (Sharma & Hussain, 2021). É importante ressaltar que as consequências do trauma, seja pela vivência direta ou pela assistência a eventos traumáticos, têm efeitos amplos e diferenciados, muitas vezes dificultando o desenvolvimento saudável (Beilharz et al., 2019) – mesmo quando sobrevivem a adversidades na infância, mantêm profundas cicatrizes físicas e emocionais que afetam a saúde psicológica e social ao longo da vida (Cecconello & Koller, 2019).

Portanto, a violência e a negligência ameaçam não apenas a saúde, mas também o potencial das crianças de crescerem e se tornarem adultos capazes de construir famílias e comunidades sólidas (Souza & Kantorski, 2003). Diversos estudos têm indicado que experiências traumáticas na infância estão associadas a um maior uso de serviços de saúde, comportamentos delinquentes, transtornos alimentares, menor nível de satisfação com a vida

e risco de comportamentos suicidas (Jackson et al., 2023; Lowthian et al., 2021; Straatmann et al., 2020).

Igualmente, as ACEs afetam profundamente o funcionamento social (Herrenkohl et al., 2016; Hyland et al., 2019; McCrory et al., 2019). Indivíduos expostos a adversidades, frequentemente têm repercussões significativas na saúde social, refletindo-se em dificuldades na formação de relações interpessoais saudáveis – devido à falta de confiança, habilidades de regulação emocional precárias e estratégias de coping disfuncionais (Poole et al., 2018; Valtorta et al., 2016). Consequentemente, esse quadro aumenta a prevalência de isolamento social, que se manifesta pela ausência de relações satisfatórias e pela solidão percebida como uma discrepância entre o contato social desejado e o real (Forster et al., 2020; Sheikh, 2018; Weber et al., 2021).

Relacionamentos sensíveis com adultos são fundamentais para promover um desenvolvimento saudável e proteger as crianças, ajudando-as a superar experiências que podem levar a problemas de saúde mental como perturbações da personalidade e do comportamento (Assche et al., 2020), bem como aumento do sofrimento e reatividade (Beilharz et al., 2019) na idade adulta (Felitti et al., 2019).

Apesar dos avanços na literatura sobre experiências adversas na infância (ACEs), persiste uma lacuna significativa na compreensão de como a qualidade das interações familiares, particularmente a integração entre adversidades e experiências benevolentes (BCEs), influencia a qualidade de vida em jovens adultos. A literatura atual tem-se concentrado predominantemente nos impactos isolados das ACEs, desconsiderando muitas vezes a complexa interação entre fatores de risco e proteção. Essa lacuna é especialmente relevante no contexto da transição para a vida adulta, uma fase crítica do desenvolvimento onde os efeitos acumulados dessas interações familiares são amplificados.

O presente estudo visa abordar estas lacunas, investigando de que forma as BCEs podem moderar os efeitos das ACEs sobre os diferentes domínios da qualidade de vida, com ênfase no domínio psicológico. Além disso, ao explorar como diferentes dimensões dessas interações contribuem para trajetórias de desenvolvimento mais adaptativas ou desadaptativas, este estudo propõe uma análise integrada dos fatores de risco e proteção, contribuindo para um corpo de investigação teórico e empírico que possa servir de base para intervenções direcionadas a promover a resiliência e o bem-estar nesta população.

Experiências Benevolentes na Infância

As experiências benevolentes na infância (BCEs) desempenham um papel crucial como fator protetor, ao fomentar um desenvolvimento saudável, mesmo em contextos disfuncionais (Silva, 2011). Essas experiências têm a capacidade de mitigar diretamente o risco de psicopatologia, incluindo para os indivíduos que experienciam níveis elevados de adversidade na infância (Narayan et al., 2018). O ponto basilar mantém-se no facto dessas experiências mediar o impacto de traumas, conferindo resiliência ao indivíduo (Merrick et al., 2019; Narayan et al., 2018).

No âmbito da perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento (Cicchetti & Toth, 2005; Toth & Cicchetti, 2013), vínculos afetivos e interações sociais precoces com cuidadores são essenciais para a aquisição de competências de desenvolvimento, como autocontrolo, regulação emocional e empatia. A literatura evidencia que, em termos desenvolvimentais, relacionamentos de qualidade com familiares e outros adultos significativos, aliados a comportamentos parentais eficazes e uma autoimagem positiva, promovem o bem-estar psicológico na idade adulta (Cicchetti & Toth, 2005; Sroufe, 1979; Waters & Cummings, 2000). Não obstante, destaca-se que a ausência de BCEs pode ter um

efeito tão ou mais prejudicial que a exposição a traumas, refletindo-se em desfechos adversos ao longo da vida (Crandall et al., 2019; Wright et al., 2012).

No que diz respeito ao domínio psicobiológico, as mudanças neurológicas associadas às ACEs, como a desregulação do eixo HPA, são um exemplo de como as adversidades podem afetar a fisiologia do indivíduo, influenciando diretamente o autoconceito e as interações interpessoais (Larsen & Buss, 2008). Por outro lado, as BCEs desempenham um papel compensatório, promovendo processos psicológicos que favorecem a construção de uma personalidade adaptativa e resiliente (Narayan et al., 2018). Esta relação é central para explicar como as BCEs podem reconstituir ou minimizar os danos causados pelas ACEs a nível biológico e psicológico (Cifci et al., 2024).

Neste sentido, é amplamente reconhecida a relação entre as experiências benevolentes na infância e o fortalecimento da resiliência, sublinhando que estas vivências desempenham um papel fundamental na neutralização dos efeitos prejudiciais de adversidades precoces e estão associadas a uma melhor funcionalidade na idade adulta (Crandall et al., 2019; Narayan et al., 2018). Assim, quanto maior a frequência e extensão temporal das experiências benevolentes, maior a probabilidade de desenvolvimento de uma base sólida para a adaptação emocional e social na vida adulta (Reich et al., 2010). Evidências empíricas indicam que fatores familiares como proximidade, lealdade e proteção estão associados à diminuição dos riscos de desajustes psicossociais (Pinto, 2022).

Esta temática reforça a importância de fatores de proteção no contexto de resiliência (Gunay-Oge, 2020; Southwick & Charney, 2012; Zimmerman, 2013). Uma vez que, de forma independente, são proporcionados comportamentos saudáveis que, atenuam o impacto dos fatores de risco em outcomes do desenvolvimento (Zimmerman, 2013). Esses, possibilitam o crescimento cognitivo e social pós-traumático (Cicchetti & Rogosch, 2009) facilitando o

desenvolvimento de estratégias de coping, de autoestima, de autoeficácia e a construção de um funcionamento resiliente (Skodol et al., 2007; Yamaoka & Bard, 2019). Isto é, relacionamentos parentais positivos e comportamentos adequados – mesmo diante de eventos traumáticos – podem fomentar um crescimento contínuo e relações saudáveis entre os jovens adultos (Bronfenbrenner, 1994; Cicchetti & Rogosch, 2009; Masten, 2015; Skodol et al., 2007).

Cyrułnik (1999) refere que *“a resiliência concebe a capacidade de resposta a um trauma, e a capacidade de ser feliz apesar de este ter sido marcante na vida”*. O autor também enfatiza que a resiliência é a capacidade de evolução como pessoa no processo da sua história vital individual: *“A resiliência é a capacidade que a criança tem para triunfar, viver e desenvolver-se de modo positivo, de maneira socialmente aceitável apesar da tensão, da adversidade ou mesmo da agressão que ela possa ter sofrido”* (p. 42).

Sob este prisma, a interação entre ACEs e BCEs não é uma simples oposição entre fatores de risco e proteção, mas sim um processo complexo, em que os dois se influenciam mutuamente, ao longo da trajetória desenvolvimental (Cifci et al., 2024; Crandall et al., 2019). Por um lado, se as ACEs são amplamente reconhecidas como preditores de desfechos negativos na saúde mental, incluindo transtornos emocionais (Han et al., 2023), as BCEs emergem como moduladores para atenuar esses efeitos, em contextos de adversidade (Sever et al., 2024).

Assim, a literatura sublinha que os efeitos dessas experiências não são universais (Cifci et al., 2024). Variam conforme uma série de fatores contextuais, como a qualidade do apoio familiar, o envolvimento de cuidadores secundários, o nível de apoio social disponível e as características individuais, das quais impactam de forma distinta os marcos de desenvolvimento ao longo da vida (Sever et al., 2024). Ademais, criar um ambiente que

promova o desenvolvimento emocional e social saudável pode proporcionar uma base sólida, permitindo que os indivíduos transformem as adversidades em oportunidades de crescimento. Através de redes de apoio, são aprofundadas estratégias de coping eficazes, promovendo uma adaptação psicossocial mais robusta na vida adulta (Damian & Simonton, 2015; Han et al., 2023). Logo, este aspeto evidencia a importância de promover um suporte familiar positivo, especialmente em contextos adversos, de forma a prevenir o impacto das ACEs e otimizar o bem-estar psicológico ao longo da vida (Sever et al., 2024).

A título de exemplo, indivíduos que experienciam adversidades significativas, mas simultaneamente possuem relações consistentes e de alta qualidade com cuidadores, apresentam melhor desempenho académico e menor risco de desajuste psicossocial na idade adulta (Appleyard et al., 2005; Collishaw et al., 2007; Sroufe et al., 2005). Este equilíbrio dinâmico entre adversidade e proteção é particularmente visível em estudos que exploram os efeitos de BCEs sobre a saúde mental a longo prazo, revelando que estas experiências podem neutralizar parcialmente os danos provocados por ACEs (Cifci et al., 2024). Nomeadamente, nos estudos de Howell et al. (2010) e de Lieberman et al. (2005), verificaram-se efeitos positivos semelhantes, associados à qualidade dos cuidados prestados, que se relacionam com a diminuição de problemas comportamentais e o fortalecimento de competências sociais, em crianças expostas à violência.

Qualidade de Vida Geral

A crescente necessidade da introdução de uma nova perspetiva humanística nos cuidados de saúde tem sido amplamente reconhecida (Irtelli & Durbano, 2020). Assim, a saúde moderna exige uma abordagem que transcenda a eliminação de sintomas, colocando o bem-estar integral como prioridade. Este entendimento requer uma perspetiva mais inclusiva

e completa, que abranja não só a dimensão física, mas também os aspetos psicológicos, emocionais e sociais da vida dos indivíduos (Irtelli & Durbano, 2020).

O conceito de *bem-estar* é definido pela Organização Mundial da Saúde como o estado ideal de saúde, tanto a nível individual como comunitário (Sood & Gupta, 2024), compreendendo diversas dimensões que influenciam a experiência humana, nomeadamente as esferas físicas, sociais, emocionais, ocupacionais, intelectuais e espirituais (Catanescu, 2019). Compreender e abordar estas dimensões é fundamental para uma visão holística do bem-estar, especialmente ao considerar fatores que podem fragilizá-lo ou fortalecê-lo, como as experiências vividas na infância e o seu outcome no desenvolvimento. Trata-se de um processo contínuo de escolhas conscientes que visam maximizar o potencial do indivíduo, promovendo uma vida plena e satisfatória, sustentando o crescimento pessoal e o bem-estar geral (Deci & Ryan, 2000; Seligman, 2004).

Para lidar com estas exigências, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma iniciativa pioneira ao criar uma análise de mensuração para a *qualidade de vida*, promovendo um modelo integral de saúde e de cuidados primários (Veenhoven, 2024; Whoqol Group, 1995). O presente construto destaca-se pela consideração de diversas dimensões da vida humana e pela integração de aspetos subjetivos e objetivos na avaliação da saúde (Saita & Tamanza, 2009) sejam fatores culturais, étnicos ou até a neurodiversidade (Chapman, 2021; Chapman & Carel, 2022). A premissa central é garantir que o tratamento e o cuidado de cada indivíduo sejam orientados pela compreensão do seu contexto de vida, das suas relações sociais e perceções pessoais de bem-estar (Irtelli & Durbano, 2020).

Por outras palavras, a qualidade de vida (QV) surgiu como uma métrica essencial no campo da saúde pública, avaliando o bem-estar para além da saúde física (Al-Shibani & Al-Kattan, 2019; Lodhi et al., 2017). O conceito foi introduzido nas ciências sociais na década

de 1970 e, com o tempo, passou a ser amplamente utilizado em áreas como a medicina, psicologia e políticas de saúde. Dessa forma, a qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive, bem como os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Sood & Gupta, 2024; Whoqol Group, 1995). De seu caráter multidimensional, engloba aspetos físicos, psicológicos, sociais e ambientais (Veenhoven, 2024; Whoqol Group, 1995).

À medida que o pensamento científico evolui, especialmente no campo da saúde, a compreensão da *qualidade de vida* expandiu-se para incluir a perspectiva biopsicossocial (Vincenti, 2018; Saita, 2014). Este paradigma, proposto por Engel (1977), desafiou o modelo biomédico tradicional, que via a doença de forma meramente física (Engel, 1992). A abordagem biopsicossocial considera assim que a saúde e a doença são o resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Saita, 2014). Neste contexto, o modelo biopsicossocial é particularmente relevante porque reconhece que o bem-estar de um indivíduo não pode ser compreendido apenas através da avaliação objetiva dos seus parâmetros físicos, como a ausência de doença ou incapacidade (Engel, 1977, 1992). Por exemplo, uma pessoa pode viver com uma doença crónica, mas sentir-se satisfeita com a sua vida, o que indica uma alta qualidade de vida (Irtelli & Durbano, 2020). Da mesma forma, uma pessoa aparentemente saudável pode relatar uma baixa qualidade de vida se estiver insatisfeita com as suas relações sociais ou com o ambiente em que vive. Este equilíbrio é central para o ajustamento psicossocial, onde as BCEs, (e.g. apoio familiar consistente) ajudam os indivíduos a desenvolver estratégias de coping para desafios na vida adulta, enquanto as ACEs podem exacerbar dificuldades, prejudicando a integração social e a estabilidade emocional (Han et al., 2023). Deste modo, este modelo reforça a ideia de que a *qualidade de vida* é um conceito subjetivo, influenciado pela forma como o indivíduo

percebe e vivencia a sua realidade (Al-Shibani & Al-Kattan, 2019; Lodhi et al., 2017; Wei et al., 2015; Whoqol Group, 1998; WHO, 1996).

Assim sendo, de forma a compreender em que base é avaliada a qualidade de vida, a OMS evidencia diferentes domínios que compõem o bem-estar de uma pessoa (OMS, 2020):

1) Saúde física: refere-se ao funcionamento do corpo, à ausência de dor e à capacidade de realizar atividades diárias. Este domínio avalia a percepção do indivíduo sobre a sua saúde física, considerando a intensidade de sintomas (e.g. dor ou fadiga) e a sua capacidade de se locomover e executar tarefas. As ACEs, como disfunção familiar ou abuso parental, frequentemente resultam em stress crónico adverso, predispondo os indivíduos a doenças psicossomáticas e condições crónicas na vida adulta (Choi et al., 2017; Ingelfinger, 2023). Por outro lado, as BCE, como vínculos afetivos, podem atenuar os efeitos nocivos dessas experiências, promovendo a resiliência física e a capacidade de recuperação (Breedlove et al., 2021).

2) Bem-estar psicológico: inclui aspetos como a satisfação com a vida, a presença de emoções positivas (e.g. alegria e contentamento) e ausência de emoções negativas (e.g. ansiedade e depressão). Este domínio é essencial, pois afeta diretamente a forma como o indivíduo se relaciona consigo próprio e com os outros. A saúde mental e emocional é, muitas vezes, o principal determinante da qualidade de vida em pessoas que enfrentam situações de calamidade. O impacto das relações parentais é particularmente pronunciado na esfera psicológica – as ACEs estão fortemente associadas ao desenvolvimento de transtornos como depressão, ansiedade e transtornos de personalidade (Andersen, 2021; Marcussen et al., 2020; Merikukka et al., 2020; Perales et al., 2017; Turner et al., 2019). Contudo, indivíduos que vivenciam BCEs são mais propensos a fortalecer a autoestima e habilidades de regulação

emocional, contribuindo para a prevenção de distúrbios psicológicos na transição para a vida adulta (Oge et al., 2020; Rollins & Crandall, 2019).

3) Relações sociais: este domínio refere-se à qualidade das interações com outras pessoas, incluindo a satisfação com os relacionamentos familiares e sociais. O apoio social tem um papel fundamental na manutenção da saúde psicológica, sendo frequentemente apontado como um fator protetor contra o desenvolvimento de doenças do foro mental. Por sua vez, as ACE podem interferir no desenvolvimento de competências interpessoais, levando a dificuldades em construir relações de confiança na vida adulta. Em contraste, as BCE, como uma comunicação aberta no ambiente familiar, fomentam o desenvolvimento de vínculos saudáveis e satisfatórios ao longo da vida (Le et al., 2023).

4) Ambiente: abrange aspetos como a segurança física, as condições de habitação, os recursos financeiros e o acesso a serviços de saúde. O ambiente em que a pessoa vive pode ter um impacto direto na sua qualidade de vida, pois um ambiente seguro com recursos essenciais proporciona uma base sólida para o bem-estar físico e mental (Whoqol Group, 1998; Irtelli & Durbano, 2020). Adversidades como negligência parental ou insegurança habitacional durante a infância são associadas a perceções negativas do ambiente na vida adulta, enquanto as BCEs como a estabilidade do lar e acesso a recursos criam uma base para um desenvolvimento saudável (Nshimirimana et al., 2023; Turner et al., 2019).

Assim, compreender as experiências adversas e benevolentes na infância é essencial para compreender o bem-estar e, consequentemente a qualidade de vida ao longo do ciclo vital, destacando-se o papel das BCE na atenuação dos potenciais efeitos negativos das ACE (Baglivio & Wolff, 2021). Para tal, foram desenvolvidos instrumentos específicos para medir a qualidade de vida, como o WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006), sendo este último uma versão abreviada que avalia a qualidade de vida em diferentes culturas

e grupos populacionais. Estes instrumentos permitem que a qualidade de vida seja avaliada tanto de forma genérica como em contextos específicos, como no caso de doenças crônicas ou condições psicológicas (Skevington et al., 2004).

Em vista disso, questionários de autorrelato são frequentemente utilizados para mensurar a qualidade de vida, permitindo que os indivíduos expressem a sua visão sobre os vários aspetos da sua vida (Bardage et al., 2005; Engel, 1977, 1992; Saita & Tamanza, 2009). Um aspeto essencial do instrumento é a sua subjetividade. Ao contrário de medidas objetivas, como exames de saúde, este procedimento baseia-se em grande parte na perceção individual (Saita, 2009) como referido anteriormente. Para duas pessoas com condições de saúde semelhantes, a qualidade de vida pode ser radicalmente diferente devido à forma como cada uma percebe e lida com as suas circunstâncias. Esta variabilidade torna a definição particularmente desafiante de medir e interpretar, refletindo a natureza complexa e individualizada da experiência humana (Irtelli & Durbano, 2020). Além disso, a conciliação de medidas objetivas e subjetivas oferece uma perspetiva mais ampla e equilibrada da saúde e do bem-estar (Zhang et al., 2012).

Por conseguinte, estes instrumentos desempenham um papel vital na identificação de necessidades, monitorização de intervenções e desenvolvimento de estratégias para melhorar o bem-estar das populações. Num mundo em constante mudança, onde a saúde é considerada uma componente integrada da vida, a qualidade de vida continua a ser um construto central para orientar políticas de saúde e promover uma existência mais plena e satisfatória (Veenhoven, 2024; OMS, 2020).

Embora exista uma ampla documentação sobre o impacto das experiências adversas na infância no bem-estar mental e físico, ainda persistem lacunas na sua compreensão, nomeadamente, quanto às repercussões na qualidade de vida em fases posteriores.

Adicionalmente, é limitado o conhecimento sobre como Experiências Benevolentes na Infância podem mitigar os impactos negativos das ACE nos diferentes domínios da qualidade de vida. Este estudo pretende abordar essas lacunas, contribuindo para uma visão mais abrangente e integradora dos fatores que promovem uma vida saudável e equilibrada, especialmente na transição para a idade adulta.

Objetivos

A presente dissertação tem como objetivo principal investigar de que forma a qualidade das interações familiares na infância está associada ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida em jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. Especificamente, o estudo pretende: a) explorar o efeito das experiências adversas na infância (ACE) sobre os diferentes domínios da qualidade de vida, com ênfase no domínio psicológico; b) analisar se as experiências positivas (BCE) moderam a relação entre ACEs e os indicadores de saúde mental, atenuando os seus efeitos negativos. Esperamos que a) os jovens adultos com um maior número de ACEs apresentem menores níveis de qualidade de vida e bem-estar psicológico, comparativamente a indivíduos com um menor número de ACEs; b) a presença de BCEs atue como um fator moderador, reduzindo os efeitos negativos das ACEs nos indicadores de qualidade de vida e saúde mental; c) os jovens adultos que experienciaram níveis elevados de BCEs apresentem melhores resultados em termos de resiliência e ajustamento psicossocial, independentemente dos níveis de ACEs.

Assim, esta investigação enquadra-se na necessidade de compreender os mecanismos subjacentes às trajetórias adaptativas ou desadaptativas ao longo do desenvolvimento. Este estudo pretende contribuir para a compreensão das possíveis influências familiares no bem-estar psicológico de jovens adultos, sublinhando a importância da perceção de apoio familiar na moderação dos efeitos das adversidades e experiências positivas na infância. Pretendemos, deste modo, fornecer dados empíricos que podem informar estratégias de prevenção e promoção do bem-estar em populações vulneráveis.

Método

Participantes

Para a participação no presente estudo, estabelecemos como critérios de inclusão: jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. Por outro lado, considerámos como critérios de exclusão os jovens adultos que recusassem o termo de consentimento informado, jovens adultos órfãos, e os que apresentassem algum tipo de défice cognitivo ou perturbação pelo uso de substâncias, que impedissem a adequada compreensão e/ou o correto preenchimento dos questionários.

Participaram no estudo 251 jovens adultos de ambos os sexos (73.7% do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M=22.13$; $DP=1.95$).

Relativamente ao nível de escolaridade, 31.1% ($n=78$) dos participantes frequentaram o ensino secundário, 59% ($n=148$) a licenciatura e 10% ($n=25$) o mestrado.

Quanto ao acompanhamento psicológico, a amostra foi maioritariamente constituído por pessoas que nunca tiveram 45.4% ($n=114$), porém 40.6% ($n=102$) dos participantes tiveram no passado. Por fim, 61% ($n=153$) dos participantes refere ter os pais casados e outros 29.5% ($n=74$) têm os pais separados/ divorciados.

No que se refere ao ambiente familiar, a maioria dos participantes considerou ter um bom ambiente 37.1% ($n=93$), outros 27.1% ($n=68$) consideraram o ambiente muito bom, e 17.9% ($n=45$) é relativo ao ambiente nem mau, nem bom, por fim, 13.1% ($n=33$) qualificaram o ambiente como mau.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é composto por questões que abordam aspetos pessoais e familiares do participante, incluindo: sexo, idade, nível de escolaridade, histórico de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, o estado relacional dos pais durante a infância, e a perceção do ambiente familiar durante esse período.

Family Adverse Consequences Experiences Questionnaire” (ACEs) – Questionário da História de Adversidade na Infância (Felitti & Anda, 1998; adaptado por Silva & Maia, 2008)

É um questionário de autorrelato para adultos, que pretende avaliar a ocorrência de experiências de adversidade até ao início da idade adulta. Ele é composto por 77 itens organizados em questões dicotómicas, de escolha múltipla ou resposta breve. As adversidades enfrentadas durante a infância dividem-se em três categorias principais: situações que afetam diretamente o indivíduo, disfunções no ambiente familiar e casos de negligência.

Posteriormente é apresentada uma breve caracterização de cada uma das categorias, tal como foram descritas e estudadas no âmbito do grupo de investigação referido (Anda et al., 2006): (1) Abuso emocional é uma categoria estimada numa escala de *Likert*, que varia entre 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes), caracterizando-se pela presença frequente ou muito frequente de circunstâncias onde acontecem ofensas ou existe medo de violência física, sendo consideradas através das seguintes questões “*Quantas vezes os seus pais, padrastos ou outro adulto que vivia em sua casa o insultou ou lhe disse palavrões?*”, “*Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa agiram de forma que o deixou com medo de*

que o magoassem fisicamente?” e “Quantas vezes os seus pais, padrastos ou outro adulto que vivia em sua casa ameaçou bater ou atirar com alguma coisa mas não o fez?”. (2) Abuso físico é uma categoria avaliada numa escala Likert que varia de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) e é caracterizada pela presença recorrente ou muito recorrente, sendo classificada como ("algumas vezes", "muitas" ou "muitíssimas vezes") de circunstâncias em que a criança foi submetida a agressões violentas por um adulto, resultando em sequelas. A avaliação desta categoria é feita por meio das seguintes questões “*Com que frequência lhe bateram?”*”, “*Com que severidade lhe bateram?”* (que varia entre 0 “não forte” e 4 “muito forte”), “*Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa efetivamente o puxou, agarrou ou atirou com alguma coisa?”*”, e “*Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa lhe bateram com tanta força que deixou marcas ou feriu?”*”. (3) Abuso sexual é caracterizado pela ocorrência de envolvimento sexuals prévia aos 18 anos de idade, com um sujeito adulto ou que, pelo menos, seja cinco anos mais velho. Tais experiências são especificamente relacionadas a interações com adultos, que podem incluir membros da família, pessoas que coabitam no mesmo lar, amigos da família, ou desconhecidos. Por sua vez, esta categoria recorre a uma escala dicotômica de resposta, “Sim” ou “Não” (Silva & Maia, 2008), “*Algum adulto tocou ou acariciou o seu corpo de uma forma sexualizada?”*”, “*Tocou o corpo delas de uma forma sexualizada?”*” “*Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo?”*”, “*Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo?”*”. (4) Exposição à violência doméstica é avaliada mediante a adaptação da Escala de Táticas de Conflito (Anda et al., 2006), através de quatro elementos, nos quais se conclui a presença de ameaça ou agressão física à mãe/ madrasta. As perguntas alusivas a esta categoria são “*Com que frequência o seu pai, padrasto ou namorado da mãe puxou, agarrou ou atirou com alguma coisa?”*”, “*Pontapeou, mordeu, bateu com a mão, ou bateu*

com algum objeto?”, *“Bateu repetidamente durante alguns minutos?”*, *“Ameaçou com uma faca ou arma, ou usou uma faca ou arma para magoar?”*. É classificado como exposição a situações de violência doméstica se qualquer um desses aspetos tiver acontecido "algumas vezes", "muitas" ou "muitíssimas vezes". (5) Abuso de substâncias no ambiente familiar é avaliado com base no consumo de álcool ou drogas por alguém que morava com o indivíduo, através de duas questões categóricas, *“Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?”* e *“Havia alguém em sua casa que usasse drogas?”*. (6) Divórcio ou separação parental é cotado com base numa questão binária *“Os seus pais eram divorciados ou separados?”*. (7) Prisão de um membro da família é avaliada por meio de uma pergunta dicotómica *“Alguém em sua casa esteve na prisão?”*. (8) Doença mental ou suicídio é caracterizado pela existência de um membro da família que, durante a infância do participante, enfrentava de alguma forma uma doença mental ou que tenha feito uma tentativa de suicídio. A avaliação desta categoria é realizada com base nas perguntas de resposta binária, como *“Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?”* e *“Alguma das pessoas que vivia consigo tentou suicidar-se ou suicidou-se?”*. (9) Negligência física é caracterizada como uma postura de passividade e ausência de atendimento às necessidades básicas da criança, tanto em nível físico quanto biológico. Esta categoria é avaliada através de afirmações diretas e invertidas em que se apura, numa escala de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes), a frequência deste tipo de experiências. As afirmações utilizadas são *“Não tinha o suficiente para comer.”*, *“Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.”* e pelos seguintes itens formulados de forma oposta *“Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger.”*, *“Havia quem lavasse a roupa.”*, *“Havia quem me levasse ao médico caso necessitasse.”*. Considera-se que a experiência aconteceu se algum dos itens for classificado como "muitas" ou "muitíssimas vezes". (10)

Negligência emocional é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades emocionais e afetivas da criança. Esta categoria, pontuada numa escala de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) é constituída pelas afirmações “*Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante.*”, “*Senti-me amado*”, “*As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros.*”, “*As pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras.*”, “*A minha família era fonte de força e suporte.*”. Considera-se que a experiência aconteceu se algum dos itens for classificado como "nunca" ou "raramente" (Silva & Maia, 2008).

Para cada indivíduo, tendo em conta o valor em cada uma das categorias de adversidade previamente apresentadas, é calculada uma nova variável – *Adversidade Total* (Silva & Maia, 2008). A Adversidade Total é obtida através da soma dos valores atribuídos a cada participante em cada uma das categorias, atribuindo-se o valor "zero" se o sujeito não relata essa forma de adversidade ou o valor “um” se essa adversidade é relatada (na maior parte das formas de adversidade, isto implica adversidade “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”). Esta variável pode oscilar entre 0 (se o indivíduo não apresenta resultado positivo em nenhuma das categorias) e 10 (se o participante obtém pontuação positiva em todas as categorias) (Silva & Maia, 2008).

O estudo da fiabilidade deste instrumento, através de um teste-reteste com 644 participantes, apurou um coeficiente de Kappa de .56 a .72 para as categorias de abuso físico, abuso emocional e violência doméstica, e de .46 a .86 para as restantes categorias, o que levou os autores a concluírem que o instrumento demonstra capacidades psicométricas adequadas para a população geral portuguesa (Dube et al., 2004; Pinto et al., 2014).

Os valores apresentados para a consistência interna (α) referem-se à amostra da presente pesquisa, sendo que os índices de α variam de .17 a .85, dependendo da dimensão

avaliada: interna total de $\alpha = .77$ e, Abuso emocional $\alpha = .85$, Abuso físico $\alpha = .74$, Abuso sexual $\alpha = .81$, Exposição à violência doméstica $\alpha = .83$, Abuso de substâncias no ambiente familiar $\alpha = .17$, Doença mental ou suicídio $\alpha = .44$, Negligência física $\alpha = .49$, e Negligência emocional $\alpha = .81$.

Benevolent Childhood Experiences Scale” (BCEs) – Escala de Experiências Benevolentes na Infância (Narayan et al., 2018; versão portuguesa de Almeida et al., 2021)

É um instrumento que avalia a presença de experiências positivas e recursos ocorridos entre os 0 e 18 anos. É composto por 10 questões que devem ser respondidas utilizando um formato de resposta binária “Sim” ou “Não”, que visam identificar a segurança em termos relacionais e aspetos internos, a qualidade de vida positiva e previsível e o suporte interpessoal (e.g., “Teve pelo menos um cuidador com quem se sentiu seguro?”, “Teve bons vizinhos?”, “Gostava de si ou se sentia-se confortável consigo próprio?”). Os itens são avaliados para formar uma pontuação que representa o total de tipos de experiências positivas na infância, variando entre 0 e 10. Uma pontuação mais elevada indica a presença de experiências mais positivas (Almeida et al., 2021).

A versão original apresentou fiabilidade teste-reteste de .89 (Narayan et al., 2018) e a versão portuguesa apresentou um valor de consistência interna de .68 (Almeida et al., 2021). Na presente amostra, especificamente, o valor do alfa de Cronbach foi .63 de consistência interna do instrumento.

“WHOQOL-Bref” – Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group, 1994; versão portuguesa de Canavarro et al., 2006)

É um instrumento que representa uma medida genérica, multidimensional e multicultural, destinado a proporcionar uma avaliação subjetiva da qualidade de vida em diversas condições, abrangendo tanto distúrbios psicológicos e físicos, quanto indivíduos saudáveis (Gagliardi et al., 2021). A tradução deste instrumento segue a metodologia recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), abrangendo um estudo piloto qualitativo, desenvolvimento da escala de resposta e estudo de campo qualitativo. Composto por 26 itens numa escala tipo Likert de 1 a 5, este instrumento divide-se em quatro domínios essenciais: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (Whoqol Group, 1998; Canavarro et al., 2006).

A estrutura do instrumento integra facetas específicas dentro de cada domínio, proporcionando uma análise mais detalhada e abrangente. Essas facetas são projetadas para resumir a experiência em cada domínio particular, enquanto a faceta geral de Qualidade de Vida permite uma visão global (Gagliardi et al., 2021). Sendo assim, a avaliação do WHOQOLBref ocorre através de um sistema de pontuação que permite a análise por domínios e facetas específicas. Três itens requerem inversão (itens 3, 4, 26) e o resultado é transformado numa escala de 0 a 100 – ou seja, pontuações mais elevadas indicam uma melhor perceção de qualidade de vida (Whoqol Group, 1998; Vaz Serra et al., 2006).

A fiabilidade do WHOQOL-Bref é evidenciada pelo Alfa de Cronbach, que varia entre .64 (domínio Relações Sociais) e .87 (domínio Físico). Quanto à reprodutibilidade, não são observadas diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos domínios, com coeficientes de correlação variando entre .65 (domínio Relações Sociais) e

.85 (domínio Psicológico). A validade desta medida é sustentada pela sua capacidade de discriminação, demonstrando uma distinção eficaz entre indivíduos normativos e aqueles que apresentam patologias médicas associadas. Além disso, a validade de construto é revelada por correlações estatisticamente significativas entre domínios e uma forte associação com a faceta geral da Qualidade de Vida (Whoqol Group, 1998; Canavarro et al., 2007).

Em síntese, o WHOQOL-Bref emerge como uma ferramenta robusta e abrangente, sendo uma alternativa válida à versão longa o WHOQOL-100, sobretudo em situações de difícil aplicabilidade (Gagliardi et al., 2021; Vaz Serra et al., 2006). Desse modo, oferece insights valiosos em diversos contextos, proporcionando uma compreensão aprofundada dos diferentes domínios que compõem essa experiência complexa. Apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de construto e estabilidade teste-reteste, tornando-o um bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal (Vaz Serra et al., 2006).

Na presente amostra, o domínio físico apresentou um alfa de Cronbach de .80, o domínio psicológico $\alpha = .86$, o domínio relações sociais $\alpha = .73$, e o domínio ambiente $\alpha = .79$, sendo o valor alfa da escala total de .92.

Procedimento

O estudo teve início após a aprovação pela Comissão de Ética da Universidade Lusíada. Todos os procedimentos envolvidos na recolha e tratamentos dos dados foram realizados de acordo com a Declaração de Helsínquia, assim como com a lei da Proteção de Dados Pessoais n.º 67/98 de 26 de outubro e Deliberação n.º 227/2007, e também de acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

O delineamento seguido foi quantitativo e transversal, com recurso a um processo de amostragem não probabilística, designado de amostragem de conveniência, e o método utilizado denomina-se de *bola-de-neve* (Maroco, 2007).

A participação no estudo ocorreu através de um link disponibilizado no Google Forms, que inicialmente, foram enviados por e-mail e mensagens diretas nas redes sociais. A divulgação expandiu-se organicamente, com os primeiros participantes a partilharem o convite, incentivando outros a participar. Antes de responderem às escalas, todos os participantes tiveram acesso a um guião informativo detalhado (Anexo A), que incluía os objetivos e procedimentos do estudo, assegurava a confidencialidade e o carácter voluntário da participação, e informava sobre o direito de desistir a qualquer momento. As instruções para o preenchimento dos questionários foram fornecidas de forma clara e sucinta, destacando sempre o carácter pessoal e a pertinência de responder a todas as perguntas. A compreensão e aceitação dos termos apresentados foi considerada como consentimento informado, em conformidade com os princípios éticos da investigação.

O tempo estimado para a conclusão do questionário estava indicado, permitindo que orientassem a sua disponibilidade para participação no estudo. No que concerne ao processo em si, procurou-se estabelecer uma comunicação transparente, ética e eficaz com os participantes, de modo a garantir uma adesão informada e uma recolha de dados consistente.

Posto isto, os questionários que integravam o estudo, eram – primeiramente, um Questionário Sociodemográfico (Anexo B), de seguida o Questionário da História de Adversidade na Infância (ACEs) (Anexo C), a Escala de Experiências Benevolentes na Infância (BCES) (Anexo D) e, por fim, o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) (Anexo E).

Plano de Análise de Dados

A análise de dados foi concretizada com recurso ao software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – 29). O procedimento foi realizado em três etapas: (a) descritiva, (b) analítica e (c) interpretativa (Corbin & Strauss, 2015) – tendo sido realizadas análises estatísticas descritivas, que permitiam resumir os dados da amostra em valores representativos e análises inferenciais para testar os objetivos específicos.

No que se refere aos procedimentos estatísticos inferenciais, recorreu-se à utilização de testes não paramétricos para analisar as variáveis em estudo, uma vez que os dados não atenderam aos pressupostos de normalidade. Inicialmente, foram aplicadas correlações de Spearman para determinar a relação entre as variáveis independentes – adversidade total e BCE – e todos os domínios abrangidos pela escala WHOQOL-BREF: domínio geral, domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio ambiente. De modo a analisar a relação entre as experiências de infância e as diferentes dimensões na qualidade de vida.

Subsequentemente, para analisar a diferença entre os grupos com altos e baixos níveis de ACE na variável Adversidade Total e, de BCE na variável geral de BCE, realizou-se o teste U de Mann-Whitney.

Aplicou-se ainda o teste de Kruskal-Wallis, com o objetivo de explorar as diferenças nos níveis de qualidade de vida psicológica entre quatro quadrantes, formados a partir da combinação das variáveis experiências adversas na infância (ACE) e experiências positivas na infância (BCE). A variável dependente considerada nesta análise foi a qualidade de vida psicológica em jovens adultos do questionário WHOQOL-BREF, designada por WOQPSC.

Este teste permitiu identificar se existiam diferenças significativas nas medianas da qualidade de vida psicológica entre os quadrantes, evidenciando, assim, possíveis variações no bem-estar psicológico em função das experiências adversas e benevolentes na infância.

Além disso, procedeu-se a comparações par a par entre os quadrantes, ajustadas pela correção de Bonferroni, para identificar diferenças significativas específicas entre cada par de grupos. Estes testes permitiram uma análise detalhada das interações entre os quadrantes, clarificando como a presença ou ausência de experiências adversas e positivas influencia a qualidade de vida psicológica.

Resultados

As estatísticas descritivas das escalas ACE, BCE e WHOQOL-Bref utilizadas neste estudo são apresentadas na Tabela 1, oferecendo uma visão geral das variáveis em análise.

O valor médio na dimensão ACE – Adversidade Total foi de 1.98 (DP = 1.72), indicando que, em média, os participantes relataram duas experiências adversas na infância, variando entre um mínimo de 1 e um máximo de 8. De forma detalhada, os participantes relataram ter experienciado diferentes tipos de adversidades na infância, das quais as mais reportadas consistiram na doença mental ou suicídio de algum familiar (42.2%); o divórcio ou separação dos pais (35.9%) e o abuso físico. Outras adversidades incluíram abuso emocional (23.1%), exposição ao abuso de substâncias (21.9%) e negligência emocional (19.1%). Menor frequência foi observada em negligência física (9.2%), exposição à violência doméstica (5.6%), abuso sexual (4.8%) e familiares presos (2%). Em relação à variabilidade das experiências, os valores médios e os desvios-padrão sugerem que a maior variabilidade ocorreu nas experiências de abuso físico ($M = .34$, $DP = .47$) e presença de doença mental ou suicídio ($M = .42$, $DP = .495$), enquanto a menor foi observada na experiência de prisão familiar ($M = .02$, $DP = .140$).

No que concerne às BCE Total, este apresentou um valor médio de 8.76 (DP = 1.53), indicando que a maioria dos participantes obtiveram uma pontuação próxima da máxima (10) de experiências positivas na infância. Relativamente ao WHOQOL-Bref, uma vez que o resultado é transformado numa escala de 0-100, a média total – Domínio Geral – foi de 73.36 (DP = 18.69), valor que sugere uma avaliação positiva na qualidade de vida. A dimensão psicológica (64.16 (DP = 18.85) destacou-se como a mais baixa entre as variáveis.

Tabela 1*Estatísticas Descritivas das Variáveis*

			Amostra Total (<i>n</i> = 251)	
	<i>n</i>	%	M	DP
Adversidade Total	.	.	1.98	1.72
ACE Abuso emocional	58	23.1	.23	.422
ACE Abuso físico	85	33.9	.34	.474
ACE Abuso sexual	12	4.8	.05	.214
ACE Exposição à violência	14	5.6	.06	.230
ACE Abuso de substâncias	55	21.9	.22	.414
ACE Divórcio/ Separação	90	35.9	.36	.481
ACE Prisão Familiar	5	2	.02	.140
ACE Doença mental/ Suicídio	106	42.2	.42	.495
ACE Negligência física	23	9.2	.09	.289
ACE Negligência emocional	48	19.1	.19	.394
BCE	.	.	8.76	1.53
WHOQOL Geral	.	.	73.36	18.69
WHOQOLFísico_100	.	.	73.92	15.85
WHOQOLPsicológico_100	.	.	64.16	18.85
WHOQOLRelações Sociais_100	.	.	72.38	19.12
WHOQOLAmbiente_100	.	.	73.68	14.42

Nota: ACE – Questionário de Experiências Adversas na Infância; BCE – Escala de Experiências Benevolentes na Infância; WHOQOL-Bref – Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde;

Análise do teste de normalidade

Realizámos o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov para identificar o método de análise estatística mais adequado às características da amostra (paramétrico ou não

paramétrico). Os resultados, apresentados na Tabela 2, indicaram que as variáveis não seguem uma distribuição normal ($p < 0.05$), pelo que procedemos a uma análise não paramétrica dos dados da amostra.

Tabela 2

Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	gl	Sig.
Adversidade Total	0.200	251	<0.001
ACE Abuso emocional	0.477	251	<0.001
ACE Abuso físico	0.424	251	<0.001
ACE Abuso sexual	0.541	251	<0.001
ACE Exposição à violência	0.540	251	<0.001
ACE Abuso de substâncias	0.482	251	<0.001
ACE Divórcio/ Separação	0.414	251	<0.001
ACE Prisão Familiar	0.537	251	<0.001
ACE Doença mental/ Suicídio	0.381	251	<0.001
ACE Negligência física	0.533	251	<0.001
ACE Negligência emocional	0.495	251	<0.001
BCE	0.243	251	<0.001
WHOQOL Geral	0.204	251	<0.001
WHOQOLFísico	0.085	251	<0.001
WHOQOLPsicológico	0.120	251	<0.001
WHOQOLRelações Sociais	0.136	251	<0.001
WHOQOLAmbiente	0.067	251	0.008

Nota: ACE – Questionário de Experiências Adversas na Infância; BCE – Escala de Experiências Benevolentes na Infância; WHOQOL-Bref – Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde;

Correlação de Spearman

Calculámos as correlações de Spearman para determinar a relação entre as variáveis independentes (adversidade total e BCE) e todos os domínios abrangidos pela escala WHOQOL-Bref – domínio geral, domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio ambiente (Tabela 3).

A análise inicial revelou uma correlação negativa moderada entre a adversidade total e a qualidade de vida geral, $r(249) = -.27, p < 0.001$, indicando que níveis elevados no total de adversidades vivenciadas na infância estão associados a uma menor qualidade de vida. No que concerne à associação da adversidade total com a qualidade de vida psicológica (WOQPSIC), obteve-se uma correlação negativa significativa, $r(249) = -.25, p < 0.001$. Esta relação sugere que adversidades na infância estão associadas a piores resultados no bem-estar psicológico na vida adulta. A análise revelou uma correlação negativa fraca entre a adversidade total e a qualidade física (WOQFISICO), $r(249) = -.20, p = 0.002$, assim como com a qualidade de relações sociais (WOQREL), com $r(249) = -.16, p = 0.009$. Ou seja, os dados indicam que as adversidades estão relacionadas a efeitos negativos na saúde física e nas relações sociais na vida adulta. Identificou-se ainda uma correlação negativa moderada entre a adversidade total e o domínio ambiente da qualidade de vida (WOQAMB), $r(249) = -.33, p < 0.001$. Isso sugere que os participantes que experienciaram mais adversidades têm uma percepção menos satisfatória do ambiente em que se encontram/ vivem.

Por sua vez, verificou-se uma correlação negativa, estatisticamente significativa entre a adversidade total e as experiências benevolentes na infância (BCE), $r(249) = -.25, p < 0.001$. Esta associação sugere que, com o aumento das adversidades, verifica-se uma diminuição na frequência das experiências benevolentes na infância.

Os resultados revelaram também uma correlação positiva moderada entre as BCE e a qualidade de vida geral $r(249) = .40, p < 0.001$. Este resultado indica que quanto mais frequentes forem as experiências positivas na infância, maior tende a ser a qualidade de vida geral dos jovens adultos.

Destaca-se o resultado mais elevado observado, na associação entre BCE e a qualidade de vida psicológica (WOQPSIC), com uma correlação significativa positiva e moderada $r(249) = .38, p < 0.001$. Estes dados evidenciam que melhores interações familiares estão moderadamente associadas ao bem-estar psicológico.

Verificaram-se correlações positivas fracas, mas estatisticamente significativas, entre as BCE e os domínios físico (WOQFISICO), $r(249) = .30, p < 0.001$, e relações sociais (WOQREL) $r(249) = .22, p < 0.001$. Face a estas correlações, pode-se afirmar que, embora os indivíduos tenham vivenciado experiências benevolentes na infância, os efeitos na percepção física e nas relações sociais são limitados.

Por fim, dá-se uma correlação positiva e moderada entre as BCE e o domínio ambiente (WOQAMB) $r(249) = .31, p < 0.001$. Os dados obtidos reforçam a ligação entre as experiências benevolentes na infância e uma percepção mais favorável do ambiente vivido, incluindo fatores como habitação e segurança, por parte dos jovens adultos.

As dimensões de qualidade de vida estão todas positivamente correlacionadas entre si, variando entre moderadas e fortes, $r(249) = 0.39$ a $0.71, p < 0.001$. Estas correlações sugerem que melhorias numa das dimensões da qualidade de vida (geral, física, psicológica, social ou ambiental) tendem a refletir-se positivamente nas restantes dimensões.

Tabela 3*Correlação de Spearman*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Adversidade Total	—						
2. BCE Total	-.25**	—					
3. WHOQOL Geral	-.27**	.40**	—				
4. WHOQOL Físico	-.20*	.30**	.64**	—			
5. WHOQOL Psicológico	-.25**	.38**	.67**	.71**	—		
6. WHOQOL Relações	-.16*	.22**	.46**	.50**	.61**	—	
7. WHOQOL Ambiente	-.33**	.31**	.62**	.56**	.59**	.39**	—

*: Correlação significativa (geralmente $p < 0.05$).**: Correlação altamente significativa (geralmente $p < 0.01$).**Organização dos Grupos de Análise Comparativa**

Para a análise das variáveis ACE (experiências adversas na infância) e BCE (experiências benevolentes na infância), os participantes foram divididos em grupos de "alto" e "baixo" nível (Meehan et al., 2022). Devido à natureza não-paramétrica dos dados, a mediana foi escolhida como ponto de corte para evitar a influência de valores extremos ou desvios da normalidade (Zhu et al., 2023). No caso de ACE, a mediana foi 2, formando um grupo com altos níveis de adversidade ($N = 74$) e outro com baixos níveis ($N = 177$) (Tabela 4). Para as BCE, a mediana foi 9, resultando em grupos com altos ($N = 105$) e baixos níveis de experiências benevolentes ($N = 146$) (Tabela 5). Essa segmentação permite explorar como diferentes combinações de experiências adversas e benevolentes afetam variáveis como qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Comparação da Adversidade Total entre Grupos ACE

Realizou-se o teste de Mann-Whitney U, ajustado para comparações entre duas amostras independentes não-paramétricas, de modo a avaliar a diferença entre os grupos com altos e baixos níveis de experiências adversas na infância (ACE) na variável Adversidade Total (Tabela 4).

Os resultados indicaram que o grupo com ACE alto apresentou valores significativamente superiores de adversidade total em comparação com o grupo ACE baixo ($U = 0.000$, $Z = -12.783$, $p < 0.001$). Ademais, confirma-se uma diferença estatisticamente significativa na Adversidade, evidenciando que indivíduos com maior exposição a experiências adversas na infância apresentam valores superiores nesta variável. Estes resultados confirmam a classificação correta dos participantes nos diferentes grupos.

Tabela 4

Teste de Mann-Whitney: comparações entre dois grupos independentes de ACE

	ACE grupo		N
	Média rank	Soma de rank	
ACE baixo	89.00	15753.00	177
ACE alto	214.50	15873.00	74

Nota: Teste de Mann-Whitney $U = 0.000$, $Z = -12.783$, $p < 0.001$

Comparação entre Grupos BCE

De igual forma, foi aplicado o teste de Mann-Whitney U, com o objetivo de observar se a variável geral de BCE diferia entre os grupos de níveis altos e baixos de experiências benevolentes na infância na (Tabela 5).

A análise revelou que indivíduos com níveis mais elevados de experiências benevolentes na infância apresentam valores significativamente superiores na variável BCE ($U = 0.000$, $Z = -14.206$, $p < .001$). Estes dados destacam uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sugerindo que a presença de vivências benevolentes durante a infância contribui para uma percepção positiva na variável geral de BCE. Uma vez mais, estes resultados confirmam a classificação correta dos jovens adultos nos diferentes grupos.

Tabela 5

Teste de Mann-Whitney: comparações entre dois grupos independentes de BCE

	BCE grupo		N
	Média rank	Soma de rank	
BCE baixo	73.50	10731.00	146
BCE alto	199.00	20895.00	105

Nota: Teste de Mann-Whitney $U = 0.000$, $Z = -14.206$, $p < .001$

Análise Comparativa: Efeitos de ACE e BCE no Domínio Psicológico

Para avaliar como diferentes combinações de níveis de experiências adversas (ACE) e benevolentes (BCE) estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida (WOQPSC) dos jovens adultos, os participantes foram classificados em quatro quadrantes com base nas combinações de "alto" e "baixo" nível de ACE e BCE: Quadrante A (+BCE - ACE), constituído por participantes com altos níveis de BCE e baixos níveis de ACE; Quadrante B (+BCE +ACE), constituído por participantes com altos níveis de BCE e altos níveis de ACE; Quadrante C (-BCE -ACE), que inclui participantes com baixos níveis de BCE e baixos níveis de ACE; Quadrante D (-BCE +ACE), formado por participantes com

baixos níveis de BCE e altos níveis de ACE. Esta categorização foi fundamental para explorar se as experiências positivas na infância podem moderar os efeitos negativos das adversidades.

De acordo com a Tabela 6, o quadrante A (+BCE -ACE) apresentou a média dos ranks mais elevada (156.25, $N = 90$), enquanto, pelo contrário, o quadrante D (-BCE +ACE) obteve a média dos ranks mais baixa entre os grupos (85.53, $N = 59$). Os quadrantes intermediários, B (+BCE +ACE) e C (-BCE -ACE) tiveram médias de 141.30 ($N = 15$) e 119.52 ($N = 87$), respetivamente.

Tabela 6

Teste de Kruskal-Wallis : Diferenças de médias por quadrante

	Qualidade de vida Psicológica	
	N	Média rank
A (+BCE -ACE)	90	156.25
B (+BCE +ACE)	15	141.30
C (-BCE -ACE)	87	119.52
D (-BCE +ACE)	59	85.53

Nota: $H(3, n = 251) = 35.532, p < .001$

A comparação das médias dos ranks entre os diferentes quadrantes foi realizada através do teste de Kruskal-Wallis que, sendo uma abordagem não-paramétrica, é particularmente adequado para comparar amostras independentes. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas no domínio psicológico (WOQPSC) entre os quatro quadrantes formados pelas combinações de ACE e BCE $H(3, n = 251) = 35.532, p < .001$ (Tabela 6). Mais precisamente, estes valores sugerem que a pertença a grupos distintos, definidos pela combinação de experiências adversas e positivas na infância, está associada a diferenças significativas na qualidade de vida psicológica na idade adulta jovem.

As comparações par a par, ajustadas pela correção de Bonferroni ($p < 0.05$), revelaram que o quadrante D se distinguiu significativamente dos quadrantes A ($p < .001$), B ($p = .046$) e C ($p = .032$), reforçando que a elevada adversidade na infância, sem BCE, está associada aos piores resultados na qualidade de vida psicológica.

Por outro lado, o quadrante A apresentou uma diferença estatisticamente significativa relativamente ao quadrante C ($p = .004$), sugerindo os efeitos positivos que a vivência de experiências positivas na infância, na ausência de adversidade, podem ter na qualidade de vida psicológica dos jovens adultos.

Discussão

O interesse crescente pelas dinâmicas familiares disfuncionais e positivas na infância têm sido amplamente exploradas, especialmente no campo da psicologia, dado o impacto substancial que essas relações exercem sobre a saúde mental e o desenvolvimento psicológico dos indivíduos. Uma vez que a família desempenha um papel ativo e dominante na formação da existência social humana, a expectativa — tanto da sociedade como dos profissionais que prestam serviços à família — é que a mesma cumpra as suas funções de forma saudável (Minuchin, 1974). A investigação confirma a importância da qualidade do funcionamento familiar no desenvolvimento emocional dos indivíduos (Cicchetti, 2016). Ambientes disfuncionais ou atitudes parentais inadequadas podem prejudicar o desenvolvimento saudável dos jovens (Shao et al., 2020). Estes fatores podem emergir nas fases iniciais da vida e condicionar problemas futuros, manifestando-se de diferentes formas e intensidades ao longo do crescimento (Chen & Harris, 2019; Huang et al., 2022).

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo expandir as evidências existentes sobre as experiências adversas na infância e como estas se relacionam com a qualidade de vida, com enfoque na saúde psicológica do adulto emergente, examinando o papel das experiências benevolentes na infância como potencial moderador dessa relação.

Os resultados deste estudo revelaram evidências consistentes com a literatura, demonstrando uma elevada proporção de ACEs relatados pela amostra de jovens adultos. Todos os participantes relataram ter experienciado pelo menos uma adversidade na infância, sendo que um em cada três jovens adultos reportou múltiplas adversidades (Cohrdes & Mauz, 2020; Witt et al., 2017). Destes, 23.9% indicaram ter experienciado duas adversidades, enquanto 14.3% relataram três e 5.6% quatro adversidades. Cerca de 9.6% dos participantes experienciaram entre cinco a oito adversidades. Estudos prévios confirmam que o autorrelato

de ocorrência de ACEs frequentemente tem um impacto na saúde do indivíduo (Schilling et al., 2016). Pelo menos um em cada cinco adultos experienciou situações de abuso e negligência emocional ou negligência física ao longo da vida (Cohrdes & Mauz, 2020).

Consideravelmente, 42.2% dos participantes relataram doença mental ou suicídio de algum familiar. Seguiu-se a presença de divórcio ou separação dos pais (35.9%) e cerca de um terço (33.9%) referiu ter experienciado abuso físico. Abuso emocional foi reportado por 23.1%, e 21.9% mencionaram exposição ao abuso de substâncias. A negligência emocional foi apontada por 19.1% dos inquiridos e, 9.2% reportou negligência física. Em menor proporção, 5.6% relataram exposição à violência doméstica, abuso sexual ou ter familiares que foram presos. Os resultados obtidos, corroboram a literatura existente, uma vez que o abuso emocional e a negligência física e emocional destacam-se como as ACEs mais frequentemente relatadas, ao passo que o abuso sexual é frequentemente menos referido (Häuser et al., 2011; Iffland et al., 2013). Neste contexto, os resultados sugerem que tanto o sexo masculino como o feminino estão expostos ao risco de sofrer ACEs frequentes, embora de naturezas distintas. Contudo, de forma geral, observou-se uma maior incidência entre o sexo feminino (73.7%), que aparenta ser o mais afetado por vivenciar experiências adversas (Cohrdes & Mauz, 2020).

Por outro lado, a amostra revelou uma proporção elevada de BCEs, com uma média próxima do valor máximo possível (10). Observou-se que 41.8% dos participantes reportaram ter vivenciado todas as dez experiências benevolentes, e 26.3% reportaram nove. Apenas uma minoria apresentou valores inferiores, sugerindo que a maioria dos jovens adultos desta amostra experienciou um número considerável de interações e vivências positivas na infância, em consonância com investigações anteriores (Karatzias et al., 2020; Merrick et al., 2019; Narayan et al., 2018). A literatura ressalva que estratégias de coping mais positivas e

uma maior eficácia parental tendem a promover a continuidade dessas estratégias de enfrentamento na própria família (Schofield et al., 2014).

No que concerne ao primeiro objetivo do estudo, que teve como foco explorar o efeito das experiências adversas na infância (ACE) sobre os diferentes domínios da qualidade de vida, com ênfase no domínio psicológico, os resultados confirmaram a nossa expectativa. Especificamente, verificou-se uma correlação negativa moderada entre o total de ACEs e a qualidade de vida geral, sugerindo que os participantes que experienciam um maior número de adversidades tendem a relatar menores níveis de qualidade de vida na idade adulta. Estes resultados são consistentes com a literatura, que identifica uma relação dose-resposta entre o número de ACEs e o aumento da taxa de comorbidades, incluindo perturbações no bem-estar psicológico (Novais et al., 2021).

Em consonância com estudos anteriores, as adversidades na infância estão associadas a impactos negativos no bem-estar geral, com efeitos prolongados na saúde individual na idade adulta (Chartier et al., 2010; Leza et al., 2021). Por exemplo, indivíduos que experienciaram ACEs na infância estão mais propensos a desenvolver comportamentos prejudiciais (e.g. distúrbios alimentares, obesidade, doença mental, hábitos de abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco (Bryant et al., 2020; Chen & Harris, 2019; Felitti et al., 2019).

Não obstante, destaca-se o domínio psicológico que tem uma importância central neste estudo. Os dados confirmaram uma correlação negativa entre adversidades na infância e o bem-estar psicológico, reforçando que essas experiências impactam diretamente a saúde mental dos jovens adultos. Esta relação tem sido amplamente sustentada por várias investigações, que associam adversidades na infância ao desenvolvimento de sintomatologia psíquica na vida adulta, tais como ansiedade, depressão e dificuldades emocionais (Andersen,

2023; Felitti et al., 2019; Kravdal & Grundy, 2019). Estes resultados destacam a infância como um período crucial para intervenções preventivas que promovam a saúde mental, dada a sua alta eficácia nesse estágio (Andersen, 2021; Singh & Thomas, 2023).

No âmbito do segundo objetivo deste estudo, que visava analisar o papel moderador das experiências benevolentes (BCE) na atenuação dos efeitos das adversidades na infância (ACE) sobre o bem-estar psicológico, os resultados confirmaram a importância destas vivências como fator protetor. Através de comparações entre os quadrantes de experiências adversas e benevolentes, foi possível obter uma visão abrangente do efeito combinado destas variáveis na qualidade de vida psicológica. Os dados são consistentes com a nossa previsão, confirmando que as BCEs têm um impacto eficaz na relação entre as adversidades e a saúde mental. Similarmente, de acordo com diversos estudos, as BCEs têm demonstrado um efeito significativo no bem-estar e na saúde mental a longo prazo. Essas vivências positivas promovem uma base de resiliência desde a infância e podem mitigar os efeitos negativos das ACEs, contribuindo para uma melhor qualidade de vida idade adulta (Bethell et al., 2019; Crandall et al., 2019; Daines et al., 2021; Gunay-Oge et al., 2020; Narayan et al., 2018).

Adicionalmente, os resultados da análise comparativa entre os grupos B e D revelaram evidências claras do papel moderador das BCEs. Mesmo na presença de adversidades significativas, as experiências benevolentes durante a infância estão fortemente associadas a melhores outcomes na qualidade de vida psicológica, sublinhando a capacidade destas vivências amortecerem os impactos negativos das ACEs. Esta conclusão é corroborada por Merrick et al. (2019), que, numa amostra de pais sem-abrigo, verificaram que pontuações mais altas de BCE estavam associadas a uma menor probabilidade de sofrimento psicológico. Por sua vez, enfatiza a relevância do ambiente familiar – suporte e vivências positivas – na minimização das consequências adversas (Jaffee et al., 2017; Su et al., 2020).

O terceiro objetivo deste estudo centrou-se no papel essencial das experiências benevolentes na infância (BCE) na promoção de resiliência e ajustamento psicossocial, independentemente da exposição a adversidades. Tal como as ACE estão negativamente associadas à qualidade de vida geral, com efeitos mais acentuados no domínio psicológico, as experiências benevolentes produzem um efeito oposto, contribuindo para melhores resultados no bem-estar. Os dados revelaram uma correlação negativa moderada entre experiências adversas (ACE) e experiências benevolentes na infância (BCE), sugerindo que a presença de uma tende a reduzir a prevalência da outra. Estes resultados encontram suporte no estudo de Garcia-Mendoza et al. (2019), que demonstrou que jovens adultos que mantinham relações familiares positivas — caracterizadas por altos níveis de envolvimento parental, apoio, afetividade e baixos níveis de controlo comportamental e psicológico — apresentaram um melhor ajustamento psicológico. Por outro lado, os autores verificaram que, quando o apoio parental era insuficiente, a autonomia emocional estava associada a um maior sofrimento psicológico e uma diminuição do bem-estar (García-Mendoza et al., 2020).

Um outro resultado relevante consistiu na correlação positiva moderada entre as experiências benevolentes na infância e a qualidade de vida geral. Especificamente, os dados evidenciaram que os jovens adultos que vivenciaram níveis mais elevados de BCE apresentaram benefícios significativos na qualidade de vida, particularmente no domínio psicológico, sublinhando a importância destas experiências como fatores protetores cruciais na saúde mental ao longo da vida. No estudo de Huang et al. (2022), destaca-se que é no contexto familiar que as crianças desenvolvem as suas primeiras interações emocionais, estabelecem vínculos sociais iniciais e vivenciam experiências fundamentais para a aprendizagem da convivência.

Por último, na comparação entre os grupos A e C, é reforçada esta conclusão. A qualidade de vida psicológica está associada não à mera ausência de experiência adversas, mas também à presença de BCEs. Segundo o estudo de Schofield et al. (2014), pais que experienciaram um número elevado de BCEs revelaram maior propensão para oferecer um ambiente familiar positivo aos seus filhos, promovendo um funcionamento familiar adaptativo e harmonioso. Esses fatores também se refletem na coesão familiar e contribuem para uma saúde geral mais robusta no núcleo familiar (Klever, 2015; Paclikova et al., 2019; Taylor et al., 2012) e, conseqüentemente, na resiliência do indivíduo (García-Mendoza et al., 2019).

De forma complementar, verificou-se ainda que a presença de experiências positivas está associada a uma percepção mais favorável do ambiente, reforçando que, mesmo em contextos adversos, uma base de apoio positivo pode proporcionar uma sensação de segurança e estabilidade (McInnes & Rose, 2017; Zajac et al., 2020). Conforme a literatura indica, a sensação de um ambiente saudável – base segura – está relacionada com contextos onde prevalecem o apoio emocional, interações positivas e estabilidade, no qual as crianças constroem uma visão do mundo como um lugar mais acolhedor e confiável (Bowlby, 1988/2023; Narayan et al., 2018). Assim, a presença de figuras de apoio consistente (e.g. cuidadores primários e/ou secundários) favorecem o desenvolvimento de um ambiente emocional positivo que viabiliza a resiliência e o bem-estar, mesmo que em contextos de adversidade (Masten & Cicchetti, 2016). Indivíduos que experienciam este apoio estão mais propensos a perceber o ambiente de maneira favorável, beneficiando de um efeito protetor que os ajuda a mitigar percepções negativas e sentimentos de insegurança (Bellis et al., 2017; Bethell et al., 2019).

Em suma, os resultados do nosso estudo permitem concluir que a qualidade do relacionamento familiar e as experiências adversas estão diretamente relacionados com o bem-estar dos jovens adultos, salientando a importância de manter relações afetivas próximas com as figuras parentais. Os resultados são consistentes com estudos anteriores, Navaneetham & Kanth (2022), destacam que o envolvimento parental positivo, a coesão familiar e sentimentos de proximidade familiar são determinantes para indicadores mais favoráveis de saúde mental (Roberts & Bengtson, 1993).

Além disso, este estudo oferece suporte adicional às teorias que sublinham o papel das interações benevolentes na infância, tanto como promotoras de resiliência quanto como mediadoras dos efeitos negativos das experiências adversas na saúde mental (Almeida et al., 2021).

Limitações e Pontos Fortes

O estudo atual apresenta alguns pontos fortes que contribuem para a sua relevância no campo da psicologia e saúde mental, assim como algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados.

Entre os pontos fortes destaca-se a diversidade de instrumentos utilizados, que possibilitou uma análise multidimensional das variáveis em estudo e, assim, uma avaliação abrangente da qualidade de vida e bem-estar psicológico. Esta abordagem metodológica revelou-se vantajosa para o aprofundamento da análise, explorando as interações entre experiências adversas e positivas, como fatores de resiliência e vulnerabilidade. Outro aspecto relevante é a abordagem inovadora, que integra as experiências benevolentes e adversas na infância, analisando de forma detalhada o papel moderador das BCEs na relação entre ACEs e os indicadores de saúde mental. Ao propor uma perspectiva integradora, o estudo contraria

a tendência predominante na literatura, que frequentemente foca apenas os efeitos das adversidades. Esta análise equilibrada permite uma compreensão mais ampla e aprofundada das dinâmicas familiares e dos fatores que contribuem para a resiliência e a vulnerabilidade em jovens adultos. Além disso, o trabalho contribuiu significativamente para o corpo de conhecimento existente, ao reforçar as evidências sobre o impacto das experiências familiares na saúde mental. Os resultados apresentados ampliam a discussão científica, validando pressupostos teóricos e gerando novas direções para futuras investigações. Esta singularidade confere ao estudo um papel relevante na área, oferecendo insights valiosos tanto para a prática clínica como para a formulação de políticas públicas.

Embora os resultados do presente estudo suportem as previsões iniciais e ofereçam uma contribuição valiosa para a literatura nesta área, é imprescindível destacar algumas limitações. A principal limitação reside na natureza transversal do estudo, que impossibilita a análise das relações temporais entre as variáveis investigadas, restringindo a capacidade de estabelecer causalidade. Ainda assim, a ampla evidência literária existente reforça o papel moderador das experiências benevolentes no impacto das adversidades na qualidade de vida e bem-estar psicológico, sugerindo que a direção dos efeitos hipotetizados neste estudo é plausível e consistente com resultados prévios. Portanto, torna-se fundamental em futuras investigações, a implementação de desenhos longitudinais, capazes de oferecer evidências mais rigorosas sobre a evolução dos efeitos das ACEs e BCEs ao longo do tempo, proporcionando um retrato detalhado das suas consequências no bem-estar psicológico.

O uso exclusivo de autorrelatos, com um enfoque retrospectivo referente a experienciadas vividas na infância, representa uma fonte potencial de subjetividade nos dados, uma vez que as respostas dependem das percepções individuais dos participantes. Tal abordagem pode introduzir vieses relacionados com a memória, o estado emocional e o efeito

da desejabilidade social, onde os participantes ajustam as suas respostas para corresponder às normas e expectativas sociais, em vez de expressarem com total autenticidade as suas vivências e experiências. Esses fatores podem afetar a precisão e a validade dos resultados. Neste sentido, sugere-se que investigações futuras considerem métodos que não dependam exclusivamente do autorrelato – utilizando questionários aplicados a múltiplos informantes (e.g. relatos de pais ou cuidadores) e complementem os dados com observações diretas das interações familiares, a fim de proporcionar uma visão mais objetiva e abrangente.

Outra limitação que importa ressaltar é a ausência de informações precisas sobre o momento em que ocorreram as experiências adversas na infância. Esta imprecisão temporal compromete a capacidade de compreender a cronologia e intensidade das ACEs, impossibilitando análises mais aprofundadas sobre o impacto específico destas vivências em diferentes estágios do desenvolvimento.

Adicionalmente, a presente investigação reconhece a possibilidade de variação nos resultados devido ao método e tipo de informante. Embora a amostra deste estudo, composta exclusivamente por jovens adultos, tenha permitido uma análise específica das suas experiências e percepções, esta característica também representa uma limitação importante. A exclusão de outras faixas etárias restringe a aplicabilidade dos resultados a um público mais amplo, limitando a compreensão do impacto das experiências adversas e benevolentes ao longo de diferentes fases do ciclo de vida. Assim, estudos futuros devem incluir amostras mais robustas e controladas, para assegurar uma recolha de dados mais rigorosa da realidade das vivências familiares e das suas consequências ao longo do tempo.

Além disso, a discrepância de sexos, com uma maior proporção de participantes do sexo feminino, pode enviesar conclusões relacionadas com o impacto das dinâmicas familiares. É recomendável que futuramente se assegure uma representação mais

heterogênea e equilibrada de ambos os sexos, para assegurar uma análise com maior validade externa.

Não obstante tais limitações, os resultados desta investigação contribuem para o acervo científico sobre o impacto das experiências adversas e benevolentes na infância, explorando como estas influenciam a qualidade de vida e o bem-estar psicológico em jovens adultos. Os resultados reforçam o papel protetor das experiências positivas durante a infância em contextos de adversidade, oferecendo uma perspectiva aprofundada sobre a relação entre fatores de resiliência familiar e a saúde mental na fase adulta jovem, com particular enfoque na dimensão psicológica e na percepção do ambiente.

Implicações para a Prática

Os resultados da presente investigação demonstram importantes implicações para o desenvolvimento de práticas futuras, particularmente no que concerne à criação de programas de apoio e intervenção que favoreçam o fortalecimento das experiências positivas na infância, sobretudo em contextos de adversidade. Neste sentido, os dados destacam a relevância de iniciativas que promovam o suporte familiar e relações saudáveis, uma vez que estas podem funcionar como fatores de proteção e resiliência na vida adulta.

Assim, sublinha-se a necessidade de intervenções precoces em ambientes educacionais, nomeadamente programas de educação socioemocional, que ajudem as crianças e jovens, desde tenra idade, a desenvolver competências de resiliência, regulação emocional e relações saudáveis. Isso pode ser complementado por ações de formação para professores, garantido que os mesmos possam identificar e apoiar os estudantes que enfrentam adversidades familiares. Por outro lado, a promoção de relações familiares saudáveis é fundamental. Intervenções focadas no desenvolvimento de competências

parentais podem melhorar a comunicação e o apoio emocional dentro do núcleo familiar, ajudando a atenuar as adversidades vivenciadas na infância e os seus efeitos. Programas que ofereçam estratégias de resolução de conflitos de forma construtiva e promovam o desenvolvimento emocional podem ser altamente eficazes na criação de ambientes positivos. Estes, por sua vez, favorecem um desenvolvimento psicológico equilibrado e resiliente ao longo da vida.

Adicionalmente, a inclusão de ferramentas terapêuticas orientadas para a resiliência e o suporte familiar pode constituir uma estratégia eficaz para promover uma melhor qualidade de vida em contextos terapêuticos, enfatizando a importância de um apoio positivo desde a infância. Também práticas de intervenção que contemplem, como por exemplo o estudo do conflito interparental e a percepção dos próprios indivíduos afetados por estas experiências, poderá oferecer insights valiosos para futuras investigações. Tal abordagem, ao explorar diretamente as percepções dos jovens adultos sobre as dinâmicas familiares, enriquecerá o entendimento das ACE e BCE, permitindo identificar com maior precisão o papel mediador que os mecanismos de resiliência e os fatores protetores têm sobre o bem-estar psicológico ao longo da vida.

Conclusão

O presente estudo surge da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o impacto dos relacionamentos parentais disfuncionais na saúde mental dos jovens adultos, explorando em particular as experiências adversas e benevolentes na infância enquanto fatores moderadores. Com base na análise detalhada dos resultados obtidos, é possível extrair conclusões relevantes que indicam que a presença de experiências adversas está associada a uma menor qualidade de vida, especialmente em domínios como o bem-estar psicológico e o ambiente, corroborando estudos prévios que associam a disfunção familiar a resultados psicológicos adversos em fases posteriores da vida.

Adicionalmente, as BCE surgem como um fator moderador na relação entre as ACEs e a saúde mental dos jovens adultos. Este efeito moderador sugere que experiências positivas durante a infância podem mitigar o impacto das adversidades, funcionando como uma rede de suporte emocional e promovendo uma base de resiliência que contribui para um desenvolvimento psicológico mais equilibrado. Assim, este estudo confirma a importância das BCE enquanto fator protetor, tal como descrito na literatura sobre resiliência e bem-estar, reforçando a noção de que um ambiente familiar seguro e afetivo pode reduzir os efeitos das adversidades.

A análise sugere ainda que, embora as BCEs desempenhem um papel moderador significativo, outros fatores podem influenciar a relação entre as experiências de infância e a qualidade de vida. Estes resultados enfatizam a complexidade das dinâmicas familiares, salientando a necessidade de investigações futuras que possam explorar de forma mais abrangente outros fatores que afetam o bem-estar psicológico.

Em síntese, este estudo oferece uma contribuição valiosa para a compreensão das consequências das dinâmicas familiares na infância sobre a vida adulta. Destaca-se a

importância de programas de intervenção e políticas de saúde que valorizem tanto a prevenção de ACEs como a promoção de BCEs no desenvolvimento de jovens adultos. A aplicação de estratégias que incentivem relações familiares positivas poderá representar um passo importante para a promoção de um desenvolvimento emocional saudável e para a redução dos riscos associados às experiências adversas na infância.

Referências

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>.
- Almeida, T. C., Guarda, R., & Cunha, O. (2021). Positive childhood experiences and adverse experiences: Psychometric properties of the Benevolent Childhood Experiences Scale (BCEs) among the Portuguese population. *Child abuse & neglect*, 120, 105179.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105179>.
- Al-Shibani, N., & Al-Kattan, R. (2019). Evaluation of quality of life among dental students using WHOQOL-BREF questionnaire in Saudi Arabia: A cross sectional study. *Pakistan journal of medical sciences*, 35(3), 668.
- Alves, J. F. C., & Maia, Â. (2010). Experiências adversas durante a infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), 151-171.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Amerikaner, M., Monks, G., Wolfe, P., & Thomas, S. (1994). Family interaction and individual psychological health. *Journal of Counseling & Development*, 72(6), 614-620.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. & Perry, B. D. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>.

- Andersen, S. H. (2021). Association of youth age at exposure to household dysfunction with outcomes in early adulthood. *JAMA Network Open*, 4(1), e2032769-e2032769.
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H., & Alan Sroufe, L. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46(3), 235-245. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x>.
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569-576. [10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7).
- Assche, L. V., Vem, L. V., Vandenbulcke, M., & Luyten, P. (2020). Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety, and depression in late life. *Aging & Mental Health*, 24(6), 898-905. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571017>.
- Baglivio, M. T., & Wolff, K. T. (2021). Positive childhood experiences (PCE): Cumulative resiliency in the face of adverse childhood experiences. *Youth violence and juvenile justice*, 19(2), 139-162. <https://doi.org/10.1177/1541204020972487>.
- Bardage, C., Pluijm, S. M., Pedersen, N. L., Deeg, D. J., Jylhä, M., Noale, M., ... & Otero, Á. (2005). Self-rated health among older adults: a cross-national comparison. *European Journal of Ageing*, 2, 149-158. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0032-7>.
- Bastos, A. C. M. D. (2015). *Maus-tratos na infância e a violência nas relações de intimidade na vida adulta* (Master's thesis).

- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (2017). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Interpersonal development*, 57-89.
- Beilharz, J. E., Paterson, M., Fatt, S., Wilson, C., Burton, A., Cvejic, E., Lloyd, A., & Vollmer-Conna, U. (2019). The impact of childhood trauma on psychosocial functioning and physical health in a non-clinical community sample of young adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 00(0), 1-10. <https://doi.org/10.1177/0004867419881206>.
- Bellis, M. A., Hardcastle, K., Ford, K., Hughes, K., Ashton, K., Quigg, Z., & Butler, N. (2017). Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences-a retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being. *BMC psychiatry*, 17, 1-12. [10.1186/s12888-017-1260-z](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1260-z).
- Benetti, S. P. D. C. (2006). Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 261-268.
- Bergman, K. N., Cummings, E. M., & Warmuth, K. A. (2016). The benefits of marital conflict: Constructiveness and Resolution as Predictors of Positive Child Outcomes. *Contexts for young child flourishing: Evolution, family, and society*, 233-245. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190237790.003.0012>.
- Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., & Sege, R. (2019). Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA pediatrics*, 173(11). <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007>.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books.
- Bowlby, J. (1998/2023). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Artmed Editora.
- Braga, T., Cunha, O., Maia, A. (2018). The enduring effect of maltreatment on antisocial behavior: A meta-analysis of longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*, 40, 91-100.
- Braithwaite, S. R., Delevi, R., & Fincham, F. D. (2015). Interparental conflict and youth maladjustment: The role of youth perceptions. *Journal of Family Psychology*, 29(1), 11–20.
- Braithwaite, S. R., Doxey, R. A., Dowdle, K. K., & Fincham, F. D. (2016). The unique influences of parental divorce and parental conflict on emerging adults in romantic relationships. *Journal of Adult Development*, 23(4), 214–225.
- Breedlove, M., Choi, J., & Zyromski, B. (2021). Mitigating the effects of adverse childhood experiences: How restorative practices in schools support positive childhood experiences and protective factors. *The New Educator*, 17(3), 223-241.
<https://doi.org/10.1080/1547688X.2020.1807078>.
- Breiner, H., Stroud, C., & Bonnie, R. J. (Eds.). (2015). Investing in the health and well-being of young adults. [10.17226/18869](https://doi.org/10.17226/18869).
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International encyclopedia of education*, 3(2), 37-43.
- Brown, J. (1999). Bowen family systems theory and practice: Illustration and critique. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 20(2), 94-103.
<https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1999.tb00363.x>.

- Bryant, D. J., Coman, E. N., & Damian, A. J. (2020). Association of adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorders (SUDs) in a multi-site safety net healthcare setting. *Addictive behaviors reports*, 12, 100293.
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100293>.
- Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J., & Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 6(2), 233–247. <https://doi.org/10.1023/A:1025006909538>.
- Buehler, C., Lange, G., & Franck, K. L. (2007). Adolescent cognitive and emotional responses to marital hostility. *Child Development*, 78(3), 775–789.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01032.x>.
- Caderno, R. M., & Arantes, A. R. V. (2017). A importância do brincar no desenvolvimento da criança na educação infantil.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., & Tavares, J. (2006). Validação do questionário WHOQOL-BREF em população portuguesa. *Psicologia*, 20(3), 465–477.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*, 3, 77-100.
- Carr, A. (2012). *Family therapy: Concepts, process and practice*. John Wiley & Sons.

- Carrol-Lind, J. (2006). *Children's perceptions of violence: the nature, extent, and impact of their experiences*. (Doctoral dissertation).
- Catanescu, A. C. (2019). Analyze "wellness self-perception" at the level of young people for increasing the quality of life. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov. Series IX: Sciences of Human Kinetics*, 139-146. <https://doi.org/10.31926/but.shk.2019.12.61.2.49>.
- Cecconello, A., & Koller, S. H. (2019). Ecological engagement in the community: A methodological proposal for the study of families at risk. *Ecological Engagement: Urie Bronfenbrenner's Method to Study Human Development*, 13-27. https://doi.org/10.1007/978-3-030-27905-9_2.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Adverse childhood experiences prevention strategy. *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*.
- Chapman, R. (2021). Neurodiversity and the social ecology of mental functions. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1360-1372. <https://doi.org/10.1177/1745691620959833>.
- Chapman, R., & Carel, H. (2022). Neurodiversity, epistemic injustice, and the good human life. *Journal of Social Philosophy*, 3(5), 1–18.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse Negl*, 34(6), 454–64.

- Chen, P., & Harris, K. M. (2019). Association of positive family relationships with mental health trajectories from adolescence to midlife. *Jama Pediatrics*, 173(12), e193336-e193336. [10.1001/jamapediatrics.2019.3336](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3336).
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Choi, B. Y. (2017). Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years. *International psychogeriatrics*, 29(3), 359-372. [10.1017/S1041610216001800](https://doi.org/10.1017/S1041610216001800).
- Cicchetti, D. (2023). A multiple levels of analysis developmental psychopathology perspective on adolescence and young adulthood. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000298-030>.
- Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409–438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2009). Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. *New directions for child and adolescent development*, 2009(124), 47-59.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 8(4), 597-600.
- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual review of psychology*, 67(1), 187-211.
- Cifci, F., Acar, S., & Chiang, J. (2024, Março, 14-16). *From adversity to advantage: An investigation on the relationship between adverse and benevolent childhood experiences, resilience, and*

creativity. 1st Annual Conference of APA Div 10: Society for Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts (SPACA), Denton, TX. [10.13140/RG.2.2.24518.08008](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24518.08008).

Cohrdes, C., & Mauz, E. (2020). Self-efficacy and emotional stability buffer negative effects of adverse childhood experiences on young adult health-related quality of life. *Journal of adolescent health*, 67(1), 93-100. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.005>.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211–229. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>.

Cook, L. (2007). CE feature: Perceived conflict, sibling position, cut-off, and multigenerational transmission in the family of origin of chemically dependent persons: An application of Bowen family systems theory. *Journal of Addictions Nursing*, 18(3), 131-140. <https://doi.org/10.1080/10884600701500495>.

Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory (4th ed.)*.

Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2007). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 56(4), 412–423.

Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., ... & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child abuse & neglect*, 96, 104089.

- Crockenberg, S. C., & Langrock, A. M. (2001). The role of specific emotions in children's responses to interparental conflict: A test of the model. *Journal of Family Psychology*, 15(2), 163–182. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.2.163>.
- Crouch, E., Radcliff, E., Stropolis, M., & Srivastav, A. (2019). Safe, stable, and nurtured: Protective factors against poor physical and mental health outcomes following exposure to adverse childhood experiences (ACEs). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12, 165-173. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0217-9>.
- Cui, M., & Fincham, F. D. (2010). The differential effects of parental divorce and marital conflict on young adult romantic relationships. *Personal Relationships*, 17(3), 331–343. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01279.x>.
- Cui, M., Fincham, F. D., & Pasley, K. (2008). Young adult romantic relationships: The role of parents' marital problems and relationship efficacy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(9), 1226–1235. <https://doi.org/10.1177/0146167208319693>.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. Guilford Press.
- Cusimano, A. M., & Riggs, S. A. (2013). Perceptions of interparental conflict, romantic attachment, and psychological distress in college students. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2(1), 45-59. <https://doi.org/10.1037/a0031657>.
- Cyrulnik B. (1999). *Uma infelicidade maravilhosa. Vencer os fracassos na infância*. Ed.Ambar. Porto.

- Daines, C. L., Hansen, D., Novilla, M. L. B., & Crandall, A. (2021). Effects of positive and negative childhood experiences on adult family health. *BMC Public Health*, 21, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10732-w>.
- Damian, R. I., & Simonton, D. K. (2015). Psychopathology, adversity, and creativity: diversifying experiences in the development of eminent African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(4), 623.
- Danese, A., Caspi, A., Williams, B., Ambler, A., Sugden, K., Mika, J., ... & Arseneault, L. (2011). Biological embedding of stress through inflammation processes in childhood. *Molecular Psychiatry*, 16(3), 244-246. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.5>.
- Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & behavior*, 106(1), 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>.
- Darling, N., Cumsille, P., & Martínez, M. L. (2008). Individual differences in adolescents' beliefs about the legitimacy of parental authority and their own obligation to obey: A longitudinal investigation. *Child Development*, 79(4), 1103-1118. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01178.x>.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 387-411. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.387>.
- de Souza, G. L., & Kantorski, L. P. (2003). Maus tratos na infância. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 5(3).

- Demir, M. (2010). Close relationships and happiness among emerging adults. *Journal of Happiness Studies*, 11, 293-313. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9141-x>.
- DeBoard-Lucas, R. L., Fosco, G. M., Raynor, S. R., & Grych, J. H. (2010). Interparental conflict in context: Exploring relations between parenting processes and children's conflict appraisals. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 163-175. <https://doi.org/10.1080/15374410903532593>.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01.
- Delevi, R. (2008). Parental divorce, interparental conflict, and romantic relationship dissolution in emerging adults. *Personal Relationships*, 15(3), 394-409.
- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28, 729-737.
- Dunst, C. J. (2021). Family hardiness and parent and family functioning in households with children experiencing adverse life conditions: a meta-analysis. *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 93-118. <https://doi.org/10.21500/20112084.5236>.
- Eizirik, M., Schestatsky, S., Knijnik, L., Terra, L., & Ceitlin, L. (2006). Contratransferência e trauma psíquico. [Contra-transference and psychological trauma]. *Revista de Psiquiatria*, 28(3), 314-320. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000300010>.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460).
- Engel, G. L. (1992). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 57(1-2), 3-16. <https://doi.org/10.1159/000288568>.
- Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 118(1), 108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.108>.
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American psychologist*, 59(2), 77. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.2.77>.
- Everri, M., Mancini, T., & Fruggeri, L. (2016). The role of rigidity in adaptive and maladaptive families assessed by FACES IV: The points of view of adolescents. *Journal of child and family studies*, 25, 2987-2997. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0460-3>.
- Fagrell Trygg, N., Gustafsson, P. E., & Månsdotter, A. (2019). Languishing in the crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health. *International Journal for Equity in Health*, 18, 115. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1012-4>.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M. & Edwards, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258. [10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (2019). Reprint of: 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*, 56(6), 774-786.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child abuse & neglect*, 22(5), 339-357. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00004-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00004-0).
- Fernandes, S. F. L. (2011). Experiências adversas na infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas. *Dissertação de Mestrado*, Universidade do Minho.
- Fincham, F. D., & Hall, J. (2005). Parenting and the marital relationship. In T. Luster & L. Okagaki (Eds.), *Parenting: An ecological perspective* (2nd ed., pp. 205–234).
- Forster, M., Grigsby, T. J., Gower, A. L., Mehus, C. J., & McMorris, B. J. (2020). The role of social support in the association between childhood adversity and adolescent self-injury and suicide: Findings from a statewide sample of high school students. *Journal of youth and adolescence*, 49, 1195-1208. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01235-9>.
- Fosco, G. M., Caruthers, A. S., & Dishion, T. J. (2012). A six-year predictive test of adolescent family relationship quality and effortful control pathways to emerging adult social and emotional health. *Journal of family psychology*, 26(4), 565. <https://doi.org/10.1037/a0028873>.

- Fosco, G. M., DeBoard, R. L., & Grych, J. H. (2007). Making sense of family violence: Implications of children's appraisals of interparental aggression for their short-and long-term functioning. *European psychologist*, 12(1), 6-16. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.12.1.6>.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology?. *Review of general psychology*, 9(2), 103-110. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>.
- Gagliardi, J., Brettschneider, C., & König, H. H. (2021). Health-related quality of life of refugees: a systematic review of studies using the WHOQOL-Bref instrument in general and clinical refugee populations in the community setting. *Conflict and Health*, 15(1), 44.
- García-Mendoza, M. D. C., Sánchez Queija, I., & Parra Jiménez, Á. (2019). The role of parents in emerging adults' psychological well-being: A person-oriented approach. *Family process*, 58(4), 954-971.
- García-Mendoza, M. D. C., Parra, Á., Sánchez-Queija, I., & Arranz Freijo, E. B. (2020). Emotional autonomy and adjustment among emerging adults: The moderating role of family relationships. *Scandinavian journal of psychology*, 61(3), 380-387.
- Goeke-Morey, M. C., Cummings, E. M., & Papp, L. M. (2013). Children and marital conflict resolution: Implications for emotional security and adjustment. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 28-36.
- Grych, J. H. (1998). Children's appraisals of interparental conflict: Situational and contextual influences. *Journal of Family Psychology*, 12(3), 437-453. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.3.437>.

- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108(2), 267–290
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.267>.
- Gunay-Oge, R., Pehlivan, F. Z., & Isikli, S. (2020). Validity and reliability of the Benevolent Childhood Experiences (BCEs) Scale in Turkish. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 33, 146-154. <https://doi.org/10.14744/dajpns.2020.00074>.
- Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Vollset, S. E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC psychiatry*, 18, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1647-5>.
- Haefner, J. (2014). An application of Bowen family systems theory. *Issues in mental health nursing*, 35(11), 835-841. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.921257>.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*, Grune & Stratton.
- Han, D., Dieujeste, N., Doom, J. R., & Narayan, A. J. (2023). A systematic review of positive childhood experiences and adult outcomes: Promotive and protective processes for resilience in the context of childhood adversity. *Child abuse & neglect*, 144, 106346. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106346>.
- Hargreaves, M. K., Mouton, C. P., Liu, J., Zhou, Y. E., & Blot, W. J. (2019). Adverse childhood experiences and health care utilization in a low-income population. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30, 749–767. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0054>.
- Harold, G. T., Aitken, J. J., & Shelton, K. H. (2012). Interparental conflict and children's adjustment: The role of children's coping strategies. *Developmental Psychology*, 48(6), 1701–1712.

- Harold, G. T., & Sellers, R. (2018). Annual research review: Interparental conflict and youth psychopathology: An evidence review and practice focused update. *Journal of child psychology and psychiatry*, 59(4), 374-402. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12893>.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(17), 287.
- Herrenkohl, T. I., Jung, H., Klika, J. B., Mason, W. A., Brown, E. C., Leeb, R. T., & Herrenkohl, R. C. (2016). Mediating and moderating effects of social support in the study of child abuse and adult physical and mental health. *American journal of orthopsychiatry*, 86(5), 573.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1994). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In H. A. Schroeder (Ed.), *New directions in health psychology assessment* (pp. 3–21). Hemisphere Publishing Corp.
- Howell, K. H., Graham-Bermann, S. A., Czyz, E., & Lilly, M. (2010). Assessing resilience in preschool children exposed to intimate partner violence. *Violence & Victims*, 25(2).
- Huang, X., Hu, N., Yao, Z., & Peng, B. (2022). Family functioning and adolescent depression: A moderated mediation model of self-esteem and peer relationships. *Frontiers in Psychology*, 13, 962147. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.962147>.
- Hunt, S., Peters, L., & Rapee, R. M. (2017). Development of a measure of parenting to assess relationship between parent–child interactions and adolescent social anxiety. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 73–83.

- Hyland, P., Shevlin, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Vallières, F., McGinty, G., ... & Power, J. M. (2019). Quality not quantity: loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54, 1089-1099.
- Iffland, B., Brähler, E., Neuner, F., Häuser, W., & Glaesmer, H. (2013). Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC public health*, 13, 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-980>.
- Ingelfinger, J. R. (2023). Adverse Childhood Experiences and Their Relevance to Hypertension in Children and Youth. *Pediatric Hypertension*, 217-228. https://doi.org/10.1007/978-3-031-06231-5_58.
- Irtelli, F., & Durbano, F. (2020). *Quality of life and biopsychosocial paradigm: A narrative review of the concept and specific insights. Quality of Life - Biopsychosocial Perspectives*.
- Jackson, D. B., Jones, M. S., Semenza, D. C., & Testa, A. (2023). Adverse childhood experiences and adolescent delinquency: a theoretically informed investigation of mediators during middle childhood. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3202. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043202>.
- Jaffee, S. R., Takizawa, R., & Arseneault, L. (2017). Buffering effects of safe, supportive, and nurturing relationships among women with childhood histories of maltreatment. *Psychological medicine*, 47(15), 2628-2639.
- Jekielek, S. M. (1998). Parental conflict, marital disruption and children's emotional well-being. *Social Forces*, 76(3), 905–936. <https://doi.org/10.1093/sf/76.3.905>.

- Johnson, V. K., Gans, S. E., Kerr, S., & LaValle, W. (2001). Managing the transition to college: Family functioning, emotion coping, and adjustment in emerging adulthood. *Journal of College Student Development*, 42(4), 355–367.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Grandison, G., Garozi, M., Latham, E., ... & Hyland, P. (2020). Adverse and benevolent childhood experiences in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD): implications for trauma-focused therapies. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1793599. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1793599>.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (2020). The intergenerational transmission of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104642.
- Kern, M. L., Waters, L. E., Adler, A., & White, M. A. (2015). A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *The journal of positive psychology*, 10(3), 262-271. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936962>.
- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory*. Norton & Company.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry*, 197(5), 378-385.
- Kim, I., Galván, A., & Kim, N. (2021). Independent and cumulative impacts of adverse childhood experiences on adolescent subgroups of anxiety and depression. *Children and youth services review*, 122, 105885. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105885>.

- Klever, P. (2015). Multigenerational relationships and nuclear family functioning. *The American Journal of Family Therapy*, 43(4), 339-351.
- Kopystynska, O., Barnett, M. A., & Curran, M. A. (2020). Constructive and destructive interparental conflict, parenting, and coparenting alliance. *Journal of Family Psychology*, 34(4), 414.
- Kravdal, Ø., & Grundy, E. (2019). Children's age at parental divorce and depression in early and mid-adulthood. *Population studies*, 73(1), 37-56.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations*, 49(1), 25-44.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00025.x>.
- Kumar, S. A., & Mattanah, J. F. (2018). Interparental conflict, parental intrusiveness, and interpersonal functioning in emerging adulthood. *Personal Relationships*, 25(1), 120-133.
<https://doi.org/10.1111/pere.12231>.
- Lam, L. T., & Cheng, Z. (2014). Family and social factors associated with adolescent smoking in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health*, 54(6), 688-693.
- Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2008). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature*. McGraw-Hill Education.
- Le, N., Belay, Y. B., Le, L. K. D., Pirkis, J., & Mihalopoulos, C. (2023). Health-related quality of life in children, adolescents and young adults with self-harm or suicidality: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(7), 952-965.

- Leza, L., Siria, S., López-Goñi, J. J., & Fernandez-Montalvo, J. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. *Drug and alcohol dependence*, 221, 108563. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108563>.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ozer, E. J. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: Predictors and mediators of child behavior problems. *Development and psychopathology*, 17(2), 385-396. [10.1017/S0954579405050182](https://doi.org/10.1017/S0954579405050182).
- Lodhi, F. S., Raza, O., Montazeri, A., Nedjat, S., Yaseri, M., & Holakouie-Naieni, K. (2017). Psychometric properties of the Urdu version of the World Health Organization's quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF). *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 31, 129. [10.14196/mjiri.31.129](https://doi.org/10.14196/mjiri.31.129).
- Loh, S. F., Maniam, T., Tan, S. M., & Badi'ah, Y. (2010). Childhood adversity and adult depressive disorder: a case-controlled study in Malaysia. *East Asian archives of psychiatry*, 20(2), 87-91.
- Lopes, R. F. (2023). *Exposição ao conflito interparental e qualidade das relações pais-filhos em adultos emergentes: O papel mediador das representações de culpa e de ameaça* (Master's thesis).
- Lowthian, E., Anthony, R., Evans, A., Daniel, R., Long, S., Bandyopadhyay, A., ... & Paranjothy, S. (2021). Adverse childhood experiences and child mental health: an electronic birth cohort study. *BMC medicine*, 19, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02045-x>.

- Lucas-Thompson, R. G., & Hostinar, C. E. (2013). Family income and appraisals of parental conflict as predictors of psychological adjustment and diurnal cortisol in emerging adulthood. *Journal of Family Psychology*, 27(5), 784–794.
- Lundberg, O., & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian journal of social medicine*, 24(3), 218-224.
- MacKay, L. (2012). Trauma and Bowen family systems theory: Working with adults who were abused as children. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(3), 232-241. <https://doi.org/10.1017/aft.2012.28>.
- Marcussen, J., Thuen, F., O'Connor, M., Wilson, R. L., & Hounsgaard, L. (2020). Double bereavement, mental health consequences and support needs of children and young adults- When a divorced parent dies. *Journal of clinical nursing*, 29(7-8), 1238–1253. <https://doi.org/10.1111/jocn.15181>.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, M. J., DeVries, L. M., O'Leary, J. D., & Gottschalk, C. L. (2018). *The influence of interparental conflict on children*. University of Nebraska-Lincoln, Extension.
- Martins, M. L. C. (2014). *Reflexos criminais das experiências traumáticas na infância* (Master's thesis, Universidade de Aveiro).
- Masten, A. S. (2015). Pathways to integrated resilience science. *Psychological Inquiry*, 26(2), 187-196. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1012041>.

- Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98. <https://doi.org/10.3390/children5070098>.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2016). Resilience in development: Progress and transformation. *Developmental psychopathology*, 4(3), 271-333. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy406>.
- Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). *Experiências adversas na infância e bem-estar psicológico na vida adulta: O papel mediador da qualidade das relações familiares*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 155-170.
- McCoy, M. L., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2009). The role of marital conflict in the development of child adjustment: A meta-analytic review. *Developmental Psychology*, 45(3), 493–511.
- McCrory, E., Ogle, J. R., Gerin, M. I., & Viding, E. (2019). Neurocognitive adaptation and mental health vulnerability following maltreatment: The role of social functioning. *Child Maltreatment*, 24(4), 435-451. <https://doi.org/10.1177/1077559519830524>.
- McGorry, P. D., Purcell, R., Hickie, I. B., & Jorm, A. F. (2007). Investing in youth mental health is a best buy. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S5-S7. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01326.x>.
- McInnes, K., & Rose, J. (2017). Attachment and parental sensitivity—their role in supporting good child development and lifelong positive outcomes.

- Meehan, A. J., Baldwin, J. R., Lewis, S. J., MacLeod, J. G., & Danese, A. (2022). Poor individual risk classification from adverse childhood experiences screening. *American journal of preventive medicine*, 62(3), 427-432. [10.1016/j.amepre.2021.08.008](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.08.008).
- Merikukka, M., Räsänen, S., Hakko, H., Ristikari, T., Gissler, M., & Niemelä, M. (2020). Association between parental hospital-treated somatic illnesses in childhood and later mental disorders among offspring up to early adulthood: An explorative study in the 1987 Finnish Birth Cohort. *Scandinavian journal of public health*, 48(2), 214–223. <https://doi.org/10.1177/1403494818774729>.
- Merrick, J. S., Narayan, A. J., DePasquale, C. E., & Masten, A. S. (2019). Benevolent childhood experiences (BCEs) in homeless parents: A validation and replication study. *Journal of Family Psychology*, 33(4), 493-498. <https://doi.org/10.1037/fam0000521>.
- Merrick, J. S., Narayan, A. J., Atzl, V. M., Harris, W. W., & Lieberman, A. F. (2020). Type versus timing of adverse and benevolent childhood experiences for pregnant women's psychological and reproductive health. *Children and Youth Services Review*, 11(4), 105056. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105056>.
- Merrifield, K. A., & Gamble, W. C. (2013). Associations among marital qualities, supportive and undermining coparenting, and parenting self-efficacy: Testing spillover and stress-buffering processes. *Journal of Family Issues*, 34(4), 510-533. <https://doi.org/10.1177/0192513X12445561>.

- Miga, E. M., Grych, J. H., & Fincham, F. D. (2012). Adolescent romantic relationships: Interpersonal influence and individual differences in functioning. *Journal of Early Adolescence*, 32(3), 404–426.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2007). *Working with families of the poor* (2nd ed.). Guilford Press.
- Morgan, C. A., Chang, Y. H., Choy, O., Tsai, M. C., & Hsieh, S. (2021). Adverse childhood experiences are associated with reduced psychological resilience in youth: A systematic review and meta-analysis. *Children*, 9(1), 27. <https://doi.org/10.3390/children9010027>.
- Murdock, N. L. (2012). *Theories of Counseling and Psychotherapy: A Case Approach*. Pearson Education.
- Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, W. W., & Lieberman, A. F. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. *Child abuse & neglect*, 78, 19-30.
- Navaneetham, P., & Kanth, B. (2022). Effects of Personal Relationships on Physical and Mental Health among Young Adults-A Scoping Review. *The Open Psychology Journal*, 15(1).
- Novais, M., Henriques, T., Vidal-Alves, M. J., & Magalhães, T. (2021). When problems only get bigger: the impact of adverse childhood experience on adult health. *Frontiers in psychology*, 12, 693420.

- Nshimirimana, D. A., Kokonya, D., Gitaka, J., Wesonga, B., Mativo, J. N., & Rukanikigitero, J. M. V. (2023). Impact of COVID-19 on health-related quality of life in the general population: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Global Public Health*, 3(10), e0002137.
- Oge, R., Pehlivan, F., & İŞIKLI, S. (2020). Validity and reliability of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale in Turkish. *DUSUNEN ADAM-JOURNAL OF PSYCHIATRY AND NEUROLOGICAL SCIENCES*, 33(2).
- O'Hara, K. L., Rhodes, C. A., Wolchik, S. A., Tein, J. Y., & Sandler, I. N. (2021). Fear of abandonment as a mediator between the longitudinal effect of exposure to post-divorce interparental conflict on children's mental health problems: does parenting quality play a buffering role?. *Child Development*, 92(4), 1476-1493.
- O'Leary, S. G., & Vidair, H. B. (2005). Marital adjustment, child-rearing disagreements, and overreactive parenting: predicting child behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 208.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed., pp. 514–548). The Guilford Press.
- Olson, D. H., & Olson, S. K. (2014). *FACES IV and the Circumplex model: Validation study*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(1), 1–15.

- Olson, D. H., Waldvogel, L., & Schlieff, M. (2019). Circumplex model of marital and family systems: An update. *Journal of Family Theory & Review*, 11(2), 199-211.
- Paclikova, K., Veselska, Z. D., Bobakova, D. F., Palfiova, M., Geckova, A. M. (2019). What role do family composition and functioning play in emotional and behavioural problems among adolescent boys and girls?. *Public Health*, 64(2), 209–17.
<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1171-x>.
- Perales, F., Johnson, S. E., Baxter, J., Lawrence, D., & Zubrick, S. R. (2017). Family structure and childhood mental disorders: new findings from Australia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(4), 423–433. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1328-y>.
- Pereira, F. G., & Viana, M. C. (2015). A exposição a experiências adversas na infância é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças e agravos à saúde na vida adulta?. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 17(1), 4-5.
- Pinto, C. M. C. (2022). *Experiências de vida positivas e negativas, empatia e violência em relações de intimidade* (Master's thesis).
- Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29(4), 431-438. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9602-9>.
- Pires, A. L., & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(1), 42-49.

- Ponti, L., & Smorti, M. (2019). The roles of parental attachment and sibling relationships on life satisfaction in emerging adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(6), 1747-1763. <https://doi.org/10.1177/0265407518771741>.
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2018). Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child abuse & neglect*, 80, 123-133. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.006>.
- Portela, A. R. R. (2021). *O impacto de condições de vida adversas no desenvolvimento de perfis afectivos em jovens institucionalizados* (Master's thesis).
- Pribesh, S. L., Carson, J. S., Dufur, M. J., Yue, Y., & Morgan, K. (2020). Family structure stability and transitions, parental involvement, and educational outcomes. *Social Sciences*, 9(12), 229. <https://doi.org/10.3390/socsci9120229>.
- Ran, G., Zhang, L., & Zhang, Y. (2021). The impact of interparental conflict on adolescent depression: The role of parent-child communication. *Journal of Adolescence*, 88, 1–10.
- Rasool, A. (2022). The role of family in fostering mental health: Nurturing practices and their long-term effects. *Journal of Business, IT, and Social Science*, 01(1), 1-3. <https://doi.org/10.51470/BITS.2022.01.01.01>.
- Rebelo, L. (2018). *A Família em Medicina Geral e Familiar-Conceitos e Práticas*. Leya.
- Reis, D., Sheldon, K. M., Gagné, M., & Deci, E. L. (2000). The influence of autonomy support and autonomy orientation on intrinsic motivation and well-being: A self-determination theory perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(11), 1460–1479.

- Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (2010). *Handbook of adult resilience*. Guilford Press.
- Rhoades, K. A. (2008). Children's responses to interparental conflict: A meta-analysis of their associations with child adjustment. *Child Development*, 79(6), 1942–1956. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01235.x>.
- Ribeiro, C. S. (2023). *Desenvolvimento de competências socioemocionais na educação pré-escolar: a literatura para a infância como instrumento pedagógico* (Doctoral dissertation).
- Roberts, R. E., & Bengtson, V. L. (1993). Relationships with parents, self-esteem, and psychological well-being in young adulthood. *Social psychology quarterly*, 263-277. <https://doi.org/10.2307/2786663>.
- Rollins, E. M., & Crandall, A. (2021). Self-regulation and shame as mediators between childhood experiences and young adult health. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 649911. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.649911>.
- Russotti, J., Warmingham, J. M., Duprey, E. B., Handley, E. D., Manly, J. T., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2021). Child maltreatment and the development of psychopathology: The role of developmental timing and chronicity. *Child abuse & neglect*, 120, 105215. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105215>.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2014). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. In *Personality and Social Psychology at the Interface* (pp. 30-44). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203764923>.

- Saita, E. (2009). *Psico-oncologia: una prospettiva relazionale* (pp. 1-278). Unicopli.
- Saita, E. (2014). *Pensare alla salute e alla malattia: legami tra mente, corpo e contesto di appartenenza*. EDUCatt-Ente per il diritto allo studio universitario dell'Università Cattolica.
- Saita, E., & Tamanza, G. (2009). Cure palliative, qualità di vita, passaggi generazionali. In *Psico-oncologia: una prospettiva relazionale* (pp. 40-66). UNICOPLI.
- Saladino, V., Mosca, O., Lauriola, M., Hoelzlhammer, L., Cabras, C., & Verrastro, V. (2020). Is family structure associated with deviance propensity during adolescence? The role of family climate and anger dysregulation. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9257. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249257>.
- Sandler, I., Miles, J., Cookston, J., & Braver, S. (2008). Effects of father and mother parenting on children's mental health in high-and low-conflict divorces. *Family Court Review*, 46(2), 282-296. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2008.00201.x>.
- Sandler, I. N., Wheeler, L. A., & Braver, S. L. (2013). Relations of parenting quality, interparental conflict, and overnights with mental health problems of children in divorcing families with high legal conflict. *Journal of Family Psychology*, 27(6), 915. <https://doi.org/10.1037/a0034449>.
- Schilling, C., Weidner, K., Brähler, E., Glaesmer, H., Häuser, W., & Pöhlmann, K. (2016). Patterns of childhood abuse and neglect in a representative German population sample. *PloS one*, 11(7), e0159510. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159510>.

- Schofield, T. J., Conger, R. D., & Neppl, T. K. (2014). Positive parenting, beliefs about parental efficacy, and active coping: three sources of intergenerational resilience. *Journal of Family Psychology*, 28(6), 973. <https://doi.org/10.1037/fam0000024>.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Schermerhorn, A. C., & Cummings, E. M. (2007). Marital conflict and children's adjustment: Evaluation of the parenting process model. *Journal of Marriage and Family*, 69(5), 1118–1134. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00436.x>.
- Schumann, D. A., & Mosley, W. H. (1994). The household production of health: introduction. *Social Science & Medicine*, 38(2), 201–204. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90389-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90389-1).
- Seligman, M. E. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Simon and Schuster.
- Sever, M., Tatlıcıoğlu, O., Almeida, T. C., Abdul Azeez, E. P., Caridade, S., & Cunha, O. (2024). Resilience and hopelessness mediate the relationship between benevolent childhood experiences and life satisfaction: evidence from a cross-cultural study. *BMC psychology*, 12(1), 1–11. [10.1186/s40359-024-02134-5](https://doi.org/10.1186/s40359-024-02134-5).
- Sha'ked, A., Williams, L. M., & Dobson, K. S. (2013). A family cognitive-behavioral preventive intervention for children of depressed parents: 18- and 24-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 261–265.
- Shao, R., He, P., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., ... & Yang, Y. (2020). Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC psychology*, 8, 1–19. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00402-8>.

- Sharma, P., & Hussain, M. A. (2021). Effect of family environment on resilience and mental well-being of young adults. *Journal of Psychological Studies*, 10(2), 45-53.
- Sheikh, M. A. (2018). Childhood physical maltreatment, perceived social isolation, and internalizing symptoms: a longitudinal, three-wave, population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(4), 481-491. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1090-z>.
- Sherrill, R. B., Lochman, J. E., DeCoster, J., & Stromeyer, S. L. (2017). Spillover between interparental conflict and parent-child conflict within and across days. *Journal of Family Psychology*, 31(7), 900-910.
- Silva, A. P. (2011). Produção de Saúde em Contextos Adversos: Um Estudo das Trajetórias de Filhos de Alcoolistas. (Master's thesis).
- Silva, S. S. P., & Maia, Â. (2008). *Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire* (Questionário da História de Adversidade na Infância).
- 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, 299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., ... & Gunderson, J. G. (2007). Positive childhood experiences: Resilience and recovery from personality disorder in early adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(7), 1102.
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The differentiation of self inventory: development and initial validation. *Journal of counseling psychology*, 45(3), 235.

- Smith, S. L., & Thornberry, T. P. (2002). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 40(2), 215–248.
- Sood, M. S., & Gupta, A. (2024). Exploring The Impact of Family Environment on Quality of Life, Wellness, and Self-Concept: A Comprehensive Analysis. *African Journal of Biomedical Research*, 27(3S), 49-62. <https://doi.org/10.53555/AJBR.v27i3S.1719>.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press.
- Sovani, A. V. (2018). Family therapy in India. *Annals of Indian Psychiatry*, 2(2), 88-92.
- Sroufe, L. A. (1979). The coherence of individual development: Early care, attachment, and subsequent developmental issues. *American Psychologist*, 34(10), 834–841. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.834>.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. *Guilford Press*.
- Straatmann, V. S., Lai, E., Law, C., Whitehead, M., Strandberg-Larsen, K., & Taylor-Robinson, D. (2020). How do early-life adverse childhood experiences mediate the relationship between childhood socioeconomic conditions and adolescent health outcomes in the UK?. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 969-975. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-213817>.
- Su, Y., D'Arcy, C., & Meng, X. (2020). Social support and positive coping skills as mediators buffering the impact of childhood maltreatment on psychological distress and positive mental health in adulthood: analysis of a national population-based sample. *American journal of epidemiology*, 189(5), 394-402. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz275>.

- Szcześniak, M., & Tulecka, M. (2020). Family functioning and life satisfaction: The mediatory role of emotional intelligence. *Psychology research and behavior management*, 223-232. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S240898>.
- Taylor, S. M., Ward, P., Zabriskie, R., Hill, B., & Hanson, C. (2012). Influences on active family leisure and a healthy lifestyle among adolescents. *Leisure Sciences*, 34(4), 332-349. <https://doi.org/10.1080/01490400.2012.687643>.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>.
- Telman, M. D., Overbeek, M. M., de Schipper, J. C., Lamers-Winkelmann, F., Finkenauer, C., & Schuengel, C. (2016). Family functioning and children's post-traumatic stress symptoms in a referred sample exposed to interparental violence. *Journal of family violence*, 31, 127-136.
- Titelman, P. (2012). *Triangles: Bowen family systems theory perspectives*. Routledge.
- Thomas, P. A., Liu, H., & Umberson, D. (2017). Family relationships and well-being. *Innovation in aging*, 1(3), igx025. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx025>.
- Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2013). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Child Maltreatment*, 18(3), 135-139. <https://doi.org/10.1177/1077559513500380>.

- Turner, S., Harvey, C., Hayes, L., Castle, D., Galletly, C., Sweeney, S., Shah, S., Keogh, L., & Spittal, M. J. (2019). Childhood adversity and clinical and psychosocial outcomes in psychosis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e78.
<https://doi.org/10.1017/S2045796019000684>.
- Valente, S. (2019). Competências socioemocionais: o emergir da mudança necessária.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ open*, 6(4), e010799.
- van Dijk, R., Mastrotheodoros, S., van der Valk, I.E., Branje, S., & Deković, M. (2024). Daily and Half-yearly Associations between Boundary Diffusion and Parent-adolescent Relationship Quality after Divorce. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-17.
<https://doi.org/10.1007/s10964-024-02064-w>.
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263–280. <https://doi.org/10.1037/a0032359>.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... 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.
- Veenhoven, R. (2024). Quality of life (QOL), an overview. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*, 5668-5671. https://doi.org/10.1007/978-3-031-17299-1_2353.

- Vincenti, E., & Irtelli, F. (2018). Familiar-mente: legami e prospettive che non ti aspetti.
- Vizard, E., Gray, J., & Bentovim, A. (2022). The impact of child maltreatment on the mental and physical health of child victims: A review of the evidence. *BJPsych Advances*, 28(1), 60-70. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.10>.
- Walsh, F. (2012). Family resilience: Strengths forged through adversity.
- Walsh, D., McCartney, G., Smith, M., & Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73, 1087–1093. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212738>.
- Wampler, K. S., Rastogi, M., & Singh, R. (2020). *The handbook of systemic family therapy: Systemic family therapy and global health issues* (4th ed.). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119788409>.
- Wang, M., & Liu, L. (2014). Parental conflict and children's adjustment: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 140(3), 751–773.
- Warmuth, K. A., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2020). Constructive and destructive interparental conflict, attention, and school functioning in middle childhood. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(1), 212-226. [10.1037/fam0000599](https://doi.org/10.1037/fam0000599).
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 387–415). Guilford Press.

- Weber Ku, E. B., Hagler, M. A., Parnes, M. F., Schwartz, S. E., Rhodes, J. E., & Erickson, L. D. (2021). Natural mentoring relationships among survivors of caregiver childhood abuse: findings from the Add Health Study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1483(1), 50-66.
- Wei, Y. B., Yin, Z., Gao, Y. L., Yan, B., Wang, Z., & Yang, J. R. (2015). Quality of life of Chinese urologists: a cross-sectional study using WHOQOL-BREF. *Hong Kong Med J*, 21(3), 232-236. [10.12809/hkmj144297](https://doi.org/10.12809/hkmj144297).
- Weiss-Laxer, N. S., Crandall, A., Okano, L., & Riley, A. W. (2020). Building a foundation for family health measurement in national surveys: a modified Delphi expert process. *Maternal and Child Health Journal*, 24, 259-266. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02870-w>.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 1-9.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996* (No. WHOQOL-BREF). World Health Organization.

World Health Organization. (2004). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report.

World Health Organization. (2020). *Basic documents, 49th ed.* World Health Organization.

Wright, M. O., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein, & R. B. Brooks (Eds.). *Handbook of resilience in children* (2nd ed., pp. 15–37). https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2.

Yamaoka, Y., & Bard, D. E. (2019). Positive parenting matters in the face of early adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(4), 530-539. [10.1016/j.amepre.2018.11.018](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.11.018).

Yıldırım, B. (2020). SOSYAL HİZMET UYGULAMASINDA BOWEN'IN AİLE SİSTEMLERİ YAKLAŞIMI. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(47), 287-313.

Ying, L., Zhang, L., & Zhang, Y. (2018). Parent-child communication as a mediator between interparental conflict and adolescent depression. *Journal of Adolescence*, 65, 1–9.

Zajac, L., Raby, K. L., & Dozier, M. (2020). Sustained effects on attachment security in middle childhood: results from a randomized clinical trial of the Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 417-424.

Zaman, N., Kausar, N., & Abid, M. (2020). A study on inter-parental conflict and aggression among university students. *Pakistan Journal of Educational Research*, 3(2). <https://doi.org/10.52337/pjer.v3i2.41>.

- 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.
- Zhen, S., Liu, J., Qiu, B., Fu, L., Hu, J., & Su, B. (2022). Interparental conflict and early adulthood depression: Maternal care and psychological needs satisfaction as mediators. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1402.
- Zhu, Y., Zhang, G., & Anme, T. (2023). Intergenerational associations of adverse and positive maternal childhood experiences with young children's psychosocial well-being. *European journal of psychotraumatology*, 14(1), 2185414.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2185414>.
- Zimmerman, M. A. (2013). Resiliency theory: A strengths-based approach to research and practice for adolescent health. *Health Education & Behavior*, 40(4), 381-383.
<https://doi.org/10.1177/1090198113493782>.

Anexos

Lista de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Questionário Sociodemográfico

Anexo C – Questionário da História de Adversidade na Infância

Anexo D – Escala de Experiências Benevolentes na Infância

Anexo F – WHOQOL-Bref – Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

Anexo G – Pedido de Apreciação e Parecer À Comissão de Ética

Anexo H – Autorização dos Respetivos Instrumentos de Estudo (3doc.)

Anexo A

Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Relacionamentos Parentais Disfuncionais e a sua Influência na Saúde Mental de Jovens Adultos

Vimos por este meio convidá-lo(a) a participar num estudo, que pretende determinar se a saúde mental, em jovens adultos, pode ser influenciada por relacionamentos parentais disfuncionais. Esta investigação é realizada em colaboração com a Universidade Lusíada de Lisboa (Instituto Lusíada de Investigação e Desenvolvimento – ILID).

Objetivo Geral – Determinar se a qualidade das interações familiares na infância pode influenciar a forma como os indivíduos lidam, ao longo da vida, com experiências positivas e adversas, bem como o seu efeito no bem-estar psicológico na idade adulta.

Objetivos Específicos – Entendimento sob se as experiências adversas na infância estão associadas a uma precária qualidade de vida em jovens adultos; e se a qualidade das interações familiares pode amenizar a relação entre as experiências adversas e positivas vividas na infância e o bem-estar psicológico em jovens adultos.

O que fará no estudo – O participante será convidado a participar num estudo de cariz transversal, em que será aplicado um questionário sociodemográfico e três questionários psicológicos.

Recolha de dados – Será aplicado um protocolo constituído por 4 questionários fáceis de responder e que se referem:

- A. Questionário Sociodemográfico;
- B. *"Family Adverse Consequences Experiences Questionnaire" (ACE)* – Questionário da História de Adversidade na Infância;
- C. *"Benevolent Childhood Experiences Scale" (BCE)* – Escala de Experiências Benevolentes na Infância;
- D. *"WHOQOL-Bref"* – Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde.

CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão – Para a participação efetiva no presente estudo, os critérios são os seguintes:

1. Jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos;
2. Indivíduos que tenham vivenciado situações de disfunção familiar (e.g. conflito parental, pais divorciados, situação monoparental).

Relativamente aos critérios de exclusão:

3. Os jovens adultos que recusem o termo de consentimento informado;
4. Jovens adultos órfãos;
5. Jovens adultos que apresentem algum tipo de déficite cognitivo ou perturbação pelo uso de substâncias, que impeçam a adequada compreensão e/ou o correto preenchimento dos questionários.

Todos os dados serão trabalhados sem a identificação do participante, não permitindo em qualquer momento que estes sejam identificados.

Garantimos assim, absoluto anonimato e confidencialidade dos dados de cada um dos participantes. Até porque, assim que os dados tiverem sido todos recolhidos estes ficam automaticamente anonimizados.

Registo dos dados: Pedimos autorização para recolher e arquivar os dados supramencionados, sem a utilização de nomes para manter o absoluto anonimato dos participantes.

Arquivo e divulgação dos dados: Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral europeia – de acordo com a declaração Helsínquia. Os dados recolhidos serão arquivados, codificados e sem o nome dos participantes. Espera-se como resultados deste estudo a publicação de artigos científicos.

Confidencialidade, Integridade e Disponibilidade: Os dados pessoais não serão divulgados e serão mantidos confidenciais, asseguradas as medidas de segurança técnicas e organizacionais mais adequadas. Os dados recolhidos serão mantidos codificados e arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe. Apenas dois elementos da coordenação, direção científica do projeto e responsável pelo tratamento de dados terão acesso aos seus dados pessoais. Todos os intervenientes que recolhem os dados estão sob compromisso de confidencialidade e de sigilo. Todos os dados pessoais serão eliminados, ao final de cinco anos, após a publicação dos resultados, mantendo-se os dados recolhidos anonimizados.

Participação voluntária: A participação é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar os coordenadores do projeto. No final do estudo, os participantes poderão pedir e ter acesso a informação mais específica sobre os objetivos, hipóteses, procedimentos, resultados e conclusões do estudo.

Em caso de dúvida sobre o estudo, poderá contactar os responsáveis pela coordenação do projeto e da investigação:

Coordenador do Projeto: Prof.^a Dr.^a Túlia Cabrita tuliacabrita@edu.ulusiada.pt

Coordenador da Investigação: Prof. Dr. Miguel Freitas miguelfreitas@lis.ulusiada.pt

Investigadora: Maria Correia mariacoelhocorreia@gmail.com

Tomei conhecimento das condições de participação neste estudo e aceito participar, para tal assino este consentimento informado:

Anexo B

Questionário Sociodemográfico

Antes de Começar: Por favor preencha o código, de forma a garantir que se lembra deste código para os seguintes questionários a completar, sem que este dado revele a sua identificação, havendo uma máxima confidencialidade. Indique o **1ª letra do primeiro nome**, **1ª letra do segundo nome** e o **dia e o mês de nascimento**. Por exemplo, se o seu nome é **Joana Silva** Pinto e nasceu **01/03**/2000, o seu código será **JS0103**.

1. Sexo			☐ Masculino ¹	☐ Feminino ²
2. Idade _____ anos				
3. Profissão (indique a actividade que exerce) _____				
4. Situação relacional				
☐ Casamento ¹ Desde há _____ anos ☐ Separação ²				
☐ Divórcio ³ ☐ União de Facto / Coabitação ⁴ Desde há _____ anos				
☐ Viuvez ⁵ ☐ Namoro ⁶ Desde há _____ anos				
☐ Não tem relação/Não se aplica ⁷				
5. Nível de escolaridade				
☐ 0-4 anos de escolaridade ¹ ☐ 4-6 anos de escolaridade ²				
☐ 6-9 anos de escolaridade ³ ☐ 10-12 anos de escolaridade ⁴				
☐ Frequência universitária ⁵ ☐ Ensino Superior ⁶				
6. Zona de Residência Habitual				
☐ Norte ¹ ☐ Algarve ² ☐ Centro ³				
☐ Alentejo ⁴ ☐ Grande Lisboa ⁵ ☐ Açores ⁶				
☐ Madeira ⁷ ☐ Outra ⁸ _____				
☐ Rural ¹ ☐ Semi-urbana ² ☐ Urbana ³				
7. Acompanhamentos psicológico e/ou psiquiátrico				
☐ Nunca teve ¹ ☐ Teve no passado ² ☐ Tem actualmente ³				
Motivo: _____ Motivo: _____				
8. Tem problemas/doenças de saúde física?				
☐ Sim ¹ ☐ Não ²				
Qual/Quais? _____				
9. Religiosidade				
☐ Crente praticante ¹ ☐ Crente não praticante ² ☐ Não crente ³				
10. Actualmente, com quem habita? _____ (ex: Pais, Filhos, Marido/Esposa, Avós, Irmãos, Amigas, Companheiro)				
11. Com quem viveu durante a infância? _____				
12. Com quem viveu entre os seus 15 e 19 anos? _____				
13. Como considera ser o seu ambiente familiar actual?				
☐ Muito Mal, ☐ Mal, ☐ Nem mal, nem bem, ☐ Bem, ☐ Muito bem.				

DADOS FAMILIARES

Responda às próximas questões com os dados da sua família, por favor.

Se não tem filhos, passe ao item 18.

14. Quantos filhos tem? ☐ Zero ☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Quatro

15. Qual(is) as idades e sexos dos seus filhos? (ex: 15ano/F) ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____

16. Acompanhamentos psicológico e/ou psiquiátrico do(s) seu(s) filho(s)

- ☐ Nunca teve₁
☐ Teve no passado₂ Motivo: _____
☐ Tem actualmente₃ Motivo: _____

17. Situação relacional dos seus pais**Pai**

- ☐ Casamento¹ Desde há ____ anos
☐ Separação² Desde há ____ anos
☐ Divórcio³ Desde há ____ anos
☐ União de Facto/Coabitação⁴ Desde há ____ anos
☐ Viuvez⁵
☐ Namoro⁶
☐ Não tem relação/Não se aplica⁷
☐ Falecido⁸

Mãe

- ☐ Casamento¹ Desde há ____ anos
☐ Separação²
☐ Divórcio³ Desde há ____ anos
☐ União de Facto/Coabitação⁴ Desde há ____ anos
☐ Viuvez⁵
☐ Namoro⁶
☐ Não tem relação/Não se aplica⁷
☐ Falecida⁸

18. Idade dos seus pais

(se já faleceram, não responda)

Pai: _____ anos

Mãe: _____ anos

19. Profissão dos seus pais

(caso já sejam reformados ou já tenham falecido, diga a actividade que exerciam antes)

Pai: _____

Mãe: _____

20. Nível escolaridade dos seus pais**Pai**

- ☐ 0-4 anos de escolaridade¹
☐ 4-6 anos de escolaridade²
☐ 6-9 anos de escolaridade³
☐ 10-12 anos de escolaridade⁴
☐ Frequência universitária⁵
☐ Ensino Superior⁶
☐ Não sei⁷

Mãe

- ☐ 0-4 anos de escolaridade¹
☐ 4-6 anos de escolaridade²
☐ 6-9 anos de escolaridade³
☐ 10-12 anos de escolaridade⁴
☐ Frequência universitária⁵
☐ Ensino Superior⁶
☐ Não sei⁷

Anexo C

Questionário da História de Adversidade na Infância

(Felitti & Anda, 1998; traduzido por Silva & Maia, 2008)

Em seguida são apresentadas um conjunto de questões/afirmações que se referem a experiências da infância. Responda a todas as questões com a maior sinceridade. O anonimato e confidencialidade estão garantidos.

	Sim	Não
1. Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?	☐	☐
2. Alguém em sua casa tentou suicidar-se ou suicidou-se?	☐	☐
3. Alguém em sua casa esteve na prisão?	☐	☐
4. Os seus pais eram divorciados ou separados?	☐	☐
5. Havia alguém em casa que usasse drogas?	☐	☐
6. Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?	☐	☐

Com que frequência é que o seu pai (ou padrasto) ou o namorado da sua mãe fez alguma destas coisas à sua mãe (ou madrasta):	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
7. Puxar, agarrar ou atirar-lhe com alguma coisa?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Pontapear, morder, bater com a mão, ou bater com alguma coisa forte?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Bateu-lhe repetidamente durante alguns minutos?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ameaçou-a com uma faca ou uma arma, ou usou uma faca ou uma arma para a magoar?	☐	☐	☐	☐	☐

Durante a minha infância...

11. Não tinha o suficiente para comer.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger.	☐	☐	☐	☐	☐
13. As pessoas da sua família chamavam-lhe coisas como "feio" ou "preguiçoso".	☐	☐	☐	☐	☐
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Havia alguém na família que me ajudava a sentir especial ou importante.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Havia quem lavasse a roupa suja.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Senti-me amada (o).	☐	☐	☐	☐	☐
18. Pensei que os meus pais desejaram que eu nunca tivesse nascido.	☐	☐	☐	☐	☐
19. As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Senti que alguém da família me odiava.	☐	☐	☐	☐	☐
21. As pessoas da família disseram coisas que me magoaram ou insultaram.	☐	☐	☐	☐	☐
22. As pessoas da família sentiam-se próximas umas das outras.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Acredito que fui emocionalmente abusado.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Havia alguém que me levasse ao médico caso necessitasse.	☐	☐	☐	☐	☐
25. A família foi fonte de força e suporte.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Eu tinha de usar roupas sujas	☐	☐	☐	☐	☐
Alguém...					
27. O insultou ou lhe disse palavrões?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ameaçou bater-me ou atirar-me com alguma coisa mas não o fez?	☐	☐	☐	☐	☐
29. Agiu de uma forma que me deixou com medo que me magoasse fisicamente?	☐	☐	☐	☐	☐
<p>Questão adicional. Se respondeu <u>sim a uma das últimas três perguntas</u>, indique se estas experiências aconteceram com alguém que...Note: Se aconteceu com mais que uma pessoa, assinale todas as opções que forem verdadeiras</p> <p>Não vivia comigo nem era da minha família ☐ Vivia na mesma casa mas não era meu família ☐</p> <p>Um familiar que vivia na mesma casa que eu ☐ Um familiar que não vivia na mesma casa que eu ☐</p>					
30. Bateu-me com tanta força que deixou marcas ou feriu?	☐	☐	☐	☐	☐
31. Puxou-me, agarrou-me ou atirou-me com alguma coisa?	☐	☐	☐	☐	☐
32. Com que frequência lhe bateram?	☐	☐	☐	☐	☐
	Não forte	Pouco forte	Médio	Um pouco forte	Muito forte
33. Com que severidade lhe bateram? (com que força?)	☐	☐	☐	☐	☐

<p>Questão adicional. Se respondeu <u>sim a uma das últimas quatro perguntas</u>, indique se estas experiências aconteceram com alguém que...Note: Se aconteceu com mais que uma pessoa, assinale todas as opções que forem verdadeiras</p> <p>Não vivia comigo nem era da minha família ☐ Vivia na mesma casa mas não era meu família ☐</p> <p>Um familiar que vivia na mesma casa que eu ☐ Um familiar que não vivia na mesma casa que eu ☐</p>	
---	--

Algumas pessoas, durante os primeiros 18 anos de vida, tiveram experiências sexuais com um adulto pelo menos 5 anos mais velho. Estas experiências podem envolver pessoas da família ou estranhos. Durante esse período, algum adulto familiar, amigo da família ou estranho, pelo menos 5 anos mais velho:

- Sim Não
34. Tocou ou acariciou o seu corpo de uma forma sexualizada? ☐ ☐

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____

E da última? _____

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim ☐ Não ☐ Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino ☐ Feminino ☐

- Sim Não
35. Tocou o corpo delas (dessas pessoas) de forma sexualizada? ☐ ☐

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____

E da última? _____

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim ☐ Não ☐

Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino ☐ Feminino ☐

- Sim Não
36. Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo? ☐ ☐

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____

E da última? _____

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim ☐ Não ☐

Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino ☐ Feminino ☐

- Sim Não
37. Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo? ☐ ☐

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____

E da última? _____

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim ☐ Não ☐

Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino ☐ Feminino ☐

Questão adicional. Se respondeu sim a uma das últimas quatro perguntas, indique se estas experiências aconteceram com alguém que... **Note: Se aconteceu com mais que uma pessoa, assinale todas as opções que forem verdadeiras.**

Não vivia comigo nem era da minha família ☐ Vivia na mesma casa mas não era meu família ☐
Um familiar que vivia na mesma casa que eu ☐ Um familiar que não vivia na mesma casa que eu ☐

Anexo D***Escala de Experiências Benevolentes na Infância***

(Narayan et al., 2018; versão portuguesa de Almeida et al., 2021)

Durante o seu desenvolvimento, nos seus primeiros 18 anos de vida ...

1. Teve pelo menos um cuidador com quem se sentiu seguro/a?	SIM NÃO
2. Teve pelo menos um bom amigo?	SIM NÃO
3. Teve crenças que lhe deram conforto?	SIM NÃO
4. Gostou da escola?	SIM NÃO
5. Teve pelo menos um professor que se preocupou consigo?	SIM NÃO
6. Teve bons vizinhos?	SIM NÃO
7. Houve um adulto (exceto um pai / cuidador ou a pessoa da questão 1) que lhe pudesse dar apoio ou conselhos?	SIM NÃO
8. Teve oportunidades para se divertir?	SIM NÃO
9. Gostava de si ou sentia-se confortável consigo próprio/a?	SIM NÃO
10. Teve uma rotina doméstica previsível, como refeições e hora de dormir regulares?	SIM NÃO

Anexo E

WHOQOL-Bref

(WHOQOL Group, 1994; versão portuguesa de Canavarro et al., 2006).

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada.

Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça. Por favor, tenha presente os seus padrões, expetativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo G**Pedido de Apreciação e Parecer À Comissão de Ética**

Exmo. Senhor Coordenador da Comissão de Ética do ASPG

Assunto: Pedido de apreciação e parecer à comissão de ética

Nome do Proponente: Maria Ana Coelho Correia

Nome do Investigador Principal: Maria Ana Coelho Correia

Título do Projeto de Investigação: Relacionamentos Parentais Disfuncionais e a sua Influência na Saúde Mental de Jovens Adultos

Pretendo realizar o projeto de investigação identificado em epígrafe, nos díspares locais, tais como, associações psicológicas, universidades públicas ou privadas, entre outros, e também aceder a indivíduos que tenham conhecimento de outros.

Solicito a V. Exa., a apreciação e colaboração do respetivo parecer.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no Guia de Submissão de projetos.

Com os melhores cumprimentos,

Local e Data:

_____, ____/____/____

O Proponente:

Anexo H

Autorização dos Respetivos Instrumentos de Estudo



Maria Correia <mariacoelhoerreia@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da BCE

Telma Almeida <telma.c.almeida@gmail.com>
Para: Maria Correia <mariacoelhoerreia@gmail.com>

qui., 2/11/2023, 10:44

Bom dia Maria,

Tem a minha autorização para usar o BCE na sua Dissertação.

Envio em anexo o instrumento e o artigo de adaptação, que deve referenciar pf.

Qualquer questão, disponha.

Desejo-lhe boa sorte para o seu trabalho.

Cumprimentos,
Telma Almeida

Telma C. F. Almeida, PhD
Prof.^a Associada
Egas Moniz School of Health and Science
Campus Universitário, Quinta da Granja
2829 - 511 Caparica
[ORCID](#)
[CiênciaVita](#)
[Citação ocultada]
BCEs_Pt.pdf, 2021_BCE_Portuguese.pdf



Maria Correia <mariacoelhoerreia@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização do ACE

Susana Silva <susanasofiapsilva@gmail.com>
Para: Maria Correia <mariacoelhoerreia@gmail.com>
Cc: angelam@psi.uminho.pt <angelam@psi.uminho.pt>

qui., 2/11/2023, 10:11

Cara Maria,

Muito obrigada pelo contacto. Sim, tem autorização para utilizar o questionário.
Felicidades para a investigação!

Com os melhores cumprimentos e ao dispor para algum esclarecimento adicional,

Susana Silva

[Citação ocultada]



Maria Correia <mariacoelhoerreia@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização do WHOQOL-BREF

Catarina Cardoso <catarinafsc111@gmail.com>
Para: <mariacoelhoerreia@gmail.com>

sex., 26/01, 09:40

Exma. Maria Ana Coelho Correia,

Para ter acesso a todas as informações que necessita relativas ao instrumento de avaliação WHOQOL-Bref, peço-lhe que aceda ao website do nosso grupo de investigação através do seguinte link: http://www.fpce.uc.pt/saude/WHOQOL_Bref.html

Peço, também, que confirme a receção do presente email.

Pelo Grupo Português de Qualidade Vida,

Catarina Cardoso