



FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2020/2021

Ana Márcia dos Santos Novais Morgado

O impacto na saúde das experiências adversas na Infância.

Estudo na região do Porto.

Dezembro, 2020

FMUP

Ana Márcia dos Santos Novais Morgado
O impacto na saúde das experiências adversas na infância.
Estudo na região do Porto.

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Legal
Tipologia: Dissertação

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Teresa Maria Salgado de Magalhães
E sob a Coorientação de:
Doutora Teresa Henriques
Mestre Maria João Alves

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Ata Médica Portuguesa

DEZEMBRO, 2020

FMUP

Eu, Ana Márcia dos Santos Novais Morgado, abaixo assinado, nº mecanográfico 201400562, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 28/12/2020

Assinatura conforme cartão de identificação:

Ana Márcia dos Santos Novais Morgado

NOME

ANA MARCIA DOS SANTOS NOVAIS MORGADO

NÚMERO DE ESTUDANTE

201400562

E-MAIL

anamorgas@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Medicina legal

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

O impacto na saúde das experiências adversas na infância. Estudo na região do Porto.

ORIENTADOR

Doutora Teresa Magalhães

COORDENADOR (se aplicável)

Doutora Teresa Henriques

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☒
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☐
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TRABALHO.	☐

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 28/12/2020

Assinatura conforme cartão de identificação: Ana Marcia dos Santos Novais Morgado

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Magalhães por me dar a conhecer uma temática tão interessante e complexa, por fomentar a vontade de mudar consciências de forma a contribuir para uma sociedade melhor.

À Professora Maria João Alves que foi inexcedível e incansável, pela sua preocupação e por ter deitado por terra muitos dos obstáculos que se ergueram.

À Professora Teresa Henrique um muito obrigada pela orientação.

À minha família pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos pela sua presença e amizade.

O impacto na saúde das experiências adversas na infância. Estudo na região do Porto.

The health impact of adverse childhood experiences. A study in Porto region.

Márcia Novais*¹, Teresa Henriques^{2,3}, Maria João Vidal-Alves^{4,5}, Teresa Magalhães^{3,4,5}

Título breve para cabeçalho: O impacto na saúde das experiências adversas na infância.

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

² Departamento de Medicina da Comunidade Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁴ Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁵ Instituto Universitário das Ciências da Saúde – CESPU, Gandra, Portugal

* Autor correspondente: Ana Márcia Novais. up201400562@med.up.pt

O impacto na saúde das experiências adversas na infância. Estudo na região do Porto.

Resumo

Introdução: Estudos prévios demonstram que as experiências adversas na infância têm impacto negativo sobre o desenvolvimento das crianças e consequências ao longo da vida. Estas incluem o aumento do risco de morbidade e mortalidade e de comportamentos de risco.

Material e Métodos: A amostra de conveniência por quotas que foi usada incluiu 398 indivíduos com idade superior a 19 anos, da região do Porto. Foi aplicado um questionário anónimo constituído por questões sobre dados sociodemográficos, condição atual de saúde e comportamentos de risco, e escalas para medir consumo de álcool (AUDIT-C), tabagismo (Fragerström) e traumas na infância (CTQ-BF). As variáveis foram quantificadas (experiências adversas na infância, patologias e comportamentos de risco no reportadas indivíduo adulto) para comparação.

Resultados: Indivíduos com scores parciais e totais de adversidade elevados revelam maior risco de: dependência tabágica; tentativa de suicídio e/ou comportamentos parassuicidários; vitimização/agressão de parceiro íntimo; início precoce da vida sexual; infeções sexualmente transmissíveis; múltiplos parceiros sexuais; abortamentos; perturbação de ansiedade; depressão; diabetes; artrite reumatóide; hipercolesterolemia; hipertensão arterial; acidente vascular cerebral; e neoplasias.

Discussão e Conclusões: Os resultados indicam que os indivíduos com relato de adversidade na infância apresentam, em geral, scores superiores de comportamentos de risco e maior morbidade do que os que não os vivenciaram essas experiências. Estes resultados são relevantes para a promoção da saúde e sublinham a necessidade de

investigação mais aprofundada, com vista à promoção de medidas preventivas e protetivas.

Keywords

Child abuse, child maltreatment, adverse childhood experiences, health care.

The health impact of adverse childhood experiences. A study in Porto region.

Abstract

Introduction: Previous studies have shown that Adverse Childhood Experiences have a considerable negative impact on child development and consequences throughout the lifespan. Some of these consequences are the exacerbation or development of several pathologies and also risk behaviours.

Materials and Methods: The convenience sample, by quotas, included 398 individuals aged 19 years or older from Porto's metropolitan area. The anonymous questionnaire evaluation included sociodemographic questions about exposure to Adverse Childhood Experiences, a list of current health conditions, questions about risk behaviours and the AUDIT-C test, the Fagerström test and the Childhood Trauma Questionnaire – brief form. Variables were quantified to measure adverse childhood experiences, pathologies, and risk behaviours in adult individuals for comparison.

Results: Individuals with high partial and total Adverse Childhood Experiences scores display higher: smoking dependence, suicide attempts or self-harm behaviours; victimization/aggression of intimate partners; early onset of sexual life; sexually transmitted infections; multiple of sexual partners; abortions; anxiety; depression; diabetes; arthritis; high cholesterol; hypertension; stroke; and neoplasia.

Discussion and Conclusions: Results show that individuals who suffered from Adverse Childhood Experiences have higher total scores of more risk behaviours and health conditions than individuals without traumatic background. These results are relevant for health purposes and demand further research aiming to promote preventive and protective measures.

Introdução

Os maus-tratos (MT) na infância, abuso e negligência, constituem um grave problema de saúde pública, com impacto a longo prazo, na vida e saúde do indivíduo vítima.¹ Estes são atualmente considerados como experiências adversas na infância (EAI), a par de outros tipos de trauma.

Felitti et al.¹ deram os primeiros passos nos estudos sobre MT, enquanto EAI^{1, 2}. Foram inicialmente estudadas sete categorias de EAI, sendo que três diziam respeito a MT à criança (abuso físico, sexual e psicológico) e quatro ao ambiente familiar disfuncional em que esta se insere (abuso de substâncias, doença mental, MT à progenitora e comportamento criminoso).¹⁻³ Além do efeitos dos MT, propriamente ditos, tem sido também realçado o efeito cumulativo das EAI por se saber que um maior número de EAI potencia o risco de determinados *outcomes* negativos, estando identificada uma relação de dose-efeito entre o número de EAI (designadamente até 4 ou 6) e o risco de maior incidência desses *outcomes*.^{1, 4}

As consequências dos MT podem ser imediatas ou surgir a médio ou longo prazo.⁵⁻⁷ As mais frequentes são as imediatas: as lesões traumáticas (e.g., equimoses, escoriações, hematomas, fraturas, traumatismo crânio-encefálico) e os distúrbios psicossomáticos associados à vivência de stress (e.g., perturbações do sono, alimentares ou de ansiedade). A médio e longo-prazo (na juventude e vida adulta), podem surgir comportamentos de risco para a saúde e perturbações a nível da saúde física e mental^{8, 9}.

No que respeita aos comportamentos de risco, observa-se maior tendência para o consumo abusivo de substâncias^{1, 3, 10, 11} (e.g., ansiolíticos, analgésicos, tabaco, drogas de abuso e álcool), inatividade física^{1, 11}, comportamentos sexuais de risco^{1, 3, 10} (e.g., sexualidade juvenil, parceiros múltiplos, relações não protegidas), comportamentos auto-lesivos^{3, 10} (e.g., autoagressão ou comportamentos parassuicidários e tentativas de

suicídio ou suicídio) e envolvimento em comportamentos desviantes e marcados pela violência (e.g., agressão do parceiro íntimo)^{3, 10, 11}.

Todas estas consequências estão associadas à influência que o stresse traumático tem no normal funcionamento de vários sistemas ligados à homeostasia corporal (designadamente neurológico, imunológico e endócrino), entre os quais o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS). A hiperativação deste eixo favorece o aparecimento, a longo prazo, de disfunções ao nível: metabólico^{1, 12} (e.g., obesidade, dislipidemia, diabetes); cardiocerebrovascular^{3, 13, 14} (e.g., aterosclerose, hipertensão arterial [HTA], enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral [AVC]); respiratório^{1, 15-17} (e.g., doença pulmonar obstrutiva crónica); inflamatório^{18, 19} (e.g., artrite reumatoide, lúpus, asma); oncológico^{1, 20} (neoplasias) e sexual/reprodutivo (infecções sexualmente transmissíveis [IST], gravidez indesejada e abortamentos espontâneos ou voluntários de risco^{1, 3, 10, 11}). O aumento dos níveis de cortisol, bem como a diminuição da expressão dos seus recetores, e o aumento do fator libertador de corticotrofina^{10, 21}, podem desencadear doenças geneticamente programadas e que estariam latentes na ausência de stresse traumático.^{10, 21} Por outro lado, a alteração do eixo HSS, também pode contribuir para um estado pró-inflamatório e consequente aumento de morbilidade (e.g. depressão ou artrite reumatoide, entre outras doenças)^{3, 10, 21}.

Importa, no entanto, salientar que estes *outcomes* negativos apresentam variabilidade individual, sendo influenciados pela idade e por características de personalidade e desenvolvimentais da vítima. Influem ainda fatores como a sua capacidade de adaptação resiliente, o momento de vida em que ocorrem os MT (bem como o seu tipo, frequência, duração e gravidade), e o grau de proximidade entre vítima e abusador²². Ficam, ainda, dependentes da precocidade da deteção dos MT e da

qualidade da intervenção profissional de que o caso possa beneficiar. Portanto, nem todos os indivíduos adultos, que sofreram EAI, designadamente MT, terão *outcomes* negativos mas é esperar que muitos os possam vir a ter por esse risco estar aumentado²³. Neste sentido, admite-se hoje que muitas das perturbações e patologias que se manifestam na vida adulta, podem ser determinadas por vivências traumáticas na infância, muitas das quais podem ter passado despercebidas no âmbito da saúde⁵.

Assim, o objetivo geral deste estudo é analisar a relação das EAI, designadamente as relacionadas com MT, com a existência de problemas na saúde do indivíduo adulto, numa população da região do Porto.

Material e Métodos

O presente estudo baseou-se em questionários de autorresposta, com uma amostra de conveniência, por quotas, estratificada por sexo e idade, correspondente à população da região do Porto (1391726 habitantes). A amostra total foi constituída por 398 respondentes, aplicados os critérios de seleção: (a) residentes na área do Porto; (b) com idade superior a 19 anos, tendo em conta o grupo etário para o qual está validado o questionário de trauma na infância [CTQ-SF], que aplicamos.

Procedemos à distribuição do questionário em papel em serviços de saúde privados do grande Porto. A recolha das respostas decorreu entre julho de 2019 e janeiro de 2020. Tendo em conta a literatura sobre a matéria^{24, 25}, o questionário incluiu questões sobre: (a) dados sociodemográficos dos respondentes; (b) comportamentos de risco para a saúde e (c) condições de saúde atuais; (d) teste AUDIT-C para triagem do consumo de álcool, adaptado para a população portuguesa²⁶ a partir do trabalho de Bush et al.²⁷; (e) teste de Fagerström, para avaliar a dependência de nicotina, validado para a população portuguesa²⁸ a partir da escala de Heatherton et al.²⁹, com uma consistência interna total satisfatória ($\alpha=.66$)^{28, 29}; (f) CTQ-SF, para avaliar o trauma na infância, validado para a população portuguesa^{30 31} a partir da versão breve de Thombs et al.³² do original³³, com 28 itens numa escala tipo-Likert de 5 pontos, estruturado em 5 fatores principais: *abuso emocional* ($\alpha=.71$), *físico* ($\alpha=.77$), *sexual* ($\alpha=0.71$), e *negligência emocional* ($\alpha=.79$) e *física* ($\alpha=0.47$), com consistência interna total elevada ($\alpha=.84$). A fiabilidade observada na subescala de *negligência física* não prejudica a consistência total da escala, sendo que a sua retirada não foi considerada benéfica pela análise fatorial confirmatória realizada pelos autores numa população universitária (fiabilidade teste-reteste). Não obstante, os resultados obtidos nesta subescala neste estudo serão interpretados com a devida reserva.

A análise estatística foi realizada com recurso ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 26. Efetuámos uma análise descritiva das variáveis, sendo que as variáveis categóricas foram descritas por frequência absoluta e respetivas percentagens. Quanto às variáveis contínuas, primeiramente verificámos a normalidade das distribuições por observação do histograma; quando esta não se verificou, as variáveis contínuas foram descritas por mediana e respetivo intervalo interquartil. A associação entre os diferentes fatores de EAI (*abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física*) foi avaliada utilizando a correlação de Spearman. Recorremos aos testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para comparar os diversos fatores de EAI e diferentes grupos de comportamentos de risco e patologias. Foi considerado um nível de significância estatística de 0.05.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário de São João e da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Resultados

Caracterização dos respondentes

Dos respondentes, 53.5% são do sexo feminino (n=213). A média das idades é de 50.64 anos (mediana=50; mín.=20; máx.=97). Relativamente ao nível de escolaridade, 14.8% (n=59) têm o 1º ciclo do ensino básico, 5.0% (n=20) o 2º ciclo, 10.8% (n=43) o 3º ciclo, 23.6% (n=94) o ensino secundário, 9.8% (n=39) um curso profissional e 35.7% (n=142) um curso superior ou a sua frequência atual.

À data do estudo, os respondentes referiram:

- a) Quanto aos comportamentos de risco para a saúde: consumo excessivo de álcool (n=68; 24%); consumo médio e alto de tabaco (n=86; 21.6%); consumo de drogas de abuso (n=14; 3.5%); início da atividade sexual antes dos 16 anos de idade (n=72; 18.8% dos 383 indivíduos com vida sexual ativa); IST (n=15; 3.9%); três ou mais parceiros no último ano (n=14; 3.7%); abortamento antes dos 18 anos (n=18; 4.7%); tentativa de suicídio (n=24; 6%); comportamentos parassuicidários (n=20; 5%); agressão de parceiros íntimos (n=25; 6.3%); vitimização por parceiros íntimos (n=15; 3.8%).
- b) Quanto a doenças: à data do estudo, 61.8% dos indivíduos tinha, pelo menos, uma doença, a saber: hipercolesterolemia (n=109; 27.4%); HTA (n=93; 23.4%); perturbação da ansiedade (n=73; 18.3%); diabetes (n=61; 15.3%); depressão (n=59; 14.6%); asma (n=36; 9.0%); artrite reumatoide (n=23; 5.8%); patologia da tiroide (n=21; 5.3%); sequelas de AVC (n=20; 5.0%); doença oncológica (n=17; 4.3%); doença hepática (n=7; 1.8%); patologia renal (n=7; 1.8%); sequelas de enfarte agudo do miocárdio (n=7; 1.8%); doença pulmonar crónica obstrutiva (n=3; 0.8%); bulimia (n=1; 0.3%).

Fatores das EAI e suas correlações

Na tabela 1, descrevemos a mediana e intervalo interquartil dos fatores parciais das EAI, do fator geral (CTQ-SF), por sexo e suas correlações com a idade dos respondentes. O fator *negligência emocional* apresenta valores mais elevados, sendo os *abuso sexual* e *abuso físico*, aqueles que apresentam valores mais baixos e menor variação entre respostas. A escala de cada fator principal pode variar de 5 a 25, enquanto a escala total pode variar de 25 a 125. Considerando o sexo, o *abuso emocional* e a *negligência emocional* apresentam *scores* mais elevados em respondentes do sexo feminino, embora com diferenças moderadas ($p=0.04$). A idade apresenta uma associação significativa negativa com o relato de *abuso emocional* vivido na infância, sendo este mais frequente em respondentes mais jovens, e uma associação positiva com a *negligência física*, sendo esta mais frequente em respondentes com idade mais avançada.

Existem três associações *major* entre os diferentes fatores de EAI, sendo a maior associação entre o *abuso emocional* e o *abuso físico* ($r=0.452$), seguindo-se a associação entre o *abuso emocional* e a *negligência emocional* ($r=0.441$) e, por fim, entre a *negligência emocional* e a *negligência física* ($r=0.422$) - tabela 2.

Comportamentos de risco para a saúde e correlações com os fatores das EAI

Não se encontraram diferenças entre consumo de álcool e drogas de abuso nos diversos fatores. Os indivíduos com *scores* parciais (nos fatores *abuso emocional*, *negligência emocional* e *negligência física*) e *score* total mais elevados, apresentam uma maior dependência de tabaco (tabela 3).

No que respeita a comportamentos sexuais de risco (tabela 4): (a) indivíduos com início precoce da vida sexual ativa apresentam *scores* parciais superiores nos fatores *abuso emocional*, *físico* e *negligência emocional*, e um *score* total de EAI

significativamente superior; (b) indivíduos que referem IST apresentam um *score* significativamente superior no fator abuso físico; (c) indivíduos que referem três ou mais parceiros sexuais no último ano têm um *score* mais elevado no fator *negligência física*, o que também se verifica nos indivíduos sem parceiro sexual no último ano; (d) indivíduos que indicam ter feito pelo menos um abortamento antes dos 18 anos, têm *scores* mais elevados nos fatores *abuso físico* e *negligência física*.

Todos os *scores* de EAI, à exceção dos do abuso sexual, são significativamente superiores nos sujeitos que (tabela 5): (a) tentaram o suicídio; (b) se auto agrediram; (c) referiram agredir parceiros. Todos os *scores* de EAI, exceto a *negligência emocional*, são significativamente superiores nos indivíduos que referem ser maltratados pelos parceiros. De salientar que dos 20 indivíduos que se auto-agrediram, 35% (n=7), agrediram também o parceiro íntimo e 26% (n=5) foram agredidos; dos 25 indivíduos que agrediram o parceiro íntimo, 40% (n=10) foram também vítimas do parceiro.

Saúde física e psicológica e correlações com os fatores das EAI

Na tabela 6 encontramos valores mais elevados para as seguintes patologias, em indivíduos que referiram EAI *versus* os que não as referiram: (a) indivíduos com hipercolesterolemia, que tiveram um AVC ou têm HTA, apresentam *scores* parciais (*negligência física*) e totais superiores; (b) indivíduos com diabetes, atingem *scores* de EAI parciais (*negligência emocional* e *física*) e totais significativamente superiores; (c) indivíduos com artrite reumatoide, têm *scores* de EAI parciais (*negligência emocional* e *física*) e totais, superiores; (d) indivíduos com história de AVC, atingem *scores* de EAI parciais (*negligência física*) e totais, superiores; (e) indivíduos com perturbação da ansiedade, apresentaram *scores* de EAI parciais e totais superiores (exceto para o *abuso sexual* e *físico*); (f) indivíduos com depressão, atingem *scores* de EAI parciais e totais

superiores (exceto para o *abuso sexual e físico*). Verificámos, ainda, uma correlação positiva entre depressão/perturbação da ansiedade e dependência tabágica, sendo também, registada uma correlação positiva entre depressão/perturbação de ansiedade e tentativas de suicídio e/ou comportamentos parassuicidários.

Discussão

Neste estudo, avaliámos o impacto das EAI/MT sobre comportamentos de risco para a saúde, adotados pelo indivíduo adulto, e as consequências a nível da sua saúde em geral. Trata-se de um trabalho original, não se tendo identificado nenhuma publicação sobre este impacto, no indivíduo adulto e na região do Porto.

Correlações entre fatores das EAI e características dos respondentes

Relativamente à idade dos respondentes, encontrámos uma associação positiva significativa com o fator *negligência física* (tabela 1) que pode dever-se a haver uma maior probabilidade indivíduos mais velhos terem vivenciado negligência física, em virtude de esta ser socialmente aceite e comum quando estes respondentes eram crianças, bem porque a condenação social e a criminalização deste tipo de práticas é ainda recente³⁴. Por outro lado, registámos uma associação significativa, mas negativa, com o fator *abuso emocional* (tabela 1), o que pode refletir uma maior sensibilização dos indivíduos mais jovens, relativamente ao que constitui um abuso, podendo, também, haver maior fiabilidade dos seus autorrelatos, por questões temporais³⁵.

Quanto ao sexo, verificámos que o abuso emocional e a negligência emocional são mais reportados pelos respondentes do sexo feminino (tabela 1), o que está de acordo com a literatura^{36, 37}.

Comportamentos de risco para a saúde e correlações com EAI

Os nossos resultados não obstam à adoção de comportamentos de risco - como no caso dos consumos abusivos - enquanto mecanismos de *coping* em indivíduos com EAI, como amplamente descrito na literatura. Um trabalho desenvolvido por Anda e colaboradores²¹, analisou a relação entre o número de EAI (scores) e 18 *outcomes*

(incluindo distúrbios somáticos, consumo de tabaco, álcool e drogas de abuso, início precoce da atividade sexual e multiplicidade de parceiros sexuais). A relação encontrada entre o *score* de EAI com cada um dos *outcomes* em estudo, bem como com o total destes *outcomes*, revelou uma relação dose-resposta, isto é, quanto maior o número de EAI, maior a comorbilidade observada. Da mesma forma, “The ACE Study”¹, concluiu que indivíduos expostos a quatro ou mais tipos de EAI, apresentam um risco aumentado de alcoolismo, abuso de drogas, depressão, tentativa de suicídio, consumo de tabaco, múltiplos parceiros sexuais, IST, inatividade física e obesidade severa. Confirmam a existência de uma relação entre a exposição aos EAI e a existência de vários fatores de risco para as principais causas de morte nos adultos, ou seja, morte precoce. Também uma revisão sistemática e meta-análise, levada a cabo por Hughes e colaboradores¹⁷ defende a ideia de que a exposição a múltiplas EAI, constitui o maior fator de risco para várias condições clínicas e comportamentos de risco, referindo a existência de uma forte relação entre EAI e abuso de álcool, consumo de substâncias, comportamento de risco sexual e doença mental.

Este estudo demonstra que indivíduos que apresentam *scores* parciais e totais de EAI mais elevados, têm maior dependência tabágica, como observado noutros estudos^{10, 17, 21, 38}. A explicação pode residir no facto de a nicotina apresentar propriedades psicoativas (com ação nas vias dopaminérgicas) que promovem o aumento da sensação de prazer, a diminuição da ansiedade e conduzem a uma melhoria do humor^{39, 40}, funcionando, bem assim, como estratégia de *coping* face à vivência (e à memória) de EAI.

Contudo, não se encontraram associações com outros consumos, como expectável segundo a literatura atrás referida, o que pode dever-se às características da amostra, que é na sua maioria diferenciada e escolarizada⁴¹, bem como com à sua dimensão.

Relativamente aos comportamentos sexuais de risco analisados, constatamos que alguns indivíduos com estes comportamentos apresentam *scores* parciais e totais de EAI mais elevados. Também, Hillis e colaboradores¹¹ verificaram que cada tipo de EAI se encontra associado a um risco aumentado de início precoce da atividade sexual, de múltiplos parceiros sexuais e de HIV. Relativamente ao abortamento na adolescência, Fisher e colaboradores⁴² avaliaram a sua relação com EAI e concluíram que, além de outros fatores, a história de EAI (nomeadamente, abuso físico e sexual) encontra-se associada à prática repetida de abortamentos.

Indivíduos que reportam comportamentos parassuicidários e tentativa de suicídio, apresentaram *scores* parciais e totais de EAI mais elevados, exceto para o abuso sexual. Esta relação positiva entre comportamentos parassuicidários e a exposição a EAI alinha-se com os resultados de outros autores^{10, 17, 43}. De facto, o coorte de Dube et al.⁴⁴, consubstancia que indivíduos expostos a EAI apresentam um risco aumentado de suicídio ao longo da vida, sendo esta relação parcialmente mediada pelo alcoolismo, humor deprimido e abuso de substâncias. Estes resultados sugerem que as EAI estão associadas a características (e.g., baixa autoestima, desregulação emocional ou vinculação desadequada) que favorecem o desenvolvimento de depressão e tentativas de suicídio⁴⁴.⁴⁵. Note-se, contudo, que o presente estudo foi realizado com uma amostra de adultos que reportam vivências de infância, o que, pelo tempo decorrido e a possibilidade de existência de fatores concorrentes, dificulta o estabelecimento de uma relação causa-efeito. Desta forma, podemos ter indivíduos que sofreram efetivamente EAI e, por isso, apresentam maior predisposição para comportamentos parassuicidários, mas, também, indivíduos que apresentam estes comportamentos por terem uma percepção negativa das suas experiências de infância devido à sua subjetividade pessoal.

Em relação à perpetração de violência, constatamos que indivíduos que admitem agredir nas relações de intimidade, apresentam *scores* superiores de EAI face aos que não agredem, exceto no abuso sexual. Os que referem ser agredidos apresentam *scores* superiores de EAI exceto na negligência emocional, embora pouco significativa. Estes resultados não difererem dos que a revisão sistemática e meta-análise de Hughes e colaboradores¹⁷ encontraram: a exposição a múltiplas EAI é fator de risco de violência. Acresce que os *outcomes* mais fortemente associados às EAI representam um risco acrescido de estas serem transmitidas à próxima geração, num quadro de transmissão geracional da violência, referido na literatura⁴⁶⁻⁵⁰.

Perante os resultados obtidos, podemos afirmar que as EAI, como fonte geradora de stresse, têm um grande impacto na adoção de comportamentos de risco com consequências nefastas, a longo prazo, para a saúde dos indivíduos que as sofreram.

Saúde física e psicológica e correlações com EAI

O fator *negligência física* revela uma associação estatisticamente significativa com todas as doenças estudadas (tabela 6), o que pode ser também devido ao facto de este fator estar relacionado com a idade mais elevada, como acima referido (tabela 1). Inversamente, a correlação negativa encontrada entre o fator abuso emocional e a idade (tabela 6), pode mascarar eventuais associações entre este fator e certos problemas de saúde, por se saber que, por norma, a morbilidade é maior em idades mais avançadas.

As patologias mais prevalentes na amostra em estudo, foram as doenças metabólicas (hipercolesterolemia e diabetes), cardiocerebrovasculares (HTA e AVC) e de natureza inflamatória (artrite reumatoide) (tabela 6). Não encontrámos outras associações, nomeadamente com doenças respiratórias, o que pode dever-se à dimensão da amostra, já que, com base na literatura, tal seria expectável^{1, 10, 15, 20}.

Considerando apenas o autorrelato, encontramos uma prevalência de hipercolesterolemia de 27.4%, enquanto na população portuguesa a taxa é de 63.3%⁵¹. Esta diferença, poderá ser explicada pelo facto de este último valor considerar não só o autorrelato (prevalência=11%) mas, também, a medição do colesterol (prevalência=52.3%), permitindo, assim, detetar hipercolesterolemia em indivíduos que desconheciam tê-la.

A HTA revelou uma prevalência de 23.4%, abaixo dos valores da população portuguesa (36%)⁵¹ o que, à semelhança da hipercolesterolemia, pode dever-se ao facto de apenas ter sido considerado o autorrelato. Em Portugal, um estudo populacional considera a prevalência, de acordo com o autorrelato, de 17.8%, e com a medição da pressão arterial, de 8.2%. Segundo Stein e colaboradores¹⁴, que analisaram a relação entre os EAI e a HTA precoce no adulto, a perturbação de ansiedade e a depressão de início precoce, podem ser mediadores desta relação. Mais, demonstraram que estar exposto a um evento adverso não aumenta o risco de HTA na idade adulta, ao passo que dois ou mais EAI, aumentam este risco, sendo relevante a reiteração e duração dos eventos (efeito dose-resposta) no desenvolvimento da HTA.

No caso da diabetes, encontrou-se uma taxa de 15.3%, superior à encontrada na população portuguesa (9.8%)⁵¹, o que está de acordo com a literatura que prevê um maior risco de diabetes em indivíduos com vivência de EAI^{52, 53}.

A mesma tendência é observada no caso da artrite reumatoide, cuja prevalência de 5.8% no presente estudo, é também superior à encontrada na população portuguesa (0.7%)⁵⁴, em linha com outros estudos, especialmente em mulheres⁵⁵. Há, no entanto, trabalhos que não identificam esta relação⁵⁶.

A perturbação de ansiedade apresenta uma prevalência de 18.3%, ligeiramente superior à da população portuguesa em geral (16.5%)⁵⁷. Importa, contudo, realçar que

não se pode excluir que os problemas de saúde mental atuais influenciem a forma como é evocada a adversidade vivida na infância³⁵. Para a depressão, a prevalência foi de 15.3%, observando-se uma correlação entre a depressão e perturbação de ansiedade. Estas duas patologias aumentam o risco de dependência tabágica, sendo este mesmo risco mais elevado nos indivíduos que referiram tentativas de suicídio ou comportamentos parassuicidários.

O facto de não se ter encontrado relação entre as EAI e outros *outcomes* negativos identificados na literatura^{1, 7, 13, 20, 38, 58}, pode estar relacionado com alguma das limitações do estudo que a seguir se referirão.

Limitações do estudo e perspetivas futuras

Identificamos as seguintes limitações neste estudo: (a) o número limitado de casos para um estudo de base populacional; (b) a análise de apenas cinco fatores de EAI, apesar de, nesta matéria, a literatura identificar, além destes, outros fatores de interesse¹, devendo-se esta circunstância ao facto de o foco do nosso estudo serem apenas os MT; ficaram, assim, por analisar os casos de experiências relativas a morte de familiar próximo, divórcio dos progenitores, abuso de qualquer membro da família e violência doméstica; (c) não ter sido avaliado o número de EAI em cada caso, sabendo-se que existe uma relação dose-efeito entre o número de EAI e a presença de certas doenças^{1, 4, 17}; tal deveu-se ao facto de a escala que contempla estes aspetos, ainda não estar validada para a população portuguesa, o que não permitiu a sua utilização⁵⁹; (d) possível viés relacionado com alguns *missings* (ausência de respostas), com a dificuldade de memória ou de identificação de certas EAI (designadamente quando estas ocorreram em idades muito precoces), bem como com a subjetividade/percepção individual na valorização destas experiências e com eventual classificação incorreta das EAI; um grande número

destes viés poderia ser ultrapassado com a utilização de um questionário heteroaplicado, ainda que este pudesse criar novos viés, designadamente relacionados com sentimentos de vergonha e dificuldades de revelação a terceiros, de EAI⁶⁰; (e) o facto de a amostra ser relativa à região do Porto, o que não permite generalizar os resultados a todo o país; trata-se, no entanto, da primeira abordagem sobre esta matéria na região do Porto, devendo o estudo ser considerado como uma análise preliminar.

Estudos futuros deverão ter em conta as limitações acima referidas, incluindo o aumento do número da amostra, a análise da totalidade das EAI identificadas, a sua quantificação, a validação para a população portuguesa do I-CAST e sua aplicação, bem como o eventual alargamento geográfico da região a estudar.

Conclusão

Os resultados revelam que existe uma associação significativa entre alguns fatores parciais e/ou totais das EAI relacionadas com MT e determinados achados na vida adulta, como: (a) comportamentos de risco para a saúde, designadamente tabagismo, precocidade do início da vida sexual ativa, IST, número de parceiros sexuais no último ano, abortamento, tentativa de suicídio, comportamentos parassuicidários, vitimização e perpetração de abusos nas relações de intimidade; (b) patologias, nomeadamente, hipercolesterolemia, AVC, HTA, diabetes, artrite reumatoide, neoplasias e perturbação de ansiedade e depressão.

A negligência física parece ser o tipo de EAI mais encontrada em indivíduos com problemas de saúde prevalentes na população portuguesa. Todas as EAI relacionadas com MT que estudámos, estão fortemente relacionadas com vivências violentas na idade adulta, particularmente a violência interpessoal nas relações de intimidade ou autodirigida.

Identificamos, assim, a necessidade de prosseguir estes estudos, mapeando as diversas regiões em Portugal, de forma a conhecer esta realidade, tratando-se de um conhecimento fundamental para orientar ações de prevenção, nos seus diversos níveis, relativamente aos comportamentos de risco e às perturbações de saúde associadas à EAI.

Referências Bibliográficas

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. 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*. 2019;14(4):774-786.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing adverse childhood experiences (ACEs): leveraging the best available evidence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2019.
3. Andersen JP, Blosnich JJPo. Disparities in adverse childhood experiences among sexual minority and heterosexual adults: Results from a multi-state probability-based sample. *J PloS one*. 2013;8(1):e54691. doi:10.1371/journal.pone.0054691
4. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*. 2004;82(2):217-225.
5. Kalmakis KA, Chandler GE. Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2015;27(8):457-465. doi:10.1002/2327-6924.12215
6. Flaherty EG, Thompson R, Dubowitz H, et al. Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. *JAMA pediatric*. 2013;167(7):622-629. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.22
7. Chiang JJ, Taylor SE, Bower JE. Early adversity, neural development, and inflammation. *Developmental psychobiology*. 2015;57(8):887-907. doi:10.1002/dev.21329
8. Larkin H, Shields JJ, Anda RF. The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: An introduction to prevention and

intervention in the community. *Journal of Prevention Intervention in the Community*. 2012;40(4):263-270. doi:10.1080/10852352.2012.707439

9. King AR. The ACE Questionnaire and Lifetime Physical Aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment Trauma*. 2020;1-18. doi:10.1080/10926771.2020.1796875

10. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine*. 2003;37(3):268-277.

11. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Marchbanks PA. Adverse Childhood Experiences and Sexual Risk Behaviors in Women: A Retrospective Cohort Study. *Family Planning Perspectives*. 2001;33(5):206-211.

12. Vargas J, Junco M, Gomez C, Lajud N. Early life stress increases metabolic risk, HPA axis reactivity, and depressive-like behavior when combined with postweaning social isolation in rats. *PloS one*. 2016;11(9):e0162665. doi:10.1371/journal.pone.0162665

13. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*. 2004;110(13):1761-1766. doi:10.1161/01.Cir.0000143074.54995.7f

14. Stein DJ, Scott K, Abad JMH, et al. Early childhood adversity and later hypertension: data from the World Mental Health Survey. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. 2010;22(1):19.

15. Anda RF, Brown DW, Dube SR, Bremner JD, Felitti VJ, Giles WH. Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American journal of preventive medicine*. 2008;34(5):396-403.

16. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Hardcastle KA, Perkins C, Lowey H. Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood

- experiences in England: a national survey. *Journal of public health (Oxf)*. 2015;37(3):445-454. doi:10.1093/pubmed/fdu065
17. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2017;2(8):e356-e366. doi:10.1016/s2468-2667(17)30118-4
18. Danese A, Pariante CM, Caspi A, Taylor A, Poulton R. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 2007;104(4):1319-1324. doi:10.1073/pnas.0610362104
19. Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic medicine*. 2009;71(2):243. doi:10.1097/PSY.0b013e3181907888
20. Holman DM, Ports KA, Buchanan ND, et al. The association between adverse childhood experiences and risk of cancer in adulthood: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2016;138(Supplement 1):S81-S91.
21. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European archives of psychiatry clinical neuroscience*. 2006;256(3):174-186.
22. Leitch L. Action steps using ACEs and trauma-informed care: a resilience model. *Health justice*. 2017;5(1):1-10. doi:10.1186/s40352-017-0050-5
23. Monnat SM, Chandler RF. Long-Term physical health consequences of adverse childhood experiences. *The Sociological Quarterly*. 2015;56(4):723-752. doi:10.1111/tsq.12107
24. Alves CF, Zappe JG, Dell'aglio DD. Índice de Comportamentos de Risco: construção e análise das propriedades psicométricas. *Estudos de Psicologia*. 2015;32(3):371-382.

25. Nabais LO. Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa: perspectivas de prevenção. 2014;
26. Cunha J. Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. 2002
27. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine*. 1998;158(16):1789-1795.
28. Ferreira PL, Quintal C, Lopes I, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2009;56(6):37-56.
29. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, FAGERSTROM KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*. 1991;86(9):1119-1127.
30. Dias A, Sales L, Carvalho A, Castro Vale I, Kleber R, Mota Cardoso R. Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância–Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*. 2013;11(2):103-120. doi:10.14417/lp.713
31. Pennebaker JW, Susman JR. Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social science & medicine*. 1988;26(3):327-332.
32. Thombs BD, Bernstein DP, Lobbestael J, Arntz A. A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child abuse & neglect*. 2009;
33. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Childhood trauma questionnaire. *Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners*. 1998;

34. Magalhães T. *Violência e abuso: respostas simples para questões complexas*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press; 2020.
35. Colman I, Kingsbury M, Garad Y, et al. Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological Medicine*. 2016;46(3):543-549. doi:10.1017/S0033291715002032
36. Pinto R, Correia L, Maia Â. Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*. 2014;29(4):431-438.
37. Magalhães T, Ribeiro C, Jardim P, et al. Da investigação inicial ao diagnóstico de abuso. 2010;
38. Mersky J, Topitzes J, Reynolds A. Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the US. *Child abuse & Neglect*. 2013;37(11):917. doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.011
39. Benowitz NL. Nicotine addiction. *J New England Journal of Medicine*. 2010;362(24):2295-2303. doi:10.1056/NEJMra0809890
40. Crouch E, Radcliff E, Stropolis M, Wilson A. Examining the association between adverse childhood experiences and smoking-exacerbated illnesses. *J Public health*. 2018;157:62-68. doi:10.1016/j.puhe.2018.01.021
41. Liu Y, Croft JB, Chapman DP, et al. Relationship between adverse childhood experiences and unemployment among adults from five US states. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48(3):357-369.
42. Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *Canadian Medical Association Journal*. 2005;172(5):637.

43. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine*. 2005;28(5):430-438.
44. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama*. 2001;286(24):3089-3096. doi:10.1001/jama.286.24.3089
45. Whiffen VE, Thompson JM, Aube JA. Mediators of the link between childhood sexual abuse and adult depressive symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*. 2000;15(10):1100-1120. doi:10.1177/088626000015010006
46. Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Mechanisms in the cycle of violence. *Science*. 1990;250(4988):1678-1683. doi:Science
47. Heyman RE, Slep AMS. Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence? *Journal of Marriage Family*. 2002;64(4):864-870. doi:10.1111/j.1741-3737.2002.00864.x
48. Pears K, Capaldi D, neglect. Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child abuse neglect*. 2001;25(11):1439. doi:10.1016/s0145-2134(01)00286-1
49. Roberts AL, McLaughlin KA, Conron KJ, Koenen KC. Adulthood stressors, history of childhood adversity, and risk of perpetration of intimate partner violence. *American journal of preventive medicine*. 2011;40(2):128-138. doi:10.1016/j.amepre.2010.10.016
50. Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *J Pediatrics*. 2010;125(4):e778-e786.

51. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): estado de saúde. Lisboa: INSA IP, 2016.
52. Huffhines L, Noser A, Patton SR. The Link Between Adverse Childhood Experiences and Diabetes. *Current Diabetes Reports*. 2016/04/26 2016;16(6):54. doi:10.1007/s11892-016-0740-8
53. Huang H, Yan P, Shan Z, et al. Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Metabolism*. 2015/11/01/ 2015;64(11):1408-1418. doi:<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2015.08.019>
54. ReumaCensus. *EpiReumaPt - Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal*. 2015. <http://www.reumacensus.org/informacao/estudo.html>. www.reumacensus.org.
55. Rubinstein TB, Bullock DR, Ardan K, et al. Adverse Childhood Experiences Are Associated with Childhood-Onset Arthritis in a National Sample of US Youth: An Analysis of the 2016 National Survey of Children's Health. *The Journal of Pediatrics*. 2020/11/01/ 2020;226:243-250.e2. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.06.046>
56. Carette S, Surtees PG, Wainwright NW, Khaw KT, Symmons DP, Silman AJ. The role of life events and childhood experiences in the development of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2000/09// 2000;27(9):2123-2130.
57. Saúde CNd. Sem mais tempo a perder: Saúde mental em Portugal: Um desafio para a próxima década. Autor Lisboa; 2019.
58. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*. 2000;106(1):e11-e11.
59. Zolotor AJ, Runyan DK, Dunne MP, et al. ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing.

Child Abuse & Neglect. 2009/11/01/ 2009;33(11):833-841.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.004>

60. Wojcik KD, Cox DW, Kealy D. Adverse childhood experiences and shame- and guilt-proneness: Examining the mediating roles of interpersonal problems in a community sample. *Child Abuse & Neglect.* 2019/12/01/ 2019;98:104233.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104233>

Tabela 1: Fatores das EAI - Mediana e intervalo interquartil; mediana e intervalo interquartil por sexo; correlação da idade.

	Total (n=398) Med^c (Q1^d, Q3^e)	Masculino (n=185) Med^c (Q1^d, Q3^e)	Feminino (n=213) Med^c (Q1^d, Q3^e)	Coefficiente de Spearman Idade
Abuso emocional	6 (5, 9)	6 (5, 8)	7 (5, 9)	-0.143 ^a
Negligência emocional	8 (6, 11)	8 (6, 11)	8 (6, 11)	0.01
Abuso sexual	5 (5, 5)	5 (5, 5)	5 (5, 5)	-0.018
Abuso físico	5 (5, 6)	5 (5, 6)	5 (5, 6)	0.079
Negligência física	6 (5, 9)	6 (5, 8)	6 (5, 9)	0.300 ^b
CTQ-SF	32 (28, 38)	32 (28, 37)	32 (29, 38)	0.064

^ap<0.005; ^bp<0.001; ^cMed – Mediana; ^dQ1 – primeiro quartil; ^eQ3 – terceiro quartil

Tabela 2: Correlação entre os fatores das EAI.

	Negligência emocional	Abuso sexual	Abuso físico	Negligência física	CTQ-SF
Abuso emocional	0.441 ^a	0.372 ^a	0.452 ^a	0.235 ^a	0.690 ^a
Negligência emocional		0.204 ^a	0.382 ^a	0.422 ^a	0.831 ^a
Abuso sexual			0.296 ^a	0.183 ^a	0.367 ^a
Abuso físico				0.382 ^a	0.580 ^a
Negligência física					0.660 ^a
CTQ-SF					

^ap<0.001

Tabela 3: Mediana, intervalo interquartil e valor p entre os diferentes fatores das EAI e o consumo do tabaco.

			Abuso emocional	Negligência emocional	Abuso sexual	Abuso físico	Negligência física	CTQ-SF
Consumo de tabaco	NÃO (n=250; 62.8%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	6 (5, 8)	9 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 9)	33 (28, 38)
	SIM (n=86; 21.6%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	6 (5, 9)	8 (7, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 8)	31 (29, 37)
	JÁ NÃO CONSOME (n=62; 15.6%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	6 (5, 8)	7 (5, 10)	5 (5, 5)	5 (5, 7)	6 (5, 9)	32 (28, 38)
	KRUSKAL-WALLIS	Valor de p	0.459	0.129	0.193	0.029	0.404	0.729
Dependência de tabaco	BAIXA (n=62; 72.1%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	6 (5, 9)	7 (6, 10)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	5 (5, 7)	30 (28, 34)
	MODERADA (n=19; 22.1%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	7 (6, 9)	9 (7, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 9)	35 (30, 39)
	ELEVADA (n=62; 5.8%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	14 (14, 19)	19 (15, 21)	5 (5, 9)	6 (5, 11)	16 (14, 17)	59 (56, 75)
	KRUSKAL-WALLIS	Valor de p	0.013	0.008	0.4	0.115	<0.001	0.002

^aMed – Mediana; ^bQ1 – primeiro quartil; ^cQ3 – terceiro quartil.

Tabela 4: Mediana e correlação entre os diferentes fatores das EAI e comportamentos sexuais de risco

			Abuso emocional	Negligência emocional	Abuso sexual	Abuso físico	Negligência física	CTQ-SF
Idade de início da 1ª relação sexual	<16 (n=72, 18.8%)	Med ^a (Q1, Q3)	7 (5, 10)	9 (7, 13)	5 (5, 5)	5 (5, 7)	7 (5, 9)	34 (30, 42)
	16-18 (n=133, 34.7%)	Med(Q1, Q3)	6 (5, 8)	9 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 8)	33 (28, 38)
	>18 (n=171, 44.6%)	Med(Q1, Q3)	6 (5, 8)	8 (6, 10)	5 (5, 5)	5 (5, 5)	5 (5, 9)	31 (28, 35)
	KRUSKAL-WALLIS	Valor de p	0.007	0.023	0.148	<0.001	0.145	0.013
Infecções sexualmente transmissíveis	NÃO (n=361, 94.3%)	Med(Q1, Q3)	6 (5, 9)	8 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 9)	32 (28, 38)
	SIM (n=15, 3.9%)	Med(Q1, Q3)	8 (6, 9)	10 (5, 12)	5 (5, 7)	6 (5, 7)	8 (6, 9)	36 (31, 41)
	MANN-WHITNEY	Valor de p	0.113	0.495	0.375	0.042	0.054	0.05
Número de parceiros sexuais no último ano	0 (n=64, 16.7%)	Med(Q1, Q3)	6 (5, 7)	9 (7, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	7 (5, 9)	33 (30, 40)
	1 (n=271, 70.8%)	Med(Q1, Q3)	6 (5, 8)	8 (6, 10)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	5 (5, 8)	31 (28, 36)
	2 (n=27, 7.0%)	Med(Q1, Q3)	7 (5, 9)	9 (7, 11)	5 (5, 7)	5 (5, 6)	6 (5, 9)	33 (29, 44)
	3+ (n=14, 3.7%)	Med(Q1, Q3)	7 (5, 10)	9 (7, 15)	5 (5, 6)	5 (5, 7)	7 (5, 11)	32 (29, 48)
	KRUSKAL-WALLIS	Valor de p	0.526	0.197	0.037	0.206	0.001	0.088
Abortamento	NÃO (n=294, 76.8%)	Med(Q1, Q3)	6 (5, 9)	8 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 9)	31 (28, 38)
	SIM (n=18, 4.7%)	Med(Q1, Q3)	7 (5, 9)	9 (7, 12)	5 (5, 5)	6 (5, 8)	8 (5, 10)	36 (30, 46)
	MANN-WHITNEY	Valor de p	0.531	0.534	0.854	0.032	0.031	0.077

^aMed – Mediana; ^bQ1 – primeiro quartil; ^cQ3 – terceiro quartil.

Tabela 5: Mediana, intervalo interquartil e valor p entre os diferentes fatores das EAI e os comportamentos parassuicidários, tentativas de suicídio e agressão/vitimização

			Abuso emocional	Negligência emocional	Abuso sexual	Abuso físico	Negligência física	CTQ-SF
Tentativa de suicídio	NÃO (n=360, 90.5%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	6 (5, 8)	8 (6, 10)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 8)	31 (28, 37)
	SIM (n=24, 6.0%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	9 (7, 14)	11 (8, 17)	5 (5, 8)	6 (5, 8)	8 (5, 13)	43 (35, 56)
	MANN-WHITNEY	Valor de p	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Comportamentos parassuicidários	NÃO (n=308, 77.4%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	6 (5, 8)	8 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 9)	31 (28, 37)
	SIM (n=20, 5.0%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	8 (7, 13)	11 (7, 17)	5 (5, 9)	7 (5, 8)	9 (5, 12)	41 (35, 56)
	MANN-WHITNEY	Valor de p	0.001	0.029	<0.001	<0.001	0.006	<0.001
Agressão ao parceiro íntimo	NÃO (n=295, 74.1%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	6 (5, 8)	8 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	5 (5, 9)	31 (28, 36)
	SIM (n=25, 6.3%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	8 (7, 11)	10 (7, 17)	5 (5, 9)	7 (5, 8)	7 (6, 10)	41 (35, 54)
	MANN-WHITNEY	Valor de p	<0.001	0.004	0.001	<0.001	0.002	<0.001
Agressão pelo parceiro íntimo	NÃO (n=306, 76.9%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	6 (5, 8)	8 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	5 (5, 8)	31 (28, 37)
	SIM (n=15, 3.8%)	Med ^a (Q1 ^b ,Q3 ^c)	9 (5, 18)	10 (7, 15)	6 (5, 11)	6 (5, 8)	9 (7, 12)	47 (35, 61)
	MANN-WHITNEY	Valor de p	0.007	0.082	<0.001	0.008	<0.001	<0.001

^aMed – Mediana; ^bQ1 – primeiro quartil; ^cQ3 – terceiro quartil.

Tabela 6: Frequência absoluta e relativa; mediana e intervalo interquartil dos scores dos diferentes fatores de EAI para cada condição clínica e respetivo valor de p (teste de Mann-Whitney).

	Abuso emocional	Negligência emocional	Abuso sexual	Abuso físico	Negligência física	CTQ-SF
	Med^a (Q1^b,Q3^c)	Med^a (Q1^b,Q3^c)	Med^a (Q1^b,Q3^c)	Med^a (Q1^b,Q3^c)	Med^a (Q1^b,Q3^c)	Med^a (Q1^b,Q3^c)
Colesterol, n=109 (27.4%)						
Ausente	6 (5, 9)	8 (6, 10)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 8)	31 (28,36)
Presente	7 (5, 9)	9 (6, 12)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	7 (5, 9)	34 (29,40)
Valor de p	0.718	0.157	0.45	0.416	0.008	0.028
Hipertensão arterial, n=93 (23.4%)						
Ausente	6 (5, 9)	8 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	5 (5, 8)	32 (28,37)
Presente	6 (5, 8)	9 (7, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	7 (5, 9)	35 (30,40)
Valor de p	0.748	0.13	0.678	0.1	<0.001	0.044
Perturbação da ansiedade, n=73 (18.3%)						
Ausente	6 (5, 8)	8 (6, 10)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 8)	31 (28,26)
Presente	7 (6,10)	9 (7, 14)	5 (5, 6)	5 (5, 7)	7 (5, 9)	35 (30,42)
Valor de p	0.002	0.002	0.013	0.003	0.039	<0.001
Diabetes, n=61 (15.3%)						
Ausente	6 (5, 9)	8 (6, 10)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	5 (5, 8)	31 (28,36)
Presente	7 (5, 9)	9 (7, 12)	5 (5, 5)	5 (5, 7)	9 (6, 9)	35 (30,42)
Valor de p	0.928	0.008	0.741	0.014	<0.001	0.001
Depressão, n=59 (14.6%)						
Ausente	6 (5, 9)	8 (6, 10)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 8)	31 (28,36)
Presente	7 (5, 8)	9 (7, 13)	5 (5, 6)	5 (5, 7)	7 (5, 11)	36 (31,43)
Valor de p	0.383	0.003	0.07	0.046	<0.001	<0.001
Artrite Reumatoide, n=23 (5.8%)						
Ausente	6 (5, 9)	8 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 8)	32 (28,38)
Presente	8 (5, 9)	9 (8, 14)	5 (5, 6)	6 (5, 6)	9 (7, 11)	35 (33,46)
Valor de p	0.337	0.04	0.009	0.09	<0.001	0.017
AVC, n=20 (5.0%)						
Ausente	6 (5, 9)	8 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 8)	32 (28,27)
Presente	7 (6, 7)	9 (7, 13)	5 (5, 6)	5 (5, 6)	9 (6, 13)	35 (31,44)
Valor de p	0.481	0.138	0.301	0.067	<0.001	0.029
Neoplasia, n=17 (4.3%)						
Ausente	6 (5, 8)	8 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	6 (5, 8)	32 (28,38)
Presente	6 (5, 9)	7 (6, 11)	5 (5, 5)	5 (5, 6)	9 (7, 11)	35 (29,40)
Valor de p	0.94	0.695	0.134	0.885	0.01	0.382

^aMed – Mediana; ^bQ1 – primeiro quartil; ^cQ3 – terceiro quartil.

Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2013, 5 de Novembro de 2013

1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é apro-

ximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade

pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

As condições 1, 2 e 3 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref. _____)

AMP _____) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da

parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e

contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar

a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

- e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

- a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

- b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.
- c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.
- d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.
- e) A identidade dos revisores é confidencial.
- f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.
- g) O editor-chefe tem total independência editorial.
- h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.
- i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.
- j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.
- k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.
- l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.
- m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o "AMA Manual of Style", 10th ed. e/ou "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os autores gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via "Submissão Online" da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão online terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

- a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo
- b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

- a) Título (sem autores)
- b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.
- c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. clinicaltrials.gov). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 refe-

rências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *síte* da Acta Médica Portuguesa.

■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

Abreviaturas: Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida: As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos: Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e

branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

Figuras: Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

- **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

- **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que

são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis¹⁴.”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço⁵⁻⁹.

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula^{12,15,18}.

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Notas: Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação;Volume: páginas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:

1.CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projecto: O impacto dos eventos adversos ocorridos durante a infância, na saúde e nos comportamentos de risco dos indivíduos adultos

Nome da Investigadora Principal: Enf.^a Ana Márcia dos Santos Novais Morgado, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP

Onde decorre o Estudo: Na FMUP.

Objectivos do Estudo:

Este trabalho de investigação tem como principais objectivos: verificar se os eventos adversos ocorridos durante a infância têm influência na saúde do indivíduo adulto exposto; verificar se os eventos adversos ocorridos durante a infância têm influência nos comportamentos de risco do indivíduo adulto exposto.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP, sob orientação da Prof.^a Doutora Teresa Magalhães e da Prof.^a Teresa Henriques.

Concepção e Pertinência do estudo:

Serão aplicados questionários a população indiferenciada, recrutada por entre pessoas conhecidas, mediante informação prévia, adequada.

Benefício/risco:

Não desproporcionados (apenas o tempo de responder ao inquérito).

Confidencialidade dos dados:

Os questionários são anónimos e a informação é tratada de forma agregada.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

O consentimento será considerado como dado se o participante aceder a responder ao questionário.

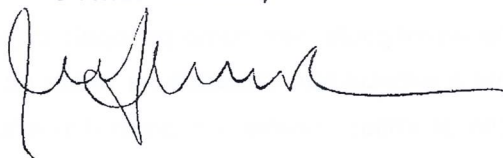
Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Julho de 2021

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação, na sua actual conformidade.

Porto, 14 de Junho de 2019

O Relator da CES,

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke at the end.



Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa, na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: Impacto dos eventos adversos, ocorridos durante a infância, nos comportamentos de risco e saúde dos indivíduos adultos

Nome do investigador: Ana Márcia dos Santos Novais Morgado

Endereço eletrónico: anamorgas@gmail.com

Contacto telefónico: 916310606

Caracterização da investigação:

☐ Estudo retrospectivo

☐ Estudo observacional

☐ Estudo prospetivo

☒ Inquérito

☐ Outro. Qual? _____

Tipo de investigação:

☐ Com intervenção

☒ Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): ☐ Sim ☒ Não

Promotor (se aplicável): _____

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Profª Teresa Magalhães e Profª Teresa Henriques

Endereço eletrónico: tmaga@med.up.pt e teresasarhen@med.up.pt respetivamente

Local/locais onde se realiza a investigação: Em Portugal (todos os locais onde conheça pessoas capazes de difundir o questionário)

Data prevista para início: 01 / 02 / 2019

Data prevista para o término: 01 / 07 / 2021

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

Há vários anos que se tem vindo a demonstrar que os eventos adversos são uma experiência perturbadora e assoladora que influencia de forma negativa a saúde e os comportamentos de risco nos indivíduos adultos expostos. A pertinência deste estudo e dos objetivos definidos prende-se com o facto de os eventos adversos potenciarem o desenvolvimento de determinadas condições clínicas e comportamentos de risco. Com base neste pressuposto, os objetivos delineados para este estudo são: verificar se os eventos adversos ocorridos durante a infância, têm influência na saúde do indivíduo adulto exposto e, verificar se os eventos adversos, ocorridos durante a infância, têm influência nos comportamentos de risco do indivíduo adulto exposto.

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/ riscos):

Este estudo não acarreta qualquer tipo de risco para os participantes e em termos de ganho de conhecimento vai permitir a aquisição de conhecimento sobre a influência que os eventos adversos, que ocorrem na infância, têm na saúde dos indivíduos a ele expostos. Desta forma, conseguimos demonstrar a imperiosidade da necessidade de alterar políticas de saúde bem como delinear estratégias de intervenção mais vigorosas, mais eficazes e úteis na proteção das crianças expostas, de forma a atenuar ou eliminar sua manutenção e evitar a sua transmissão intergeracional, social e cultural. Só assim conseguiremos ter adultos saudáveis quer física quer mentalmente, o que se reflete quer a nível económico quer em ganhos de saúde mas acima reflete-se numa sociedade mais saudável e equilibrada.

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

Não há qualquer tipo de pedido de identificação pessoal (questionários anónimos) e tratamento coletivo da informação (e não individual)

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico?

☐ Sim ☒ Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes?

☐ Sim ☒ Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização?

☐ Sim ☐ Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: ☐ Sim ☒ Não

Voluntários saudáveis: ☐ Sim ☒ Não

Menores de 18 anos: ☐ Sim ☒ Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia:

☐ Sim ☒ Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado:

☒ Sim ☐ Não

Se não, referir qual o fundamento para a isenção:

Existe informação escrita aos participantes: ☒ Sim ☐ Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

☐ Investigador ☐ Promotor ☐ Ambos ☐ Serviço onde é realizado

☐ Não aplicável Outro: Investigador e ambos os orientadores

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Não existem benefícios para os participantes

Riscos/incómodos previsíveis:

Não existem riscos/incómodos para os participantes

São dadas contrapartidas aos participantes:

· pela participação ☐ Sim ☒ Não ☐ Não aplicável

· pelas deslocações ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

· pelas faltas ao emprego ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

· por outras perdas e danos ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

☐ Investigador ☐ Promotor ☐ Serviço onde é realizado

☒ Não aplicável Outro: _____

Existe protocolo financeiro? ☐ Sim ☒ Não

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- ☐ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- ☐ Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- ☒ Protocolo do estudo
- ☐ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- ☐ Profissional de ligação
- ☒ Informação dos orientadores
- ☒ Informação ao participante
- ☒ Modelo de consentimento
- ☒ Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): _____
- ☒ Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- ☐ Protocolo financeiro
- ☐ Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 04 de MARÇO de 2019

Nome legível: Ana Márcia dos Santos Novais Morgado

Ana Márcia dos Santos Novais Morgado
assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/FMUP

Emitido na reunião plenária da CE de 17/05/19

Aguarda esclarecimentos.

[Assinatura]
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Centro Hospitalar São João/FMUP

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS
ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A)
INVESTIGADOR(A), A CES APROVA POR UNANIMIDADE O
PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À
REALIZAÇÃO DESTA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

14/06/2019

[Assinatura]

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	1,2
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	1,2
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	4
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	6
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	7
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	7
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	7
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	7
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	7,8
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	18,19
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	1,2,7
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	7,8
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	7,8
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	7,8
		(c) Explain how missing data were addressed	NA (1)
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	8
		(e) Describe any sensitivity analyses	NA(2)
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	1,2,7
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	NA(3)
		(c) Consider use of a flow diagram	NA(4)
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	9
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	10-12 Tables 2, 3, 4 and 5
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	9-12

Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	10-12 Tables 1-6
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	NA(5)
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	NA(6)
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	NA(7)
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	13
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	18,19
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	7, 13-19
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	19
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	NA(8)

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

- (1) Os *missings* nas escalas questionário de trauma na infância foram substituídos pela média aritmética. Os *missings* das outras variáveis não foram alterados.
- (2) Não foi feita análise de sensibilidade.
- (3) Não houve participantes excluídos, dado o critério de seleção da amostra de conveniência, por quotas, estratificada por sexo e idade e, a aplicação do questionário num único momento.
- (4) Não existe fluxograma porque o estudo só teve um único momento de aplicação de questionários.
- (5) As variáveis contínuas não foram categorizadas.
- (6) Não é aplicável no âmbito do estudo.
- (7) Não foram feitas análises de subgrupo, não foram testadas interações nem outro tipo de análises.
- (8) Este estudo não foi financiado.