

# "A Infância Dura Toda a Vida" Sobre a Importância e o Impacto das Experiências de Adversidade Precoce\*

## "Childhood Lasts a Lifetime" About the Importance and Impact of Adverse Childhood Experiences

Manuel Quartilho<sup>(1)</sup>

Existe uma famosa história indiana contada por um conhecido antropólogo, Clifford Geertz, sobre um inglês a quem garantiram que o mundo estava assente numa plataforma, que por sua vez assentava nas costas de um elefante, pousado na carapaça de uma tartaruga. Quando o inglês perguntou onde assentava a tartaruga, a resposta foi - "outra tartaruga". E essa tartaruga? - voltou a perguntar. "Ah, Sahib, depois dessa é tudo tartarugas por aí abaixo".<sup>1</sup>

Serve esta pequena história para dizer que conhecemos mal, ou desvalorizamos, aquilo a que podemos chamar, em epidemiologia social, as causas das causas. Com efeito, as causas das doenças deveriam admitir as suas próprias causas, ou *causas fundamentais*, geralmente identificadas a montante dos chamados factores de risco proximais. Ao longo das últimas décadas, os estudos epidemiológicos tiveram um enorme sucesso na identificação dos factores de risco para as principais doenças do adulto. Contudo, a maior parte desta investigação valoriza causas relativamente proximais, tais como a dieta, os níveis de colesterol, o estilo de vida, a inatividade física, a hipertensão arterial, ao mesmo tempo que desvaloriza a importância de condições sociais básicas. A trajetória da epidemiologia moderna, que identifica portanto os factores de risco mais proximais à doença - aqueles para os quais se pode defender uma "plausibilidade biológica" - deve ser confrontada com a necessária "contextualização" destes factores de risco individuais, com um modelo interpretativo que nos ajude a compreender porque é que as pessoas se expõem a factores de risco ou protecção, ao longo da vida, para se definirem melhor, afinal, as condições sociais nas quais estes factores se relacionam com a eclosão de vários problemas de saúde, muito tempo depois das causas fundamentais que lhes dão origem.<sup>2</sup>

É verdade que as pessoas devem assumir uma responsabilidade individual pela sua saúde. Mas as pessoas não existem num vácuo. Os contextos em que nascem, brincam, aprendem, trabalham, convivem e envelhecem, influenciam as escolhas disponíveis. Devemos considerar não apenas as exposições causais que ocorrem na proximidade temporal das doenças mas também as suas causas mais fundamentais, as causas das causas, os ambientes físicos e sociais que criam boas oportunidades ou obstáculos intransponíveis, bem como as múltiplas dimensões da privação material, da desvantagem social, da discriminação e exclusão sociais.

Quanto maior o número de experiências de adversidade precoce, maior o risco de aparecimento de problemas de saúde física e mental na vida adulta.<sup>3</sup>

As *experiências de adversidade precoce* associadas aos primeiros anos de vida, por exemplo, guardam uma associação robusta com as taxas de morbilidade e mortalidade na vida adulta. Estas experiências negativas, que englobam situações de perda, abuso, negligência afetiva ou violência familiar, não se perdem ao longo da vida. Tal como as pegadas de criança no cimento fresco, tendem a ser preservadas, embora escondidas, adiadas ou "congeladas" por aptidões de resiliência individual ou por efeitos diversos de apoio e tamponamento sociais, mas sempre incorporadas no organismo humano, incrustadas "por debaixo da pele", como se fossem carimbos ou memórias "biológicas".

O *estudo ACE (Adverse Childhood Experiences)* é um importante estudo epidemiológico que fez uma avaliação retrospectiva e prospetiva de mais de 17.000 cidadãos americanos, sobre os efeitos de experiências traumáticas ocorridas nos primeiros 18 anos de vida.<sup>3,4</sup>

\* Texto baseado numa comunicação realizada no âmbito do XIII Congresso da SPMFR. Cascais, 9 de Março de 2012.

(1) Professor de Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Coimbra. Assistente Hospitalar Graduado Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal

Data de receção - Maio/2012

Data de aprovação para publicação - Novembro/2012

Foram estudadas sete categorias de experiências adversas, incluindo casos de abuso psicológico, físico e sexual; cenários de violência doméstica; convívio regular com familiares toxicodependentes, com perturbações mentais, comportamentos parasuicídios ou evidenciando, ainda, problemas graves com a Justiça. O número de categorias foi depois comparado com medidas relacionadas com comportamentos de risco, com o estado geral de saúde e com doenças diversas, na idade adulta. Foi criada uma pontuação para cada indivíduo, correspondendo ao número de experiências adversas ocorridas até aos 18 anos de idade. Os resultados do estudo mostraram que um em cada seis indivíduos tinha uma pontuação igual a 4 ou superior, e que um em cada nove indivíduos tinha uma pontuação igual a 5 ou superior. E o número de experiências adversas, por sua vez, mostrou uma correlação significativa com vários fatores de risco e a presença de diversas doenças médicas na idade adulta, incluindo cardiopatias, neoplasias, hepatopatias e doenças pulmonares crônicas<sup>3</sup> De acordo com um artigo de Shonkoff e col.<sup>5</sup>, a Academia Americana de Pediatria divulgou recentemente um relatório referindo uma “urgência resultante de uma epidemia de obesidade infantil, com aumento do risco para a diabetes tipo II, hipertensão e doenças cardiovasculares em crianças mais velhas e em adultos”. O relatório sublinhava a necessidade de uma abordagem mais proactiva na infância quanto à prevenção da doença cardiovascular, mediante uma adesão reforçada às medidas dietéticas, ao aumento da atividade física e à ponderação de tratamento farmacológico da dislipidemia a partir dos 8 anos de idade. O que o relatório não considerou, acrescentam os autores, foi a ideia, baseada numa evidência crescente sobre as sequelas cardiovasculares das experiências de adversidade precoce, que novas intervenções para reduzir o stress na infância podem constituir uma estratégia mais apropriada para prevenir a doença cardíaca na idade adulta, em comparação com a administração de estatinas a crianças em idade escolar.

“The childhood shows the man,  
As the morning shows the day”

*Milton, 1667. Paradise Lost.*

Na esteira de Freud, “podemos tentar romper com o passado, mas o passado não rompe connosco”. Mas não apenas Freud, também Joseph Breuer e Pierre Janet contestaram as ideias que anteriormente localizavam a origem das doenças nos domínios da punição divina ou da possessão demoníaca. E contribuíram, de algum modo, os autores mencionados, para a noção cada vez mais sólida segundo a qual tanto as perturbações mentais como as doenças médicas do adulto aparecem, muitas vezes, associadas a uma história prévia de adversidade, na

infância. Por outras palavras, as experiências de adversidade precoce, como por exemplo o abuso físico ou a negligência emocional, a perda de um pai, a presença de uma perturbação psiquiátrica num familiar próximo, a violência doméstica ou a pobreza extrema, todas aparecem consistentemente associadas a manifestações de ansiedade e depressão na idade adulta. Mas estas mesmas experiências aparecem igualmente associadas, também de modo consistente, ao desenvolvimento de vários síndromes de dor crónica e outras patologias médicas, como acontece, por exemplo, com a relação entre pobreza e a instabilidade social na infância e os riscos acrescidos de doença cardiovascular na vida adulta. A ocorrência conjunta de patologia mental e física, nestas condições, obedeceria a determinantes partilhados com origem nas experiências de adversidade precoce. E alguns diagnósticos médicos no adulto, a esta luz, resultariam de uma cegueira para a realidade social dessas experiências, ao identificarem doenças que talvez não sejam mais, afinal, do que uma inscrição somática de experiências ao longo da vida, no corpo e cérebro humanos<sup>4</sup>.

Uma perspetiva que valorize a trajetória de vida, e que portanto preste atenção a estas experiências precoces, não nega a importância de fatores de risco convencionais. Pelo contrário, o seu objetivo consiste em estudar o contributo conjunto tanto dos factores de risco distais como proximais ao longo da vida, integrando processos biológicos e sociais, na presunção de que o desenvolvimento individual resulta de uma interação dinâmica, contínua, entre uma biologia definida pela genética e uma ecologia desenhada pelas características físicas e sociais do ambiente<sup>6-8</sup>.

As exposições físicas e psicossociais associadas a um baixo estatuto socioeconómico durante a infância, igualmente, parecem relacionar-se com índices de morbilidade e mortalidade cardiovascular na vida adulta<sup>9</sup>. As crianças filhas de mães com um estatuto educacional mais baixo e menores rendimentos são mais susceptíveis de apresentar reduções no crescimento intrauterino, de nascerem de parto prematuro e de terem um baixo peso ao nascimento. Estas desvantagens iniciais determinam um pior estado de saúde e um maior desabono socioeconómico, mais tarde, através de uma cascada de efeitos, uma vez que a saúde da criança influencia o rendimento académico e este, por sua vez, vai condicionar o estatuto socioeconómico<sup>10</sup>. Não é possível, obviamente, estabelecermos uma relação causal linear entre condições de adversidade socioeconómica, na infância, e patologia médica ou mental, na vida adulta. Nem sabemos, ao certo, qual o período da vida da criança durante o qual as referidas exposições são mais importantes, ou qual o tempo crítico de duração dessas exposições. E também não conhecemos, finalmente, os mecanismos comportamentais, psicológicos ou fisiológicos que associam o estatuto socioeconómico da

criança às doenças do adulto. Muitos dos estudos sobre o tema, aliás, sofrem de limitações metodológicas e conceptuais relacionadas, por exemplo, com a estrita definição de pobreza ou com a natureza retrospectiva dos relatos obtidos.

Contudo, podemos dizer que as crianças com baixo estatuto socioeconómico prenunciam piores condições de saúde na idade adulta porque se expõem a múltiplas condições físicas e psicossociais adversas, relacionadas por exemplo com as casas onde vivem, as escolas que frequentam, os bairros que habitam<sup>11</sup>. Estas exposições, por sua vez, podem determinar trajetórias de vida particulares. E estas trajetórias influenciam os fatores de risco proximais, concretizando assim uma perspectiva longitudinal que nos ajuda a compreender as relações entre causas fundamentais e causas proximais de doença<sup>9</sup>. Por exemplo, em termos estritamente demográficos, as crianças constituem o grupo etário mais vulnerável à pobreza, em Portugal, com uma incidência de 22,9% em 2009, no grupo etário dos 0 aos 17 anos, perpetuando e alimentando o ciclo de transmissão intergeracional da pobreza<sup>12</sup>. Se é verdade que existem relações entre o estatuto socioeconómico na infância e o estado de saúde na idade adulta, então assinala-se, desde já, a necessidade de um investimento criativo no bem-estar das crianças e das suas famílias<sup>13</sup>. Por outras palavras, a promoção da saúde e a prevenção de doenças na idade adulta deve começar nos primeiros anos de vida.

"... não acontece apenas que as pessoas no topo vivem mais do que as que estão na base. Acontece também que as diferentes classes vivem menos do que aquelas que estão acima e têm maior longevidade em comparação com as que estão abaixo."

*Marmot, M (2004). Status Syndrome*

Que mecanismos podem explicar esta relação entre experiências de adversidade na infância e os índices de morbidade e mortalidade na vida adulta? Sabendo da persistência de gradientes sociais para os índices mencionados, nas sociedades desenvolvidas, com diferenças nas taxas de morbidade e mortalidade em todos os degraus da escada social, é provável que o acesso ou a excelência dos cuidados de saúde não disfarcem, só por si, os efeitos da desigualdade social nos primeiros anos de vida. Ora, esta desigualdade tem correlatos biológicos que a neurociência e a biologia molecular têm procurado definir<sup>5</sup>.

Com efeito, as experiências de adversidade precoce podem afectar o estado de saúde na idade adulta de dois modos diferentes – através de um efeito cumulativo ao longo do tempo, ou mediante uma incrustação biológica das experiências de adversidade em períodos críticos do desenvolvimento individual. Se a disfunção biológica ocorre através de um processo

cumulativo, as doenças crónicas do adulto podem ser consideradas como resultando de uma interação recorrente com factores de stress psicológico e físico. Quando as experiências negativas ocorrem em períodos sensíveis do desenvolvimento, por sua vez, os respectivos efeitos podem ser permanentemente incorporados na arquitetura biológica do organismo humano, sob a forma de estados de doença latentes, ou "memórias" biológicas, que resultam, portanto, de experiências críticas em períodos de maior susceptibilidade individual.

De acordo com a orientação cumulativa, alguns trabalhos têm valorizado um processo de "climatização" do organismo sob condições de adversidade persistente, com desregulação dos mecanismos que normalmente são usados na adaptação a situações de stress agudo. Este processo implicaria, por exemplo, uma aceleração dos processos de envelhecimento normal em condições de maior adversidade socioeconómica, e o respectivo retardamento, pelo contrário, em condições de maior vantagem social ao longo da vida<sup>10</sup>.

Estas explicações são consistentes com uma rotura dos mecanismos fisiológicos sob condições de exigência ou stress crónicos – a chamada "carga alostática". As respostas fisiológicas ao stress incluem, como sabemos, uma ativação do eixo HHS e do sistema simpático-medula suprarrenal, com aumento dos níveis das chamadas hormonas do stress – CRH, cortisol, noradrenalina e adrenalina. Também se verifica, neste contexto, um aumento das citocinas inflamatórias e uma resposta compensatória do sistema nervoso parassimpático. Embora os aumentos transitórios destas hormonas do stress tenham um efeito adaptativo, é certo que níveis demasiado elevados ou exposições ao stress demasiado prolongadas podem determinar uma desregulação dos mediadores fisiológicos envolvidos e um prejuízo de múltiplos sistemas orgânicos, incluindo regiões do cérebro como a amígdala, o hipocampo e o córtex pré-frontal. A ocorrência de maus tratos numa idade precoce, a conflitualidade familiar, os acontecimentos de vida stressantes e as condições de vida adversas, em ambientes de privação social e económica, podem influenciar, ao longo da vida, a plasticidade estrutural e funcional do hipocampo, da amígdala e do córtex pré-frontal – a chamada neuroplasticidade. As alterações na neuroplasticidade destes sistemas cerebrais, por sua vez, podem influenciar a reatividade ao stress e talvez mesmo os ritmos de envelhecimento<sup>14</sup>.

Em condições normais de resposta ao stress, portanto, as alterações neurobiológicas envolvidas têm um efeito protetor. Mas, em situações de stress tóxico ou adversidade crónica, por oposição a condições de stress positivo ou tolerável, estas mesmas alterações assumem a configuração patogénica de uma carga alostática, um processo cumulativo que resulta de uma desregulação

crónica de sistemas fisiológicos normalmente envolvidos na adaptação às exigências do ambiente e que oferece, portanto, uma explicação potencial possível para os modos como o stress crónico, associado a condições de desfavorecimento social, determina efeitos negativos sobre a saúde das pessoas<sup>14,8</sup>.

"It is easier to build strong children than to repair broken men"

*Frederick Douglass (1817-1895)*

"Para prevenir a hiperatividade patológica da resposta ao stress, é essencial proteger as crianças do trauma e do abuso. Quanto mais seguro for o ambiente, menos provavelmente uma pessoa terá uma doença relacionada com o stress."

*Habib K.. Neuroendocrinology of Stress. Endocrinol Metab Clin North Am. 2001; 30(3)*

As consequências longitudinais da adversidade precoce, dada a sua heterogeneidade, sugerem diferenças individuais na vulnerabilidade e diferenças neurobiológicas na resposta aos ambientes sociais. Isto significa que as experiências positivas, ao longo do desenvolvimento, podem reduzir os riscos determinados pelo impacto das experiências negativas. Esta assunção implica a devida atenção a estratégias de prevenção da doença ou de promoção da saúde que valorizem uma redução dos factores de stress tóxico que afectam a vida das crianças e das suas famílias. Está em causa uma ativação intensa, frequente e/ou prolongada dos vários sistemas de resposta ao stress, com efeitos sobre a arquitetura cerebral e muitas vezes associada a condições de pobreza extrema, abuso físico e/ou emocional recorrente, negligência crónica,

depressão materna grave, abuso de substâncias pelos pais, ou violência familiar, na ausência de protecção por parte dos adultos.

De um modo geral, as estratégias de prevenção da doença, ou de promoção da saúde, nos países desenvolvidos, baseiam-se na prestação de cuidados médicos a crianças ou em esforços que visam mudar os estilos de vida dos adultos. Este último objectivo não é muitas vezes bem sucedido, por vários motivos. Primeiro, é frequentemente difícil mudar os comportamentos das pessoas, à medida que envelhecem. Segundo, os esforços despendidos esbarram muitas vezes na vulnerabilidade biológica construída pelas experiências de adversidade precoce. Terceiro, estas políticas deslocam a responsabilidade para pessoas adultas cujos riscos de doença resultam de uma vulnerabilização prévia. Logo, uma política que vise a transformação das condições em que vivem muitas crianças, a redução do número e da intensidade das experiências de adversidade tóxica, pode contribuir não apenas para melhorar a sua qualidade de vida, mas também para prevenir o aparecimento de patologias que são cada vez mais associadas a estas experiências negativas. Uma tal abordagem proactiva deverá ser aplicada no âmbito dos Cuidados Primários de Saúde, com identificação e tratamento de algumas das principais experiências de abuso que inscrevem "memórias" biológicas no organismo humano. Trata-se portanto de um novo modelo de promoção da saúde e de prevenção de doenças que não se resume à avaliação clínica transversal ou ao pedido de exames complementares de diagnóstico. É uma nova perspectiva segundo a qual o abuso e negligência das crianças deve ser definido como uma questão de saúde pública, com consequências importantes ao longo da vida<sup>15</sup>. Crianças saudáveis, adultos saudáveis. Crianças saudáveis, sociedades saudáveis.

#### Referências / References:

- Geertz C. The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books; 1973.
- Link BG, Phelan JC. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Social Beh.* 1995; 80-94.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med.* 1998; 14(4): 245-58
- Anda R, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256: 174-186.
- Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities. *JAMA.* 2009; 301(21): 2252-9.
- Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2003; 57: 778-83.
- Lynch J, Smith GD. A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annu Rev Public Health.* 2005; 26: 1-35.
- Shonkoff J, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics.* 2012; 129(1): e232-46.
- Cohen S, Janicki-Deverts D, Chen E, Matthews KA. Childhood socioeconomic status and adult health. *Ann N Y Acad Sci.* 2010; 1186: 37-55.
- Adler NE, Stewart J. Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann N Y Acad Sci.* 2010 1186: 5-23.
- Evans G, Kim P. Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status-health gradient. *Ann N Y Acad Sci.* 2010; 1186: 174-89.
- Bastos A. Números com esperança. Abordagem estatística da pobreza infantil em Portugal: da análise às propostas de actuação. Coimbra: Almedina; 2011.
- Shonkoff J, Richter L, van der Gaag J, Bhutta ZA. An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics.* 2012; 129(2):e460-72.
- McEwen BS, Gianaros P. Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann N Y Acad Sci.* 2010; 1186: 190-222.
- Middlebrooks JS, Naudage N. The effects of childhood stress on health across the lifespan. Atlanta: NCFIPAC Centers for Disease Control and Prevention; 2008.