



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**ABUSO SEXUAL INFANTOJUVENIL E
AS SUAS CARACTERÍSTICAS:
IMPACTO NA SAÚDE MENTAL E
COMPORTAMENTO DESVIANTE**

LAURA JARDIM MACIEL

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL BASTO PEREIRA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL BASTO PEREIRA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2018

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Miguel Basto Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

AGRADECIMENTOS

Em momentos de angústia e frustração, de determinação e perseverança que demarcaram este ano do meu percurso acadêmico, todos os que me rodearam contribuíram direta ou indiretamente para o aumento do meu conhecimento e para a conclusão desta dissertação. O caminho foi moroso e turbulento, ilustrado por aflições e conquistas, mas hoje, com a conclusão deste ciclo, apraz-me somente o sentimento de realização e acima de tudo de dever cumprido para comigo mesma.

Não descurando a gratidão e reconhecimento para com todos os intervenientes neste processo, gostaria de agradecer pessoalmente:

Ao meu orientador Professor Doutor Miguel Basto Pereira, pelo seu apoio e disponibilidade, pelos seus sábios ensinamentos, palavras experientes e entusiastas, que conseguiram acalmar as marés agitadas de aflição, transformando as mesmas em motivação.

Às minhas colegas de Seminário de Dissertação, sendo elas que melhor compreendem os tempos difíceis pelos que passámos. Acima de tudo, um obrigado pela vossa dedicação, que diretamente contribuiu para a realização desta dissertação.

Aos meus pais, que tornaram possível o caminhar do meu saber pelos enredos do conhecimento de Psicologia. Sem eles, não estaria aqui, não seria quem sou, nem haveria de ser quem um dia serei.

À minha irmã Diva e às minhas colegas Sara e Carolina, que ouviram os meus queixumes noites afins e que estiveram diariamente a fornecer o suporte psicológico necessário para terminar este ciclo.

Ao Fábio Carvalho, pelo amor, apoio, paciência, tolerância e compreensão incondicionais, e por nunca ter desistido de acreditar em mim, contribuindo para a pessoa que hoje sou.

RESUMO

O abuso sexual infantojuvenil poderá apresentar um impacto devassante no desenvolvimento psicológico e social do sujeito. Neste âmbito, as características distintas em que ocorre o abuso poderão implicar diferentes consequências para a vítima. A presente investigação teve como objetivos avaliar: 1) o impacto do abuso sexual infantojuvenil na sintomatologia psicopatológica e no comportamento desviante; 2) a simetria das características do abuso sexual infantojuvenil em função do sexo da vítima; e 3) as repercussões dessas mesmas características na sintomatologia psicopatológica e versatilidade dos comportamentos desviantes. A amostra deste estudo é composta por 617 jovens adultos da comunidade, com idades entre os 18 e os 20 anos, que preencheram o Questionário de Experiências de Adversidade na Infância, Escala de Versatilidade do Comportamento Desviante e Escala de Ansiedade, Depressão e Stress. Setenta e seis jovens foram identificados com tendo sido vítimas de abuso sexual na infância ou adolescência. Os resultados indicam que o abuso sexual de menores é um fator de risco para sintomatologia psicopatológica e comportamentos desviantes, sendo que as características do abuso são tendencialmente diferentes em função do sexo (e.g., número de perpetradores), e encontram-se diferencialmente associadas a diferentes dimensões de saúde mental e comportamento desviante. Esta investigação vai de encontro a um vasto número de estudos que suporta o efeito traumático do abuso sexual infantojuvenil ao longo da vida, e acrescenta à evidência científica existente a necessidade de aprofundar as condições específicas em que o abuso sexual ocorre em função do sexo da vítima. Implicações clínicas e sociais são discutidas.

Palavras-chave: Características do abuso sexual infantojuvenil; Saúde mental; Comportamentos desviantes

ABSTRACT

Child sexual abuse may have a devastating impact on subject's psychological and social development. In this context, distinctive characteristics in which the abuse occurs may have different consequences for the victim. The present study aimed to evaluate: 1) the impact of child sexual abuse on psychopathological symptoms and deviant behavior; 2) the symmetry of child sexual abuse characteristics according to gender; and 3) the repercussions of child sexual abuse characteristics on psychopathological symptomatology and deviant behavior. A total of 617 young adults from the community between the ages of 18 and 20 participated in this study. The Adverse Childhood Experience Questionnaire, Deviant Behavior Versatility Scale and Depression Anxiety and Stress Scale were used. Seventy-six participants were victims of sexual abuse during childhood or adolescence. Results indicate that child sexual abuse is a risk factor for psychopathological symptomatology and deviant behavior, furthermore suggesting that characteristics of child sexual abuse tend to be gender-specific (e.g., number of perpetrators) and are differentially associated to distinct dimensions of mental health and deviant behavior. This research is in line with a large number of studies supporting the traumatic effect of child sexual abuse throughout life and adds to the existing scientific evidence the need to deepen the specific conditions in which child sexual abuse occurs according to victim's gender. Clinical and social implications are discussed.

Key-words: Characteristics of child sexual abuse; Mental health; Deviant behavior.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. Abuso Sexual Infantojuvenil: O Problema da Definição	4
2. Impacto Adverso do Abuso Sexual Infantojuvenil	5
3. Impacto das Características do Abuso Sexual Infantojuvenil na Saúde Mental e Comportamento Desviante	8
4. Abordagens Teóricas	12
A PRESENTE INVESTIGAÇÃO.....	15
MÉTODO	16
1. Participantes	16
2. Instrumentos	18
3. Procedimentos	20
RESULTADOS	22
1. Correlações entre Abuso Sexual Infantojuvenil, Sintomatologia Psicopatológica e Comportamentos Desviantes	22
2. Impacto do Abuso Sexual Infantojuvenil na Sintomatologia Psicopatológica e Comportamentos Desviantes	24
3. Simetria das Características do Abuso Sexual Infantojuvenil.....	28
4. Relação entre Características do Abuso Sexual Infantojuvenil, Sintomatologia Psicopatológica e Comportamentos Desviantes	30
DISCUSSÃO.....	33
1. Impacto do Abuso Sexual Infantojuvenil na Saúde Mental e Comportamento Desviante	33
2. Simetria das Características do Abuso Sexual Infantojuvenil.....	35
3. Relação entre as Características do Abuso Sexual Infantojuvenil, Sintomatologia Psicopatológica e Comportamentos Desviantes	36
4. Limitações e Estudos Futuros.....	38
5. Recomendações Clínicas e Implicações Políticas e Sociais.....	39
6. Considerações Finais	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS.....	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas	17
Tabela 2. Correlação entre abuso sexual infantojuvenil, comportamentos desviantes e sintomatologia psicopatológica.....	23
Tabela 3. Regressão linear múltipla para predição do comportamento desviante	25
Tabela 4. Regressão linear múltipla para predição da sintomatologia psicopatológica.....	26
Tabela 5. Simetria das características do abuso sexual infantojuvenil	29
Tabela 6. Correlação entre características do abuso sexual, comportamentos desviantes e sintomatologia psicopatológica no sexo masculino	31
Tabela 7. Correlação entre características do abuso sexual, comportamentos desviantes e sintomatologia psicopatológica no sexo feminino.....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Abuso sexual infantojuvenil e comportamentos desviantes	27
Figura 2. Abuso sexual infantojuvenil e sintomatologia psicopatológica	27

INTRODUÇÃO

O termo abuso infantojuvenil abrange uma ampla gama de experiências adversas aquando da infância ou adolescência e é definido de forma distinta consoante a cultura e as jurisdições legais de cada país. Porém, é possível encontrar na literatura definições internacionalmente aceites. Por exemplo, as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2006) definem abuso infantojuvenil como “*todas as formas de maus tratos físicos e emocionais, comerciais ou outros relacionados com a exploração, que resultam em danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder*” (p. 9).

Neste contexto, o abuso sexual de menores, pela sua gravidade criminal e potenciais repercussões para a vítima, tem sido alvo de especial preocupação social. Inclusivamente, um conjunto alargado de revisões sistemáticas (e.g., Braga, Gonçalves, Basto-Pereira & Maia, 2017). Chen et al., 2010; Managlio, 2013; Vizard, 2013) suportam que o abuso sexual infantojuvenil é um fator de risco para psicopatologia, nomeadamente perturbações de ansiedade, humor, alimentares, disfunção sexual, bem como para comportamentos externalizantes, incluindo comportamentos desviantes. No entanto, a presença de distintas definições e metodologias de estudo torna difícil estabelecer estimativas definitivas acerca da prevalência do abuso sexual de menores. Uma meta-análise realizada por Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser e Bakermans-Kranenburg (2011), que combinou as estimativas de 217 estudos publicados entre 1980 e 2008, sugere que as taxas de abuso sexual durante a infância e adolescência são 30 vezes superiores nos estudos que utilizaram questionários de autorrelato do que nos relatórios oficiais provenientes de serviços de proteção infantil ou policiais. Como sugerido por MacMillan, Jamieson e Walsh (2003), estes resultados podem ser um indicador de que os registos oficiais são apenas a ponta do *iceberg* da real dimensão deste problema.

Centers for Disease Control and Prevention e a *American Health Maintenance Organization Kaiser Permanente* conduziram uma investigação nos Estados Unidos da América denominada de *Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study)*, com uma amostra de 53784 participantes, recrutada entre 1995 e 1997, e utilizaram o Questionário de Experiências de Adversidade na Infância (ACE) (Felitti & Anda, 1998). Neste estudo foi encontrada uma prevalência de abuso sexual de menores de 10.9% ($n = 5862$), sendo que 76.8% ($n = 4502$) das vítimas são do sexo feminino e 23.2% ($n = 1370$) são do sexo masculino. Na mesma linha, um estudo conduzido no Reino Unido sobre a prevalência de maus tratos infantojuvenis, com recurso a questionários de autorrelato, revelou que 11.3% dos

jovens com idade entre os 18 e os 24 anos (5.1% do sexo masculino e 17.8% do sexo feminino) e 4.8% dos menores com idade entre os 11 e os 17 anos (2.6% do sexo masculino e 7% do sexo feminino) foram vítimas de abuso sexual (Radford, Corral, Bradley & Collishaw, 2011). Paralelamente, a revisão sistemática de Tanaka, Suzuki, Aoyama, Takaoka e MacMillan (2017) indicou uma prevalência muito elevada de abuso sexual infantojuvenil no Japão. Esta experiência adversa foi relatada, no sexo feminino, por 30% das mulheres adultas da população em geral e por 60.7% estudantes do secundário e ensino superior, sendo que no sexo masculino a prevalência é de 4.1% em estudantes do ensino médio e universitário. Em Portugal, segundo os dados oficiais da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2018), 446 crianças e jovens recorreram à Rede CARE no ano de 2016 e 2017, sendo que 79.1% eram do sexo feminino e 19.5% do sexo masculino. Adicionalmente, 20.18% tinham entre 0 a 7 anos aquando do abuso, 20.04% tinham entre 8 e 13 anos e 35.87% tinham entre 14 e 17 anos (APAV, 2018). Relativamente aos perpetradores sexuais, 92.5% eram do sexo masculino e 4.6% eram do sexo feminino, sendo que 53.1% dos abusos ocorreram no contexto intrafamiliar (e.g., pais, padrastos/madrastas, avós) e 43.4% ocorreram em contexto extrafamiliar (e.g., por um vizinho, colega, funcionário de um estabelecimento de ensino) (APAV, 2018).

Em termos de género, ser do sexo feminino é considerado um fator de risco para o abuso sexual infantojuvenil. As raparigas são aproximadamente duas vezes mais propensas a serem vítimas do que os rapazes (Barth, Bermetz, Heim, Trelle & Tonia, 2013; O’Leary & Barber, 2008; Stoltenborgh et al., 2011). Os escassos estudos conduzidos sugerem que, no sexo feminino, o abuso sexual inicia-se mais cedo, a sua duração é superior (O’Leary & Barber, 2008), existe uma maior probabilidade de ocorrência de penetração, seja esta oral, vaginal ou anal (Maikovich-Fong & Jaffee, 2010) e é mais propensa a ocorrência de um abuso sexual intrafamiliar (Gold, Elhai, Lucenko & Swingle, 1998).

Alguns estudos sugerem uma subestimação da proporção de casos relatados relativos ao abuso sexual de menores no sexo masculino, uma vez que poderá existir uma eventual relutância em denunciar o abuso (O’Leary & Barber, 2008), que poderá estar associada a diversas razões. Primeiramente, vítimas do sexo masculino poderão deter menor probabilidade de rotular claramente a atividade sexual como abusiva, isto porque sujeitos do sexo masculino tendem a ser os ofensores e, conseqüentemente, não conseguem identificar-se como vítimas (Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito, 2009). Em conjugação com o supramencionado, a natureza e características específicas do abuso sexual infantojuvenil poderão também ser fatores a ter em conta. Por exemplo, um jovem de 13 anos que se envolva

sexualmente com uma mulher adulta, poderá não considerar a experiência como abusiva, ainda que em Portugal seja criminalmente punida como tal. Em terceiro lugar, a experiência de abuso sexual mina muitos conceitos ideológicos relacionados com a masculinidade, pelo que as vítimas do sexo masculino tendem, por vergonha, encobrir o sucedido, sendo que também procurar ajuda poderá ser perspectivado pelo jovem como uma fragilidade relacionada com a sua masculinidade (Pereda et al., 2009; Romano & De Luca, 2001). Nesta linha, o tradicional estigma social da homossexualidade poderá também suportar a renitência dos jovens em denunciar a vitimização sexual (Pereda et al., 2009; Romano & De Luca, 2001).

No que concerne à idade, é escassa a investigação acerca do intervalo de idades onde o risco de um eventual abuso sexual infantojuvenil é maior. Uma revisão sistemática de Putnam (2003) considera que são as crianças nos estádios de desenvolvimento escolar e os adolescentes que são mais vulneráveis ao abuso sexual, embora cerca de um quarto das vítimas relatem terem sido sexualmente abusadas antes dos 6 anos de idade. Não obstante, é muito diferente uma criança de 3 anos ser abusada sexualmente pelo progenitor ou uma rapariga de 13 anos se envolver com um rapaz de 22 anos. Sendo experiências diferentes, é de hipotetizar consequências diferentes, ainda que a maioria dos instrumentos de avaliação categorize ambas como idênticas.

Também a presença de uma deficiência, seja ela física ou mental, é considerada um fator de risco não somente para o abuso sexual, como também para outras formas de maltrato, isto porque existe um risco adicional relacionado com o facto de que crianças portadores de deficiência detêm uma maior probabilidade de se encontrarem separadas das suas famílias nucleares, acomodadas em contextos onde se deparam com múltiplos cuidadores, tornando-se maior a probabilidade de se constituírem como alvos salientes e isolados devido à sua vulnerabilidade (Brown, 2003). Por exemplo, no caso de menores com deficiências intelectuais, os mesmos poderão não compreender o que está a ocorrer, não deterem capacidades para comunicar o evento abusivo a uma pessoa idónea ou poderão ser ameaçadas (e.g., ameaças relacionadas com o seu bem-estar ou com os seus familiares), principalmente se o abuso sexual for cometido por uma figura de autoridade (Euser, Alink, Tharner, Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2015). São também indivíduos que raramente são instruídos sobre questões relativas à sexualidade e mesmo quando o abuso é reportado, sujeitos portadores de deficiência enfrentam diversas barreiras relativas à sua credibilidade (Euser et al., 2015).

Outros fatores contextuais como famílias monoparentais, crianças órfãs, a presença de um padrasto, conflitos parentais, adversidades familiares (e.g., abuso de substâncias de um

dos progenitores) são também fatores associados a uma maior probabilidade de ocorrência de abuso sexual aquando da infância/adolescência (Wolfe, 2007), uma vez que os menores provavelmente recebem uma supervisão parental mais pobre e poderão deter uma maior necessidade de atenção e afeto, tornando-se, assim, mais vulneráveis a perpetradores que utilizam estratégias que englobam carinho e atenção (Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith, 1990).

1. Abuso Sexual Infantojuvenil: O Problema da Definição

Definir objetivamente abuso sexual infantojuvenil demonstra-se como uma tarefa complicada, uma vez que a definição deste construto varia na literatura até à atualidade. Segundo as recomendações da Consultoria da Organização Mundial de Saúde (1999) sobre a Prevenção do Abuso Infantil, esta problemática é definida como qualquer atividade de cariz sexual entre um menor e um adulto, ou entre um menor e outro menor que se situa numa relação de responsabilidade, confiança ou poder, sendo que a atividade sexual se destina a satisfazer ou gratificar a necessidade da outra pessoa (Collin-Vézina, Daigneault & Hébert, 2013). Paralelamente, o Conselho Europeu (2007) define abuso sexual infantojuvenil como: *“a) envolver-se em atividades sexuais com uma criança que, de acordo com as disposições relevantes da legislação nacional, não atingiu a idade legal para realizar práticas sexuais (isto não se aplica a atividades sexuais consensuais entre menores de idade); e b) envolvimento em práticas sexuais com uma criança, através do uso de coerção, força ou ameaças; ou o abuso é realizado através de uma posição reconhecida de confiança, autoridade ou influência sobre o menor, inclusive dentro da família, nomeadamente devido a uma deficiência mental ou física ou a uma situação de dependência”* (p. 7).

Na literatura científica, o vasto leque de práticas sexuais pode incluir acariciar, convidar uma criança a tocar ou ser tocada sexualmente, penetração, violação, incesto, sodomia, exibicionismo, envolver o menor em prostituição ou pornografia, ou sedução infantil por ciberpredadores (Putnam, 2003; Vizard, 2013; Wolak, Finkelhor, Mitchell & Ybarra, 2008). Estas práticas são também categorizadas consoante a sua duração, frequência, intrusão de atos perpetrados e relação mantida com o ofensor (Collin-Vézina et al., 2013; Vizard, 2013).

Posto isto, existem múltiplas questões de definição que ainda não foram resolvidas. Uma delas prende-se ao facto de que existe alguma disparidade no que respeita à idade para o consentimento ou para a maturidade sexual, crucial para determinar estas infrações numa

perspetiva legal. A verdade é que a idade do consentimento sexual varia, consoante o país, desde os 12 anos (e.g., Tonga) até aos 18 anos de idade (e.g., Austrália). Na maioria das jurisdições europeias, as relações sexuais com um menor são legais a partir dos 16 anos de idade, desde que nenhuma força ou coerção seja utilizada (Collin-Vézina et al., 2013). Em Portugal, o Código Penal Português, mais especificamente o artigo 171º, define abuso sexual de menores como “*quem praticar ato sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa*” (p. 106).

Atualmente, investigadores desta área utilizam uma compreensão cada vez mais inclusiva de abuso sexual infantojuvenil, definindo-o, amplamente, como qualquer atividade sexual perpetrada contra um menor. Alguns autores argumentam ainda que a diferença de idades entre o perpetrador e o menor pode ser um indicador de abuso sexual infantojuvenil. Por exemplo, Anda e colaboradores (2001) consideram que as práticas sexuais entre um menor de 18 anos e um adulto, em que a diferença de idades é superior a cinco anos, poderão constituir-se, de forma classificativa, como abuso sexual infantojuvenil.

Nesta linha, o *Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study)* identifica abuso sexual infantojuvenil quando um adulto, parente, colega, conhecido ou desconhecido, que seja pelo menos cinco anos mais velho, toca ou acaricia o corpo do menor de uma forma sexualizada, incentiva o menor a tocar no seu corpo de uma forma sexualizada ou tenta qualquer tipo de relação sexual com o menor. Esta definição é a mais utilizada na investigação empírica, uma vez que, por ser abrangente, possibilita a comparação de prevalências a nível mundial, uma vez que abarca distintas jurisdições e definições empíricas. Outra das vantagens é o facto de permitir diferenciar distintos tipos de abuso sexual infantojuvenil, anda que sejam raros os estudos que avaliem o impacto que estes diferentes tipos de experiências sexuais aquando da infância/adolescência poderão ter na vítima, quer na altura do abuso, quer no decorrer da sua vida.

2. Impacto Adverso do Abuso Sexual Infantojuvenil

Nas últimas três décadas, um conjunto alargado de revisões sistemáticas da literatura sugeriram uma associação entre abuso sexual infantojuvenil, problemas de saúde mental e comportamentais (Barth et al., 2013; Braga et al., 2017; Chen et al., 2010), criando forte evidência científica acerca das consequências nefastas do abuso sexual infantojuvenil (Jumper, 1995; Paolucci, Genuis & Violato, 2001).

Entre os problemas de saúde mental estudados, a perturbação de *stress* pós-traumático e sintomas de dissociação são os mais abordados, sendo que as vítimas apresentam, significativamente, estas psicopatologias. Por exemplo, o estudo conduzido por Collin-Vézina e Hébert (2005) comparou 67 raparigas de idade escolar que tinham sido sexualmente abusadas com um grupo de controlo em relação a vários indicadores de *stress* pós-traumático e concluiu que o abuso aumentava entre quatro a oito vezes a probabilidade de as mesmas apresentarem sintomas de *stress* pós-traumático e de dissociação. Ainda que, aparentemente, menos prevalente em rapazes, o estudo longitudinal conduzido por Maikovich, Koenen e Jaffe (2009) indica que os rapazes não diferiam das raparigas na exibição desses mesmos sintomas. Para além das perturbações anteriormente referidas, um número significativo de outras psicopatologias foi associado ao abuso sexual infantojuvenil, tais como perturbações de humor, como a depressão *major* (Pollio, Deblinger & Runyon, 2011); problemas comportamentais, como comportamentos sexuais inadequados (Friedrich, Davies, Feher & Wright, 2003); e problemas de conduta, como abuso de substâncias, comportamentos autolesivos e suicídio (Collin-Vézina et al., 2013; Kendler et al., 2000). Acrescenta-se ainda que, de acordo com Lataster e colaboradores (2006), adolescentes abusados sexualmente na infância são cinco vezes mais propensos a relatar experiências psicóticas não clínicas, como delírios e alucinações.

Como referido, as consequências negativas na saúde mental das vítimas de abuso sexual infantojuvenil poderão manter-se até à idade adulta, uma vez que, como demonstrado, existe um vínculo associativo entre este tipo de abuso sexual e a psicopatologia ao longo da vida (Bebbington et al., 2011; Fergusson, Boden & Horwood, 2008). Assim, na idade adulta das vítimas, é possível observar complicações no seu funcionamento psicossocial (Easton, Coohy, O'Leary, Zhang & Hua, 2011). Por exemplo, um estudo de Kinzler, Traweger e McBride-Chang (1995), sugere que as jovens do sexo feminino que foram sujeitas a mais de uma experiência de abuso sexual durante a infância eram significativamente mais propensas a relatar disfunções sexuais na idade adulta.

A ocorrência de abuso sexual na infância ou adolescência é também um preditor do desenvolvimento de problemas de saúde graves, como distúrbios gastrointestinais, ginecológicos ou reprodutivos, cardiopulmonares e ainda a diabetes (Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro & Tremblay, 2012). Neste sentido, um estudo que determinou a taxa e o risco de perturbações clínicas e de personalidade em adultos que foram abusados sexualmente na infância determinou, através dos registos médico-forenses de 2759 sujeitos entre 1964 e 1995, que os indivíduos abusados sexualmente tiveram uma taxa três vezes maior (23.3%) de

contato ao longo da vida com os serviços de saúde públicos em comparação com o grupo de controlo (7.7%) (Cutajar et al., 2010). Segundo Jong, Alink, Bijleveld, Finkenauer e Hendriks (2015), o abuso sexual de menores não está somente associado a problemas físicos e psicológicos. Pode, da mesma forma, afetar diversos domínios da vida adulta das vítimas. Foi possível observar que os indivíduos que passaram por esta experiência abusiva, em média, apresentam uma menor probabilidade de ingressar numa educação superior e terminam com níveis educacionais mais baixos do que a população em geral (Jong et al., 2015). Do mesmo modo, apesar de não ser possível concluir que as vítimas de abuso sexual infantojuvenil apresentam níveis superiores de desemprego, a investigação também sugere que, quando empregadas, possuem, em média, rendimentos mais baixos (Jong et al., 2015). Foram também encontradas associações positivas entre abuso sexual infantojuvenil e violência nos relacionamentos amorosos das vítimas, posterior divórcio e separação, e parentalidade adolescente, isto porque as vítimas tendem a deter experiências de parentalidade menos positivas e são mais suscetíveis a utilizar violência contra os seus filhos ou utilizar mais estilos parentais permissivos (Jong et al., 2015).

Adicionalmente, esta forma de maltrato detém um impacto significativo sobre o comportamento antissocial (Herrera & McCloskey, 2003), mais especificamente sobre o comportamento antissocial agressivo (Braga et al., 2017). Investigações nesta área demonstraram que jovens sexualmente abusados são mais propensos a reportar terem cometido crimes e demonstram taxas significativamente maiores de comportamentos de externalização, mais especificamente agressão, quando comparados com jovens que não foram sexualmente abusados (Chen et al., 2010). Tal poderá dever-se ao facto de que os jovens poderão associar-se com pares delinquentes como um meio de obter proteção contra a vitimização adicional ou para compensar um possível ambiente familiar abusivo, sendo que, por sua vez, poderá encorajar as vítimas a envolver-se em comportamentos delinquentes (Fagan, Piper & Cheng, 1987).

A literatura nesta área suporta uma ligação entre experiência abusiva sexual infantojuvenil e subsequentes crimes sexuais, sendo esta correlação conhecida como ‘hipótese do abusador abusado sexualmente’ (Seto & Lalumière, 2010) ou ‘ciclo vítima-ofensor’ (Glasser et al., 2001). Duas grandes meta-análises que incluíam amostras de adultos e adolescentes ofensores sugeriram uma taxa de prevalência de vitimização de abuso sexual de, respetivamente, 3.4 vezes e 2.8 vezes maior em ofensores sexuais em comparação com ofensores não sexuais (Jespersen, Lalumière & Seto, 2009; Seto & Lalumière, 2010). Outros estudos analisaram prospectivamente ofensas sexuais de sujeitos que tinham sido vítimas de

abuso sexual infantil (Ogloff, Cutajar, Mann & Mullen 2012; Widom & Ames, 1994) e concluíram que estes indivíduos detinham cerca de oito vezes mais probabilidade de serem posteriormente acusados por uma ofensa sexual, em comparação com o grupo de controlo.

Apesar das investigações supracitadas, escassos estudos testaram esta hipótese em amostras comunitárias. Neste âmbito, três investigações nos Estados Unidos da América realizados com uma amostra de alunos do ensino secundário sugerem uma correlação positiva entre abuso sexual infantojuvenil e agressão sexual em adolescentes (Borowsky, Hogan & Ireland, 1997; Casey, Bednell & Lindhorst, 2009; Lodico, Gruber & DiClemente, 1996), sendo que os mesmos eram mais propensos a relatar agressões sexuais contra um amigo ou parceiro afetivo. Depois de controladas variáveis como uso de substâncias ilícitas, problemas emocionais, familiares e escolares, história de abuso sexual infantojuvenil permaneceu um preditor significativo de agressão sexual, com um risco mais elevado no sexo masculino do que no sexo feminino (Borowsky et al., 1997).

Mais recentemente, Papalia, Ogloff, Cutajar e Mullen (2018) conduziram um estudo longitudinal tendo acompanhado desde os 13 anos de idade até ao meio da idade adulta (44 anos) uma amostra australiana de 2759 casos oficiais documentados de abuso sexual infantojuvenil e uma amostra de 2677 participantes da comunidade como grupo de controlo. Desta investigação emergiram um conjunto de conclusões: 1) vítimas de abuso sexual infantojuvenil eram mais propensas do que o grupo de controlo a envolverem-se em todos os tipos de comportamentos criminosos, incluindo crimes violentos e sexuais; 2) o sexo dos menores moderou a relação entre abuso sexual infantojuvenil e subsequentes condenações, com associações mais fortes entre mulheres e crimes generalizados e violentos, e entre homens e ofensas sexuais; e 3) as características da ocorrência da vitimização sexual (e.g., relação com perpetrador) foram associados a uma maior probabilidade de condenações criminais posteriores.

3. Impacto das Características do Abuso Sexual Infantojuvenil na Saúde Mental e Comportamento Desviante

Apesar de muito pouco estudado, alguns autores defendem que, para realmente compreender o impacto do abuso sexual infantojuvenil na vítima, é necessário ter em conta as características específicas de ocorrência desse mesmo abuso, uma vez que estas irão influenciar o modo como a criança ou o jovem interioriza esta experiência e, por conseguinte, lida com o sucedido (Browne & Finkelhor, 1986; Estes & Todwell, 2002).

O primeiro fator a ter em conta é o sexo da vítima, sendo que existem poucos estudos a demonstrar diferenças consistentes entre as reações sintomatológicas de indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino. Tal deve-se ao facto de que as amostras destas mesmas investigações são compostas inteiramente por raparigas ou por rapazes, ou quando mistas, o escasso número de participantes do sexo masculino não permite uma comparação fina sobre diferenças de sexo. Não obstante, os resultados destes estudos demonstram que os rapazes são mais suscetíveis de demonstrar sintomas de externalização e as raparigas são mais propensas a exhibir sintomas de internalização (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Na meta-análise realizada por Rind e Tromovitch (1997), a expressão de sintomas psicopatológicos associados ao abuso sexual mostrou ser maior nas raparigas (Rind & Tromovitch, 1997). Estes resultados poderão estar também relacionados com o facto de que as raparigas têm maior probabilidade de sofrer abuso intrafamiliar, que tem sido associado a efeitos mais severos para a saúde mental (Finkelhor et al., 1990).

No que respeita ao impacto do abuso sexual infantojuvenil nos subsequentes comportamentos desviantes em função do sexo da vítima, Swanston e colaboradores (2003), no seu estudo longitudinal, analisaram 38 crianças abusadas sexualmente e concluíram que a associação entre abuso sexual infantojuvenil e comportamento criminoso não foi influenciada pelo sexo do menor. No entanto, torna-se importante salientar que somente 10 participantes do sexo masculino foram incluídos no estudo. Outras investigações, principalmente com desenhos retrospectivos, depararam-se com resultados conflitantes quanto ao papel do sexo da vítima, sendo que alguns estudos sugerem que a relação entre abuso sexual infantojuvenil e criminalidade é mais forte nos rapazes do que nas raparigas, especialmente nos crimes sexuais (e.g., Krahe & Berger, 2017; Misheva, Webbink & Martin, 2017), enquanto outros sugerem que este tipo de abuso desempenha um papel mais crítico no desenvolvimento do comportamento violento e criminoso nas raparigas (e.g., Foy, Ritchie & Conway, 2012; Trabold, Swogger, Walsh & Cerulli, 2015).

O estudo da influência do sexo do menor na sintomatologia psicopatológica e comportamentos delinquentes é deveras relevante, uma vez que compreender se o abuso sexual infantojuvenil afeta diferencialmente sujeitos do sexo masculino e sujeitos do sexo feminino apresenta implicações clínicas na avaliação e intervenção com cada população específica (Trabold et al., 2015).

O estudo de Zivney, Nash e Hulsey (1988) foi o primeiro a explorar uma ligação entre a idade de início do abuso sexual infantojuvenil e indicadores de saúde mental da vítima, concluindo que os menores com idades precoces de início do abuso sexual são mais

propensos a manifestar sintomas psicopatológicos. Em contraste, estudos mais recentes demonstraram que, enquanto abusos sexuais limitados à infância têm sido mais especificamente associados com sintomas internalizantes mais tarde no curso da vida, o abuso que se iniciou ou se estendeu até à adolescência tem demonstrado um efeito mais forte e penetrante na adaptação psicológica e comportamental das vítimas, incluindo um maior risco para problemas de externalização (Hurren, Stewart & Dennison, 2017; Ogloff et al., 2012).

Enquanto que a revisão conduzida por Kendall-Tackett e colaboradores (1993) sugere que as investigações sobre a idade de início do abuso sexual infantojuvenil são escassas e inconclusivas, o estudo longitudinal de Papalia e colaboradores (2018) sugere que a probabilidade de condenação criminal é substancialmente superior em vítimas em que o abuso sexual ocorreu entre os 12 e os 16 anos, em comparação com vítimas abusadas sexualmente antes dos 12 anos de idade, independentemente do sexo. No entanto os poucos estudos existentes exploram estas associações recorrendo a dados oficiais, não existindo informação mais aprofundada no que se refere à cifra negra do abuso sexual.

Kendall-Tackett e colaboradores (1993) também sugeriram que abusos sexuais aquando da infância/adolescência, que continham alguma forma de penetração eram mais prováveis de produzir sintomatologia psicopatológica nas vítimas do que abusos sem penetração. Em congruência, Paolucci e colaboradores (2001) concluíram no seu estudo que vítimas em que o abuso sexual infantojuvenil incluiu algum tipo de penetração apresentavam um maior número de sintomas de depressão e mais tentativas de suicídio. Em contraposição, e relativamente à expressão de sintomas de externalização, na investigação de Papalia e colaboradores (2018) a presença/ausência de penetração (oral, vaginal ou anal) durante o abuso sexual infantojuvenil não foi um fator de risco específico para o comportamento desviante das vítimas.

Segundo Finkelhor e colaboradores (1990), o abuso sexual intrafamiliar tem o seu efeito mais severo na saúde mental. Nesta linha, Wolfe, Sas e Wekerle (1994), através de uma amostra de 90 participantes vítimas de abuso sexual infantojuvenil observaram que os menores que foram abusados por um progenitor, padrasto ou membro da família apresentaram mais sintomas de *stress* pós-traumático em comparação com as vítimas que foram abusadas sexualmente por estranhos ou colegas. Paralelamente, a revisão sistemática de Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta e Akman (1991) indicou também que uma relação mais próxima entre a vítima e o perpetrador associava-se a um efeito mais nefasto na saúde mental, uma vez que as vítimas que foram abusadas pelo pai ou padrasto eram mais propensas de apresentar sintomas de trauma e depressão. Também Hébert, Tremblay, Parent, Daignault e Piché (2006)

sugeriram que crianças abusadas sexualmente entre os 7 e os 12 anos por alguém da sua família nuclear apresentavam sintomas internalizantes e externalizantes mais significativos do que as crianças que foram sexualmente abusadas por um desconhecido ou colega. Contudo, e em contraste com supramencionado, alguns estudos não encontraram estas diferenças ao nível da saúde mental entre vítimas de abuso sexual intrafamiliar e vítimas de abuso sexual extrafamiliar (e.g., Papalia et al., 2018). Relativamente ao comportamento criminal, a investigação de Widom e Ames (1994) concluiu que crianças que foram abusadas sexualmente por parentes apresentavam uma maior percentagem de condenações pelo sistema judicial do que crianças que foram abusadas sexualmente por um desconhecido ou colega. No entanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas e tanto quanto sabemos este estudo não foi repetido, nem nunca foi realizado utilizando dados de delinquência autorreportada.

O impacto de múltiplos perpetradores também ainda não é claro. Alguns estudos correlacionaram positivamente a existência de mais do que um ofensor com os sintomas psicopatológicos das vítimas (Aebi et al., 2015; Hershkowitz, 2014; Leah, Stewart & Smallbone, 2016), bem como com comportamentos criminais violentos e não-violentos (Papalia et al., 2018). Não obstante, o número de estudos nesta área específica não retira conclusões suportadas em evidência científica sólida.

Esta panóplia de resultados demonstra a importância de uma maior investigação nesta área, uma vez que os estudos realizados são escassos e frequentemente não convergem. Apesar do supracitado, e apesar da escassez de estudos recentes nesta área, existe forte nível de evidência científica que suporta que os abusos sexuais que se iniciaram precocemente, incluíam um perpetrador próximo da vítima, alta frequência de contato sexual, longa duração, uso de força e que incluíam penetração oral, anal ou vaginal levam a um maior número de sintomatologia psicopatológica e de comportamentos delinquentes para os menores (Aebi et al., 2015; Hershkowitz, 2014; Leah, Stewart & Smallbone, 2016).

Tanto quanto sabemos, este é o primeiro estudo a analisar diferenças de sexo no que respeita ao impacto das características do abuso sexual infantojuvenil na sintomatologia psicopatológica e, relativamente ao comportamento desviante, somente o estudo longitudinal de Papalia e colaboradores (2018) investigou o impacto de certas características do abuso sexual infantojuvenil (i.e., idade de início, ocorrência de penetração, múltiplos perpetradores, relação com o perpetrador e revitimização) em indicadores de comportamento criminal, controlando o sexo das vítimas.

4. Abordagens Teóricas

Várias explicações foram desenvolvidas com o intuito de elucidar o impacto negativo e adverso do abuso sexual de menores. Entre os quadros conceituais mais estabelecidos, o modelo dos quatro fatores traumagênicos (Finkelhor & Browne, 1985) é destacado na literatura. Este modelo sugere que o abuso sexual na infância ou na adolescência altera o desenvolvimento cognitivo e emocional do menor, podendo provocar distorções no seu autoconceito e nas suas capacidades afetivas. Este modelo salienta as questões da confiança e da intimidade que são particularmente pronunciadas entre as vítimas do abuso. Deste modo, a natureza singular do abuso sexual como uma forma de maltrato infantojuvenil é destacada por quatro fatores geradores de trauma que as vítimas poderão experimentar, nomeadamente sexualização traumática, traição, impotência e estigmatização. Por conseguinte, a sexualização traumática refere-se à sexualidade das vítimas que é moldada e distorcida pelo abuso sexual. Uma criança vítima de abuso sexual pode desenvolver esquemas mal adaptativos relativos ao seu comportamento sexual e, posteriormente, aquando da idade adulta, poderá, por exemplo, interiorizar a ideia que a atividade sexual é central para a obtenção de afeto ou ternura de outros, levando-as a iniciar as suas relações sexuais precocemente e com múltiplos parceiros. A traição é caracterizada pela perda de confiança no perpetrador que quebrou a relação, bem como a perda de confiança com outros adultos que são percebidos como não tendo protegido a criança do abuso em primeiro lugar ou que não a tenham apoiado na divulgação do caso. Relativamente à impotência sentida pela vítima, esta poderá ser experimentada através de complicações na perceção do menor do seu poder, isto porque a criança é incapaz de alterar a situação, apesar de sentir a ameaça de danos e a violação do seu espaço pessoal; desta forma, a criança poderá ser incapaz de desenvolver mecanismos de autoeficácia para travar os avanços sexuais não desejados. Por último, a estigmatização representa-se pela incorporação da perceção, reforçada pelo discurso manipulador do perpetrador ou por atitudes sociais negativas dominantes em relação às vítimas, de que o menor é merecedor e responsável pelo abuso. Por exemplo, o estudo de Senn, Carey e Coury-Doniger, (2011), em linha com esta teoria, sugere que mulheres com histórico de abuso sexual infantil relatavam níveis mais elevados de sexualização traumática, impotência, sexo desprotegido e número de parceiros sexuais quando comparadas com não-vítimas.

No geral, teorias integrativas da relação entre o trauma e o comportamento antissocial sugerem que o abuso sexual pode constituir um evento traumático para o menor e levar,

posteriormente, à aquisição de condutas agressivas e imprudentes (Basto-Pereira & Maia, 2017). Os sintomas de internalização da perturbação de *stress* pós-traumático e da depressão representam-se como uma reação comum após um abuso sexual e são considerados como preditores da delinquência juvenil (Gladstone et al., 2004; Nelson et al., 2002; Widom, 1999), uma vez que a experiência de tais sintomas poderá levar a que os jovens se sintam diferentes dos outros e, deste modo, os pares/colegas sentem-se menos atraídos por estes jovens, levando, deste modo à rejeição social (Brendgen, Vitaro & Bukowski, 2000; Prinstein, Cheah & Guyer, 2005). Tal rejeição provavelmente irá reforçar a estigmatização social e relacionar-se-á com a afiliação com pares desviantes que são percebidos como mais similares com o *self* do sujeito. Segundo Feiring, Miller-Johnson e Cleland (2015), este processo particular é mais observado nas vítimas do sexo feminino.

Paralelamente, a regulação emocional é tida como um fator que desempenha um papel fundamental na previsão de consequências negativas futuras entre as vítimas de abuso sexual infantojuvenil. Quando o abuso é perspectivado pelo menor como incontrolável e imprevisível, o mesmo pode prejudicar o desenvolvimento de competências adaptativas de regulação emocional, e poderá desencadear emoções condicionadas e incondicionadas, tal como o medo e a excitação (Marx, Heidt & Gold, 2005). Deste modo, para lidar com a experiência adversa vivida, as vítimas poderão tornar-se emocionalmente ou experiencialmente evitantes, e quando esta prevenção não melhora efetivamente o sofrimento, as mesmas poderão desenvolver problemas de saúde mental relacionados com a capacidade para regular e gerir emoções, tal como sintomas de dissociação, sendo que poderão recorrer à utilização de mecanismos de *coping* mal adaptativos e externos, tal como o abuso de substâncias e comportamentos de risco (Polusny & Follette, 1995).

Neste sentido, a teoria da tensão sociopsicológica de Agnew sugere que emoções negativas sentidas pela vítima, como raiva, frustração e ressentimento, resultantes do maltrato abusivo, poderão emergir no sujeito comportamentos violentos e criminosos, uma vez que os sujeitos que vivenciaram a estigmatização do abuso sexual poderão substituir a vergonha sentida por agressividade e emoções com valência emocional negativa para o sujeito (e.g., cólera), o que poderá conduzir à implementação de comportamentos antissociais violentos (Milaniak & Windom, 2015).

A abordagem teórica do ciclo da violência de Widom, criada em 1989, baseia-se extensivamente nas teorias da aprendizagem social e postula que as crianças que foram abusadas assimilam, através da aprendizagem, que essa violência é uma maneira aceitável e efetiva para alcançar uma meta (Thornberry & Henry, 2013). Deste modo, estabelece-se um

conjunto de normas pro-violentas que aumentam a probabilidade de que crianças vítimas de abuso se envolvam em comportamentos violentos no futuro. Este quadro teórico foi também aplicado à hipótese do ‘abusador sexual sexualmente abusado’ e Felson e Lane (2009) sugerem que os menores abusados sexualmente aprendem comportamentos abusivos e as atitudes antissociais correspondentes, o que pode aumentar o risco da replicação de comportamentos sexuais abusivos posteriormente.

Embora as perspectivas da aprendizagem social forneçam *insights* sobre como comportamentos violentos e outros comportamentos criminosos podem desenvolver-se entre jovens maltratados, estas são incapazes de ilustrar especificamente a razão pela qual alguns jovens sujeitos exibem este tipo de comportamentos e outras não, bem como são insuficientes para elucidar quais os fatores que moderam expressões comportamentais particulares e distintas entre vítimas (Yancey & Hansen, 2010).

Uma abordagem mais holística sugere que, consistentemente com a noção de um ciclo de ofensas induzido pelo trauma (Greenwald, 2002), a precocidade e repetição de experiências de vitimização promovem padrões de resposta cognitivos e afetivos, incluindo a hipervigilância ao perigo, desregulação emocional, sentimentos de desesperança e desamparo, e uma tendência a mal-interpretar situações sociais como hostis. Tal, por sua vez, poderá evocar agressões e comportamento antissociais por parte do sujeito (Logan-Greene, Nurius, Hooven & Thompson, 2015). Mesmo na ausência de experiências de revitimização, as sequelas imediatas e de longo prazo relativas à saúde mental frequentemente observadas em vítimas de abuso sexual infantojuvenil (e.g., abuso de substâncias, sintomatologia psicopatológica e desregulação afetiva e comportamental) podem exacerbar a suscetibilidade das vítimas relativamente a um futuro envolvimento criminal (Fergusson, McLeod & Horwood, 2013).

A PRESENTE INVESTIGAÇÃO

Como sugerido nesta revisão de literatura, o abuso sexual de menores é uma problemática global que detém um impacto no desenvolvimento biológico, físico, psicológico e social do ser humano. Apesar de certos estudos (e.g., Koenen & Widom, 2009; Papalia et al., 2018) sugerirem que distintas experiências sexualmente abusivas aquando da infância/adolescência poderão abarcar diferentes consequências para a vítima., poucas investigações, definições e metodologias reconhecem estas experiências como distintas, analisando-as, muitas vezes, de forma equiparável, sem avaliar as características inerentes à ocorrência do abuso sexual infantojuvenil que, no entanto, poderão influenciar o modo como o sujeito assimila e lida com esta experiência adversa. Mais ainda, são raros os estudos que analisam o impacto das características específicas do abuso sexual infantojuvenil na sintomatologia psicopatológica e comportamento desviante, bem como se existem diferenças de sexo neste mesmo impacto. Deste modo, revela-se pertinente estudar se a natureza e contexto da experiência sexual abusiva na infância ou adolescência, em função do sexo da vítima, poderá levar ao desenvolvimento de distintas sintomatologias psicopatológicas e comportamentos desviantes. Assim sendo, estudar e compreender os efeitos que as características específicas do abuso sexual de menores poderão abarcar ao longo da vida da vítima permite a obtenção de ferramentas mais personalizadas e, por isso, mais eficazes, na prevenção e intervenção nesta área.

É neste sentido que a presente investigação tem como objetivos avaliar: 1) o impacto do abuso sexual infantojuvenil na sintomatologia psicopatológica e no comportamento desviante; 2) a simetria das características específicas do abuso sexual infantojuvenil (i.e., idade do menor aquando do início do abuso, presença de um ou mais perpetradores, relação com o perpetrador, ocorrência de penetração oral, vaginal ou anal, e se a atividade sexual foi forçada) em função do sexo da vítima; e 3) as repercussões dessas mesmas características específicas na sintomatologia psicopatológica e versatilidade dos comportamentos desviantes. Tanto quanto sabemos, este é o único estudo realizado em Portugal e um dos primeiros a nível mundial a analisar as prevalências das características específicas do abuso sexual infantojuvenil e as repercussões destas na saúde mental e delinquência autorreportada em função do sexo da vítima.

MÉTODO

1. Participantes

A presente investigação inclui uma amostra comunitária de 617 jovens adultos entre os 18 e os 20 anos, sendo que 36.95% ($n = 228$) são do sexo masculino e 63.05% ($n = 389$) do sexo feminino. No que concerne ao estatuto socioeconómico dos participantes, verifica-se que 33.83% ($n = 204$) aparentam deter um estatuto socioeconómico baixo, 51.58% ($n = 311$) um estatuto socioeconómico médio e 14.59% ($n = 88$) um estatuto socioeconómico alto.

Da amostra supracitada, realça-se a subamostra identificada de 76 participantes, que foram abusados sexualmente durante a infância ou adolescência, sendo que 34.21% ($n = 26$) são do sexo masculino e 65.79% ($n = 50$) do sexo feminino. No que concerne ao estatuto socioeconómico destes participantes, verifica-se que 42.47% ($n = 31$) aparentam deter um estatuto socioeconómico baixo, 38.36% ($n = 28$) um estatuto socioeconómico médio e 19.18% ($n = 14$) um estatuto socioeconómico alto. Relativamente à ocupação dos participantes, 65.79% ($n = 50$) são estudantes, 13.16% ($n = 10$) não são estudantes e exercem atividades laborais, 18.42% ($n = 14$) são trabalhadores-estudantes e, por fim, 2.63% ($n = 2$) não exercem qualquer tipo de atividade académica ou laboral.

A recolha da amostra ocorreu em diversos locais, nomeadamente universidades, escolas profissionais, bairros sociais, instituições de desporto e lazer, entre outros, situados em Portugal Continental e Regiões Autónomas. Como critérios de exclusão, foram tidos em conta um conjunto de fatores que poderiam limitar a realização do presente estudo, nomeadamente a incompreensão da língua portuguesa ou inexistência de habilitações literárias necessárias para o preenchimento do protocolo. Salienta-se o facto de que, para além da amostra descrita, 4.48% ($n = 29$) dos sujeitos que foram solicitados a participar nesta investigação, recusaram ou desistiram no momento do preenchimento dos questionários, sendo este um nível de aceitação de participação da amostra muito elevado, superior a 95%. Uma caracterização sociodemográfica mais detalhada pode ser consultada na tabela 1.

Tabela 1
Características sociodemográficas

		Amostra Total (<i>n</i> = 617)		Vítimas de Abuso Sexual Infantojuvenil (<i>n</i> = 76)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	228	36.95	26	34.21
	Feminino	389	63.05	50	65.79
Idade (Média/DP)		18.87	.82	18.88	.87
Escolaridade (Média/DP)		11.40	1.29	11.26	1.11
	Ensino Básico	65	10.53	7	9.21
	Ensino Secundário	473	76.66	61	80.26
	Ensino Superior	79	12.80	8	10.53
Financeiramente Independente		81	13.13	16	21.05
Estatuto	Baixo	204	33.83	31	42.47
Socioeconómico	Médio	311	51.58	28	38.36
	Alto	88	14.59	14	19.18
Grupo Étnico	Português de Ascendência Portuguesa	521	84.58	61	81.33
	Português de Ascendência Africana	53	8.60	10	13.33
	Comunidade Cigana Portuguesa	0	.00	0	.00
	Português de Outra Ascendência	28	4.55	2	2.67
	Imigrante	14	2.27	2	2.67
Cor de Pele	Branca	556	91.00	62	82.67
	Negra	37	6.06	7	9.33
	Outra	18	2.95	6	8.00
Ocupação	Trabalha	54	8.75	10	13.16
	Estuda	484	78.44	50	65.79
	Trabalha e Estuda	62	10.05	14	18.42
	Não Trabalha nem Estuda	17	2.76	2	2.63

2. Instrumentos

Questionário Geral sobre a Situação Social e Familiar

Este questionário foi utilizado para obter os dados sociodemográficos dos participantes, nomeadamente idade, dimensão do agregado familiar, sexo, idade, habilitações literárias, e outras informações relevantes.

Questionário de Experiências de Adversidade na Infância (Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007)

É um questionário de autorrelato com o objetivo central de avaliar a ocorrência de experiências de adversidade durante os primeiros 18 anos de vida através de três dimensões gerais: abuso, negligência e disfunção familiar (Felitti et al., 1998; Silva & Maia, 2008). Engloba, neste sentido, 10 categorias de experiências adversas: abuso emocional (três itens), o físico (quatro itens) e sexual (quatro itens), exposição a violência doméstica (quatro itens), abuso de substâncias no ambiente familiar (dois itens), divórcio ou separação parental (um item), encarceramento no meio de justiça de um membro da família (um item), doença mental ou suicídio (três itens), negligência física (cinco itens) e emocional (três itens) (Pinto, Correia & Maia, 2014; Silva & Maia, 2008).

As experiências de abuso, negligência e exposição a violência doméstica são avaliadas de acordo com a sua frequência através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (Pinto et al., 2014; Silva & Maia, 2008), sendo que as opções de resposta variam entre “*Nunca*” e “*Muitíssimas Vezes*”. As restantes experiências são avaliadas de acordo com uma escala dicotómica de “*Sim*” ou “*Não*” (Pinto et al., 2014; Silva & Maia, 2008).

Como mencionado anteriormente, o abuso sexual infantojuvenil é avaliado tendo em conta quatro itens do questionário, sendo que os participantes deverão responder se durante os primeiros 18 anos da sua vida vivenciaram experiências sexuais com um adulto pelo menos cinco anos mais velho, experiências estas que estão discriminadas como “*Tocou ou acariciou o seu corpo de uma forma sexualizada?*”, “*Tocou o corpo delas (dessas pessoas) de forma sexualizada?*”, “*Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo?*” e “*Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo?*”. Para cada um dos itens, o sujeito deverá responder tendo em conta uma escala dicotómica com opções de resposta “*Sim*” e “*Não*” e, caso o participante responda afirmativamente, deverá ainda indicar a idade de início e término do abuso, se a experiência sexual em causa ocorreu contra o seu desejo, quantas vezes aconteceu, quantas pessoas diferentes o fizeram e qual o sexo

da(s) pessoas(s) que o fez. Para a pertinência do presente estudo, foi acrescentada uma questão adicional do Questionário da História de Adversidade na Infância na categoria do abuso sexual, que solicita ao sujeito que identifique se as eventuais práticas sexuais abusivas aconteceram com alguém que “*Não vivia comigo nem era da minha família*”, “*Vivia na mesma casa mas não era meu familiar*”, “*Um familiar que vivia na mesma casa que eu*” ou “*Um familiar que não vivia na mesma casa que eu*”.

De acordo com a versão original e os estudos de adaptação para a população portuguesa, o instrumento detém adequadas propriedades psicométricas (Felitti & Anda, 1998; Silva & Maia, 2007). Mais informações sobre a versão portuguesa do Questionário de história na Infância poderão ser consultadas em Pinto e colaboradores (2014).

Escala Versatilidade do Comportamento Desviante (Sanches, Gouveia-Pereira, Marôco, Gomes & Roncon, 2016)

Escala variada de autorrelato que apresenta como principal intuito avaliar o envolvimento dos adolescentes em comportamentos desviantes (Sanches, Gouveia-Pereira, Marôco, Gomes & Roncon, 2016). É composta por 19 itens, sendo que cada item corresponde a um comportamento desviante, incluindo como opção de resposta uma escala nominal dicotômica, de “*Sim*” versus “*Não*” (Sanches et al., 2016). Foi acrescentada uma questão adicional que solicita ao sujeito que identifique quantos dos comportamentos enumerados na escala foram realizados ao longo da vida. O instrumento apresenta capacidades psicométricas apropriadas (Sanches et al., 2016), e demonstrou uma consistência interna considerada apropriada ($\alpha = .79$).

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) (Lovibond & Lovibond, 1995; Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

O presente instrumento de autorrelato pretende, através de um total de 21 itens, medir e discriminar os sintomas associados à Ansiedade, Depressão e *Stress* em indivíduos com idade superior a 17 anos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Deste modo, organiza-se em três escalas: Depressão (sete itens), que avalia as dimensões Disforia, Desânimo, Desvalorização da Vida, Auto Depreciação, Falta de Interesse ou Envolvimento, Anedonia e Inércia; Ansiedade (sete itens), que avalia as dimensões Excitação do Sistema Autónomo, Efeitos Músculo-Esqueléticos, Ansiedade Situacional e Experiências Subjetivas de Ansiedade; e *Stress* (sete itens), que avalia as dimensões Dificuldade em Relaxar, Excitação Nervosa, Facilmente Agitado/Chateado, Irritável/Reação Exagerada e Impaciência (Pais-

Ribeiro et al., 2004). Por conseguinte, cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas com valência emocional negativa para o sujeito e, para cada afirmação, subsistem quatro opções de resposta, organizadas numa escala de *Likert*, relativas à frequência ou à gravidade dos sintomas, que variam entre “0 – não se aplicou nada a mim” e “3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Neste âmbito, pontuações mais elevadas obtidas transcrevem-se em estados afetivos com valência emocional mais negativa (Pais-Ribeiro et al., 2004).

O instrumento apresenta capacidades psicométricas apropriadas, tanto na população portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004) como no estudo original (Lovibond & Lovibond, 1995). No presente estudo, a subescalas *Stress*, *Ansiedade* e *Depressão* demonstraram bons valores de consistência interna ($\alpha = .86$, $\alpha = .83$ e $\alpha = .89$, respetivamente), sendo que a escala total apresentou um excelente nível de consistência interna ($\alpha = .94$).

3. Procedimentos

O presente estudo assenta no projeto de investigação “*Estudo Internacional sobre comportamentos pro(anti)sociais no início da idade adulta*” (SOCIALDEVIANCE1820), que tem como principal objetivo explorar fatores relacionados com o ajustamento psicossocial e comportamento pro/antissocial no início da idade adulta. Após a exposição do projeto de investigação à Comissão de Ética do ISPA – Instituto Universitário, o mesmo obteve um parecer favorável, tornando assim possível a realização desta investigação.

Primeiramente, procedeu-se à recolha de dados, que ocorreu de forma presencial em grupo ou em contexto de sala de aula. Os objetivos da investigação foram explicados aos participantes, salientando-se o facto de que o preenchimento do protocolo ser voluntário e a confidencialidade da informação era garantida, podendo os mesmos participar ou desistir a qualquer momento. Em média, os participantes demoraram cerca de 25 minutos para responder a todos os itens do protocolo.

A análise dos dados realizou-se através do programa de análise estatística IBM SPSS 25 (Chigado IL, USA). No que se refere aos procedimentos estatísticos, foram utilizadas correlações de *Pearson*, para as variáveis quantitativas, e correlações ponto-bisserial, para variáveis quantitativas e dicotómicas, por forma a testar a associação entre o abuso sexual infantojuvenil e indicadores de sintomatologia psicopatológica e comportamentos desviantes. De seguida, foi efetuada uma regressão linear múltipla para analisar a capacidade preditiva do abuso sexual infantojuvenil nos indicadores supramencionados. Posteriormente, foram

selecionados os participantes vítimas de abuso sexual infantojuvenil ($n = 76$) e estudada a simetria das características do abuso sexual infantojuvenil (i.e., idade do menor aquando do início do abuso, presença de um ou mais perpetradores, relação com o perpetrador, presença de penetração oral, vaginal ou anal e se a atividade sexual foi contra a vontade do menor) em função do sexo dos participantes, através da análise de razão de probabilidades (*odds-ratios*). Por fim, e com a mesma subamostra anteriormente referida, foram realizadas foram utilizadas correlações de *Pearson*, para as variáveis quantitativas, e correlações ponto-bisserial, para variáveis quantitativas e dicotómicas, de modo a testar a associação entre as mesmas características do abuso sexual infantojuvenil e indicadores de sintomatologia psicopatológica e comportamentos desviantes, separadamente para participantes do sexo masculino e participantes do sexo feminino.

RESULTADOS

Os resultados encontram-se organizados em quatro secções. Primeiramente, é apresentado uma análise correlacional, por forma a testar a associação entre abuso sexual infantojuvenil, sintomatologia psicopatológica e comportamentos desviantes. A segunda secção diz respeito aos resultados relativos às regressões lineares realizadas considerando como fator de risco o abuso sexual infantojuvenil, determinando-se, por conseguinte, o poder preditivo do abuso sexual infantojuvenil na sintomatologia psicopatológica e comportamentos desviantes. Em terceiro lugar, analisa-se a prevalência e simetria das características do abuso sexual infantojuvenil em função do sexo dos participantes. Na última secção, é analisada a relação entre as características específicas do abuso sexual infantojuvenil nos comportamentos desviantes e problemas de saúde mental nos rapazes e raparigas vítimas de abuso sexual infantojuvenil.

1. Correlações entre Abuso Sexual Infantojuvenil, Sintomatologia Psicopatológica e Comportamentos Desviantes

Para a amostra total dos participantes, foi efetuada uma análise correlacional bivariável entre o abuso sexual infantojuvenil, comportamentos desviantes e problemas de saúde mental. Como é possível observar na tabela 2, a ocorrência de abuso sexual infantojuvenil demonstrou correlações positivas e estatisticamente significativas com a delinquência autorreportada nos últimos 12 meses ($r = .15, p < .01$), delinquência autorreportada ao longo da vida ($r = .17, p < .01$) e com a saúde mental, nomeadamente para as dimensões de *stress* ($r = .14, p < .01$), ansiedade ($r = .14, p < .01$) e depressão ($r = .20, p < .01$) no início da idade adulta.

Tabela 2

Correlação entre abuso sexual infantojuvenil, comportamentos desviantes e sintomatologia psicopatológica

	<i>n</i>	%	Delinquência Autorreportada nos Últimos 12 Meses	Delinquência Autorreportada ao Longo da Vida	Stress	Ansiedade	Depressão
Sexo (0 = Masculino; 1 = Feminino)	389	63.05	-.25**	-.21**	.20**	.12**	.09*
Idade (Média/DP)	18.87	.82	.08	.14**	-.01	-.07	-.09*
Estatuto Socioeconómico Baixo	204	33.83	-.07	-.10*	-.04	.01	.04
Minoria Étnica	104	17.02	.07	.05	.08	.11**	.17**
Abuso Sexual Infantojuvenil	76	12.50	.15**	.17**	.14**	.14**	.20**
Delinquência Autorreportada nos Últimos 12 Meses (Média/DP)	.20	.15		.79**	.12**	.18**	.20**
Delinquência Autorreportada ao Longo da Vida (Média/DP)	4.69	3.80			.13**	.13**	.16**
Stress (Média/DP)	1.02	.72				.78**	.73**
Ansiedade (Média/DP)	.68	.63					.70**
Depressão (Média/DP)	.74	.71					

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$

2. Impacto do Abuso Sexual Infantojuvenil na Sintomatologia Psicopatológica e Comportamentos Desviantes

Dimensões que teoricamente podem ser consideradas variáveis dependentes do abuso sexual infantojuvenil e com correlações significativas na análise bivariada, foram testadas como *outcomes* em modelos de regressão linear multivariada, sendo que foram consideradas as dimensões de sintomatologia psicopatológica (i.e., ansiedade, *stress* e depressão) e de comportamentos desviantes (i.e., delinquência autorreportada nos últimos 12 meses e delinquência autorreportada ao longo da vida) como variáveis dependentes. Através da consulta da tabela 3 é possível verificar que, após terem sido ajustados os preditores sexo, idade, estatuto socioeconómico e minoria étnica, o abuso sexual infantojuvenil foi um preditor estatisticamente significativo e positivo para a delinquência autorreportada nos últimos 12 meses ($\beta = .16, p < .01$), sendo que o modelo explicou 9.8% da variância ($F(5,542) = 11.72, p < .01$), e também para a delinquência autorreportada ao longo da vida ($\beta = .17, p < .01$), tendo explicado 9.4% da variância ($F(5,549) = 11.42, p < .01$). No que concerne à sintomatologia psicopatológica, é possível verificar através da tabela 4 que a dimensão *stress* ($\beta = .15, p < .01$), ansiedade ($\beta = .14, p < .01$) e depressão ($\beta = .21, p < .01$) foram previstas positivamente pelo abuso sexual infantojuvenil, sendo que os modelos de predição foram, sucessivamente, de 7.4% ($F(5,567) = 9.07, p < .01$), 5.7% ($F(5,567) = 6.91, p < .01$) e 8.8% ($F(5,573) = 11.07, p < .01$). Uma análise gráfica dos resultados supracitados pode ser consultada na figura 1 e figura 2.

Tabela 3

Regressão linear múltipla para predição do comportamento desviante

		Delinquência Autorreportada Últimos 12 Meses				Delinquência Autorreportada ao Longo da Vida			
		B	Erro Padrão	β	<i>p</i>	B	Erro Padrão	β	<i>p</i>
Modelo 1	Sexo (0 = Masculino; 1 = Feminino)	-.47	.09	-.23	.00	-.37	.08	-.19	.00
	Idade	.07	.05	.06	.17	.13	.05	.11	.01
	Estatuto Socioeconómico (0 = Baixo; 1 = Médio; 2 = Alto)	.10	.06	.07	.09	.11	.06	.08	.04
	Minoria Étnica (0 = Não; 1 = Sim)	.23	.11	.08	.04	.15	.10	.06	.14
	R ²	.07				.07			
Modelo 2	Sexo (0 = Masculino; 1 = Feminino)	-.47	.08	-.23	.00	-.37	.08	-.19	.00
	Idade	.07	.05	.06	.15	.13	.05	.12	.01
	Estatuto Socioeconómico (0 = Baixo; 1 = Médio; 2 = Alto)	.12	.06	.08	.06	.12	.06	.09	.03
	Minoria Étnica (0 = Não; 1 = Sim)	.21	.11	.08	.06	.13	.10	.05	.20
	Abuso Sexual Infantojuvenil	.49	.13	.16	.00	.48	.11	.17	.00
	R ²	.10				.09			

Tabela 4

Regressão linear múltipla para predição da sintomatologia psicopatológica

		Stress				Ansiedade				Depressão			
		B	Erro Padrão	β	<i>p</i>	B	Erro Padrão	β	<i>p</i>	B	Erro Padrão	β	<i>p</i>
Modelo 1	Sexo (0 = Masculino; 1= Feminino)	.43	.09	.21	.00	.27	.09	.13	.00	.17	.09	.08	.05
	Idade	-.02	.05	-.02	.67	-.10	.05	-.08	.05	-.12	.05	-.10	.02
	Estatuto Socioeconómico (0 = Baixo; 1 = Médio; 2 = Alto)	.09	.06	.06	.14	.04	.06	.03	.49	-.00	.06	-.00	.96
	Minoria Étnica (0 = Não; 1 = Sim)	.22	.11	.08	.04	.32	.11	.12	.00	.48	.11	.17	.00
	R ²	.23				.20				.22			
Modelo 2	Sexo (0 = Masculino; 1= Feminino)	.43	.08	.21	.00	.26	.09	.13	.00	.16	.08	.08	.05
	Idade	-.02	.05	-.02	.66	-.10	.05	-.08	.05	-.12	.05	-.10	.02
	Estatuto Socioeconómico (0 = Baixo; 1 = Médio; 2 = Alto)	.09	.06	.06	.13	.05	.06	.03	.44	.00	.06	.00	.97
	Minoria Étnica (0 = Não; 1 = Sim)	.21	.11	.08	.06	.29	.11	.11	.01	.44	.11	.16	.00
	Abuso Sexual Infantojuvenil	.45	.12	.15	.00	.43	.13	.14	.00	.63	.12	.21	.00
	R ²	.27				.24				.30			

Figura 1

Abuso sexual infantojuvenil e comportamentos desviantes

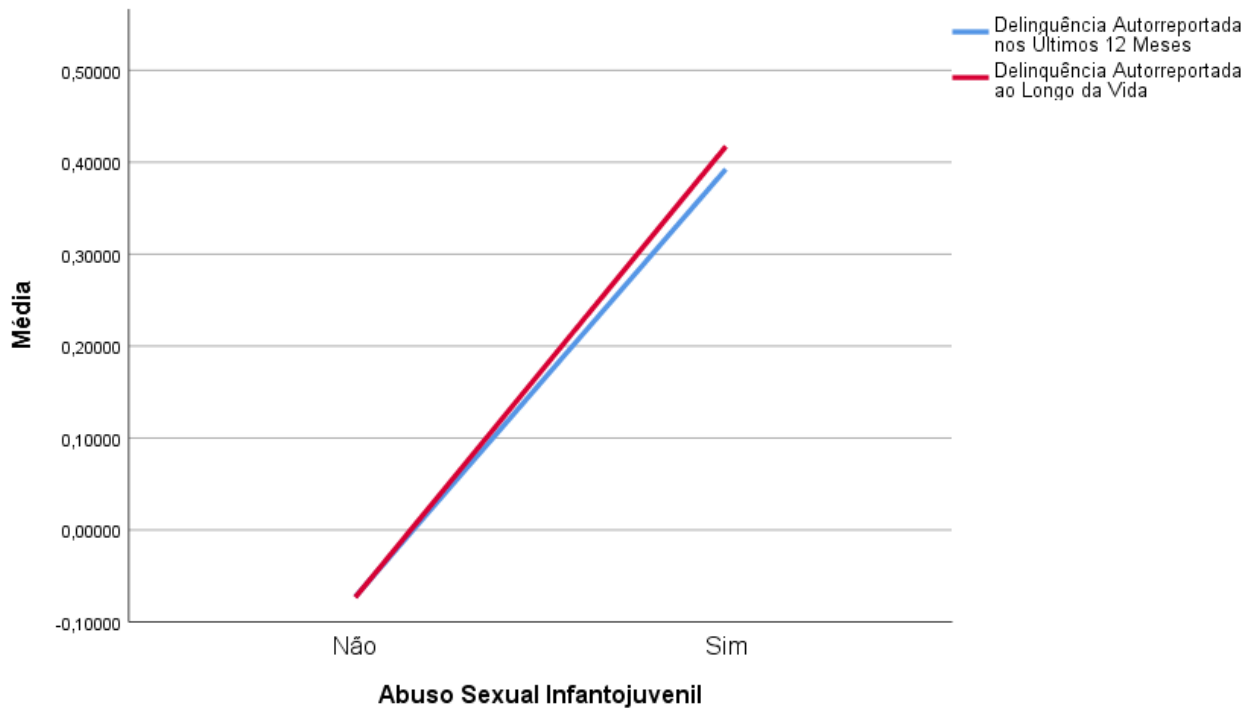
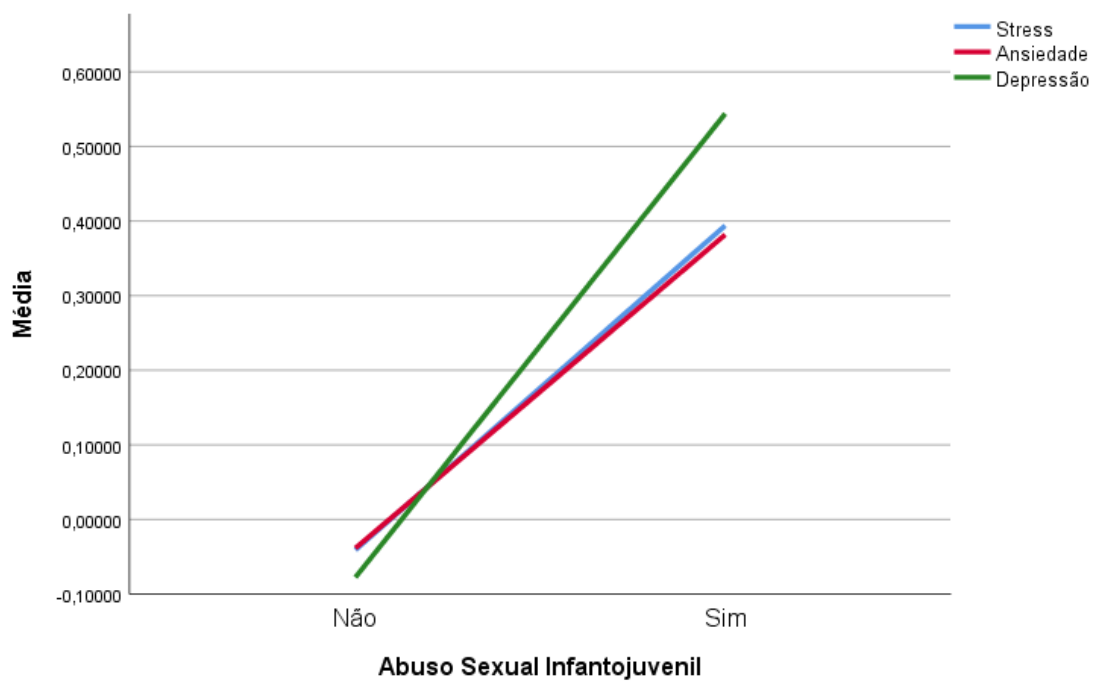


Figura 2

Abuso sexual infantojuvenil e sintomatologia psicopatológica



3. Simetria das Características do Abuso Sexual Infantojuvenil

Para a subamostra de participantes com história de abuso sexual infantojuvenil, foram analisadas a razão de probabilidades (*odds-ratios*) e respectivos intervalos de confiança, por forma a analisar a existência de simetria na prevalência de uma determinada característica específica do abuso sexual infantojuvenil (i.e., a presença de distintos perpetradores, a relação com o perpetrador, a ocorrência de penetração oral, vaginal ou anal, se o ato sexual foi forçado ou a idade de início do abuso sexual) entre jovens adultos do sexo feminino e masculino. A tabela 5 indica que os participantes do sexo feminino têm cerca de 74% menos probabilidade de que exista mais do que um perpetrador ($OR = .26$, I. C. 95% [.08; .81]) e têm cerca de 70% menos probabilidade de ocorrer penetração oral, vaginal ou anal ($OR = .30$, I. C. 95% [.11; .81]) quando comparados com os participantes do sexo masculino. Em contraste, os participantes do sexo feminino apresentam cerca de quatro vezes mais probabilidade de o ato sexual ser forçado ($OR = 3.94$, I. C. 95% [1.40; 11.10]) em comparação com os participantes do sexo masculino. Nas restantes dimensões não foram encontrados resultados estatisticamente significativos relativos à existência de simetria entre jovens adultos do sexo feminino e masculino.

Tabela 5

Simetria das características do abuso sexual infantojuvenil

		Sexo Masculino = 0		Sexo Feminino = 1		OR	I. C. de 95%	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		Inferior	Superior
Perpetradores	Um	10	50.00	35	79.55	.26	.08	.81
	Mais do que um	10	50.00	9	20.45			
Relação com Perpetrador	Não Familiar	24	88.89	33	73.33	2.91	.74	11.45
	Familiar	3	11.11	12	26.67			
Ocorrência de Penetração Oral, Vaginal ou Anal	Não	8	30.77	30	60.00	.30	.11	.81
	Sim	18	69.23	20	40.00			
Forçado	Não	19	73.08	20	40.00	3.94	1.40	11.10
	Sim	7	26.92	29	59.18			
Idade de Início do Abuso Sexual	Adolescência	17	65.38	36	72.00	.74	.27	2.03
	Infância	9	34.62	14	28.00			

Nota: OR – Odds Ratios; I. C. – Intervalo de confiança

4. Relação entre Características do Abuso Sexual Infantojuvenil, Sintomatologia Psicopatológica e Comportamentos Desviantes

Para a subamostra de participantes com história de abuso sexual infantojuvenil, foi efetuada uma correlação ponto bisserial entre as características específicas do abuso sexual infantojuvenil (i.e., a presença de distintos perpetradores, a relação com o perpetrador, a ocorrência de penetração oral, vaginal ou anal, se o ato sexual foi forçado e a idade de início do abuso sexual) e os comportamentos desviantes e os problemas de saúde mental, em função do sexo dos participantes. Relativamente ao sexo masculino (ver tabela 6), a ocorrência de penetração oral, vaginal ou anal demonstrou uma correlação positiva e moderada com a delinquência autorreportada ao longo da vida ($r = .42, p < .05$) e o início do abuso sexual na infância apresentou uma correlação positiva e moderada com o *stress* ($r = .46, p < .05$). No que respeita ao sexo feminino (ver tabela 7), verifica-se a existência de uma correlação positiva fraca entre a relação com o perpetrador (1 = intrafamiliar) e sintomas de ansiedade ($r = .33, p < .05$) no início da idade adulta, e de uma correlação negativa fraca entre o início do abuso sexual na infância (*versus* adolescência) e a delinquência autorreportada nos últimos 12 meses ($r = - .34, p < .05$). Nas restantes dimensões não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Tabela 6

Correlação entre características do abuso sexual, comportamentos desviantes e sintomatologia psicopatológica no sexo masculino

	<i>n</i>	%	Delinquência Autorreportada nos Últimos 12 Meses	Delinquência Autorreportada ao Longo da Vida	Stress	Ansiedade	Depressão
Idade (Média/DP)	19.19	.85	-.14	.16	-.11	-.35	-.23
Estatuto Socioeconómico Baixo	11	44.00	.10	-.03	.01	-.03	.03
Minoria Étnica	6	23.08	.34	-.10	.31	.36	.20
Perpetradores Distintos (0 = Um; 1 = Mais do que um)	10	50.00	.12	-.35	-.22	.01	-.12
Relação com Perpetrador (0 = Não Familiar; 1 = Familiar)	3	11.11	.03	-.01	.30	-.01	.08
Penetração Oral, Vaginal ou Anal	18	69.23	.29	.42*	-.01	-.08	.05
Forçado	7	26.92	.02	.24	.10	-.11	.05
Idade de Início (0 = Adolescência; 1 = Infância)	9	34.62	.05	.24	.46*	.30	.49*
Delinquência Autorreportada nos Últimos 12 Meses (Média/DP)	.34	.17		.58**	.34	.10	.15
Delinquência Autorreportada ao Longo da Vida (Média/DP)	7.76	5.62			.14	-.25	.04
Stress (Média/DP)	1.06	.75				.78**	.76**
Ansiedade (Média/DP)	.77	.66					.76**
Depressão (Média/DP)	.80	.68					

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$

Tabela 7

Correlação entre características do abuso sexual, comportamentos desviantes e sintomatologia psicopatológica no sexo feminino

	<i>n</i>	%	Delinquência Autorreportada nos Últimos 12 Meses	Delinquência Autorreportada ao Longo da Vida	Stress	Ansiedade	Depressão
Idade (Média/DP)	18.71	.84	-.11	.12	-.09	-.15	-.15
Estatuto Socioeconómico Baixo	20	41.67	-.02	.11	.23	.19	.22
Minoria Étnica	11	22.00	-.01	-.11	.20	.12	.08
Perpetradores Distintos (0 = Um; 1 = Mais do que um)	9	20.45	.25	.03	-.13	-.03	.08
Relação com Perpetrador (0 = Não Familiar; 1 = Familiar)	12	26.67	-.07	-.01	.26	.33*	.22
Penetração Oral, Vaginal ou Anal Forçado	20	40.00	.16	.03	.04	.02	.09
Idade de Início (0 = Adolescência; 1 = Infância)	29	59.18	-.27	-.12	.22	.28	.22
Idade de Início (0 = Adolescência; 1 = Infância)	14	28.00	-.34*	-.04	.07	.19	.00
Delinquência Autorreportada nos Últimos 12 Meses (Média/DP)	.22	.14		.69**	.29	.28	.22
Delinquência Autorreportada ao Longo da Vida (Média/DP)	5.60	3.83			.22	.16	.06
Stress (Média/DP)	1.42	.77				.87**	.75**
Ansiedade (Média/DP)	.99	.78					.68**
Depressão (Média/DP)	1.31	.81					

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$

DISCUSSÃO

A presente investigação teve como objetivos avaliar: 1) o impacto do abuso sexual infantojuvenil na sintomatologia psicopatológica e no comportamento desviante; 2) a simetria das características específicas do abuso sexual infantojuvenil em função do sexo da vítima; e 3) as repercussões dessas mesmas características específicas na sintomatologia psicopatológica e versatilidade dos comportamentos desviantes. Apesar de se encontrarem documentados os efeitos nefastos do abuso sexual infantojuvenil, são raros os estudos que exploram a assimetria das características específicas deste tipo de abuso em função do sexo da vítima ou que analisam o impacto de diferentes tipos de experiências de abuso sexual infantojuvenil na saúde mental e comportamento antissocial. Este estudo utilizou uma amostra comunitária de jovens adultos entre os 18 e os 20 anos, sendo esta uma vantagem, uma vez que, segundo Stolzenberg e D'Alessio (2008), é durante este período de vida que os comportamentos delinquentes atingem o seu potencial máximo.

1. Impacto do Abuso Sexual Infantojuvenil na Saúde Mental e Comportamento Desviante

No que se refere ao primeiro objetivo, o abuso sexual na infância ou adolescência é um fator de risco para sintomas de *stress*, ansiedade e depressão, bem como para a versatilidade do comportamento desviante no início da idade adulta.

Relativamente à saúde mental, estes resultados são congruentes com os estudos de Spataro, Mullen, Burgess, Wells e Moss (2004) e Afifi e colaboradores (2014) que sugerem que a presença de sintomas de ansiedade, *stress* e depressão são proeminentes em adultos que experienciaram abuso sexual infantojuvenil, sendo assim possível hipotetizar que, tal como demonstrado na literatura, esta população específica detém uma maior probabilidade de desenvolver perturbações de humor, ansiedade e *stress* (Collin-Vézina & Hébert, 2005; Pollio et al., 2011; Spataro et al., 2004). Este estudo sugere, por conseguinte, um vínculo associativo entre o abuso sexual infantojuvenil e indicadores de psicopatologia ao longo da vida.

No que respeita à versatilidade do comportamento desviante, os resultados da presente investigação suportam os estudos empíricos de Herrera e McCloskey (2003), Chen e colaboradores (2010) e a meta-análise de Braga e colaboradores (2017), que consistentemente sugerem que vítimas de um abuso sexual infantojuvenil são mais propensas a desenvolver dificuldades a nível psicossocial e comportamental, verificando-se que este tipo de maltrato detém um impacto significativo no comportamento desviante ao longo da vida, estando assim

presente um risco significativamente maior de comportamentos de externalização relacionados com a agressão.

A presente investigação pode ser explicada à luz de múltiplas abordagens. Neste âmbito, e tendo em conta as teorias específicas do trauma, verifica-se que o abuso sexual infantojuvenil poderá constituir-se como um evento traumático, sendo que os indivíduos apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomas relacionados com a ansiedade, *stress* e depressão (Gladstone et al., 2004; Nelson et al., 2002; Widom, 1999). Tais sintomas, por conseguinte, poderão levar a que os sujeitos se sintam diferentes, sendo que os pares/colegas irão sentir-se menos atraídos por estes jovens, levando, assim, à rejeição social (Brendgen et al., 2000; Prinstein et al., 2005), que reforçará a estigmatização social, e que, porventura, levará a que estes sujeitos relacionem-se com pares desviantes, uma vez que estes mesmos são percebidos como mais similares com o *self* do sujeito (Basto-Pereira & Maia, 2017).

Os resultados obtidos poderão também ser analisados através das teorias centradas na importância da regulação emocional, uma vez que estes sugerem que a ocorrência de um abuso sexual infantojuvenil poderá prejudicar o desenvolvimento de competências adaptativas de regulação emocional, levando assim ao desenvolvimento de problemas de saúde mental relacionados com a capacidade para regular e gerir emoções, e ao desenvolvimento de comportamentos de risco como mecanismos de *coping* mal adaptativos. Desta forma, os jovens recorrem a estratégias disruptivas, como é o caso da implementação de comportamentos desviantes, como forma de externalizar emoções com valência emocional negativa, tais como raiva, frustração e ressentimento, que estão relacionadas com o estado negativo da vergonha e estigmatização social, tal como sugerido na teoria da tensão sociopsicológica.

Tendo em conta a abordagem teórica do ‘ciclo de violência’, é possível hipotetizar que menores vítimas de abuso sexual, devido à interação ocorrida com o perpetrador, poderão adquirir comportamentos desviantes sexuais, uma vez que os jovens irão observar o comportamento do perpetrador, poderão reproduzi-lo e obter um *feedback* positivo, levando assim à construção de esquemas mentais de autoeficácia responsáveis pela manutenção destes comportamentos antissociais. Tendo em conta esta teoria, vários estudos sugerem que é mais provável um histórico de abuso sexual infantojuvenil em perpetradores sexuais do que em perpetradores não-sexuais (Jespersen et al., 2009; Seto & Lalumière, 2010).

Em suma, as várias abordagens psicológicas, biológicas e sociais, em linha com os nossos resultados, sugerem que o abuso sexual infantojuvenil é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de problemas de saúde mental e comportamentos desviantes.

2. Simetria das Características do Abuso Sexual Infantojuvenil

Um segundo objetivo deste estudo foca-se nas diferenças de sexo relativas à prevalência das características do abuso sexual infantojuvenil, nomeadamente idade do menor aquando do início do abuso, presença de um ou mais perpetradores, relação com o perpetrador, presença de penetração oral, vaginal ou anal, e se a atividade sexual foi forçada. Por conseguinte, da amostra total de participantes, verificou-se que 12.32% foram vítimas de abuso sexual infantojuvenil, sendo este valor próximo do encontrado no *ACE Study*.

Para esta população específica, a análise realizada sugere que crianças ou adolescentes do sexo masculino, vítimas de abuso sexual infantojuvenil, têm maior probabilidade de ocorrência de penetração oral, vaginal ou anal e de serem abusados por mais do que um perpetrador quando comparados com a história de abuso sexual de jovens adultas do sexo feminino. Por contraste, as raparigas com história de abuso sexual apresentam cerca de quatro vezes mais probabilidade de o ato sexual ser forçado quando comparadas com rapazes com história de abuso sexual.

Relativamente a esta última característica, a presente investigação é congruente com a revisão sistemática de Barth e colaboradores (2012), que sugere que as raparigas apresentam uma maior probabilidade de que o ato sexual seja forçado quando comparadas com os rapazes. No entanto, segundo a literatura, esta dissemelhança poderá dever-se ao facto de que as definições existentes de abuso sexual infantojuvenil não abarcam adequadamente o abuso sexual do sexo masculino (Pereda et al., 2009), ou porque os rapazes apresentam uma maior relutância em denunciar o abuso, com medo de serem rotulados como fracos ou serem sinalizados como homossexuais (Goldman & Padayachi, 2000; O'Leary & Barber, 2008).

Apesar de Finkelhor e colaboradores (1990) e Gold e colaboradores (1998) sugerirem que vítimas do sexo feminino têm uma maior possibilidade de serem sexualmente abusadas por um familiar, sendo que as vítimas do sexo masculino são mais provavelmente abusadas por estranhos, não foi possível, através dos nossos resultados, encontrar diferenças estatisticamente significativas em relação a este critério. Este estudo encontra-se mais em linha com os resultados de Briere e Elliot (2003), que também não encontraram diferenças significativas em função do sexo do participante no que respeita à idade do menor aquando do

início do abuso sexual. Em congruência com o estudo destes mesmos autores, também a relação com o perpetrador ou presença de um ou mais perpetradores não parecem ser características que diferem significativamente em função do sexo da vítima.

3. Relação entre as Características do Abuso Sexual Infantojuvenil, Sintomatologia Psicopatológica e Comportamentos Desviantes

Um dos resultados mais claros e impressionantes obtido neste estudo é o facto das características específicas do abuso sexual infantojuvenil afetarem de forma distinta vítimas do sexo feminino e do sexo masculino. Estes resultados sugerem assim que a associação entre certas características específicas do abuso, problemas de saúde mental e comportamento desviante não é uniforme entre os sexos. Tanto quanto sabemos, este é um dos primeiros estudos a analisar diferenças de sexo no que respeita ao impacto das características do abuso sexual infantojuvenil, simultaneamente na sintomatologia psicopatológica e no comportamento desviante.

Em contraste com o estudo de Papalia e colaboradores (2018), que sugeriu que a ausência/presença de penetração oral, vaginal ou anal durante o abuso sexual infantojuvenil não se constituía como um fator de risco específico para a criminalidade, no presente estudo os participantes do sexo masculino que experienciaram penetração oral, vaginal ou anal relataram apresentaram um risco acrescido de envolvimento em comportamentos desviantes ao longo da vida. Note-se que, enquanto Papalia e colaboradores (2018) avaliaram registos oficiais, este estudo recorre ao comportamento desviante autorreportado no início da idade adulta. Este resultado poderá ser explicado à luz do modelo dos quatro fatores traumagénicos e das teorias integrativas da relação entre o trauma e o comportamento antissocial. Deste modo, a presença de penetração oral, vaginal ou anal durante o abuso sexual infantojuvenil, quer este seja ou não forçado, poderá levar a que os jovens sintam que não pertencem ao seu grupo social e, conseqüentemente, os pares/colegas sentem-se menos atraídos por estes jovens, levando à rejeição social que, porventura, irá reforçar a estigmatização social e facilitará a afiliação do menor com pares desviantes que são percebidos como mais similares com o *self* do sujeito (Basto-Pereira & Maia, 2017; Brendgen et al., 2000; Prinstein et al., 2005). Os nossos resultados vão em linha com a hipótese avançada por Basto-Pereira, Miranda, Ribeiro e Maia (2016), nomeadamente que os rapazes com um comportamento delinquente poderão apresentar uma maior probabilidade de estabelecer vínculos afetivos com grupos delinquentes mais velhos, podendo este vínculo constituir-se como um fator de risco

acrescido para o abuso sexual durante a adolescência por falta de maturidade para conceder consentimento, no qual a ocorrência de penetração oral, vaginal ou anal seria mais provável ocorrer entre menores e adultos pelo menos cinco anos mais velhos, do que entre uma criança e um adulto.

Relativamente à relação da vítima com o perpetrador, a presente investigação sugere que, para as vítimas do sexo feminino, deter laços familiares com o ofensor encontra-se associado a uma agravamento dos sintomas de *stress*. Os resultados obtidos vão de encontro aos estudos de Finkelhor e Ames (1990), Wolfe e colaboradores (1994) e Hèbert e colaboradores (2006) que sugerem que um abuso sexual de tipo intrafamiliar é particularmente nefasto na saúde mental das vítimas. Este resultado suporta também o estudo longitudinal de Trickett, Noll e Putman (2011), que salienta o impacto acrescido do abuso sexual intrafamiliar nas vítimas do sexo feminino, sendo estas as que demonstram mais respostas assimétricas ao *stress*. Neste âmbito, é possível supor que o abuso sexual intrafamiliar, por comparação com o extrafamiliar, aumenta a probabilidade de o abuso sexual constituir-se como um evento profundamente traumático, uma vez que se encontram ausentes fatores de proteção adequados no contexto familiar, como é o caso da qualidade do cuidador e supervisão familiar (MacKenzie, Kotch, Lee, Augsberger & Hutto, 2011). Por conseguinte, os menores detêm menos oportunidades para aprender e modular competências efetivas de regulação emocional, o que poderá levar a escassos recursos disponíveis para modular níveis elevados e crónicos de emoções com valência emocional negativa para o sujeito, que porventura poderá favorecer o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos relacionados com a capacidade para regular e gerir emoções, recorrendo à utilização de mecanismos de *coping* mal adaptativos, como é o caso de níveis elevados de ansiedade.

Estudos longitudinais prévios (Mersky, Topitzes & Reynolds, 2011; Thornberry, Ireland & Smith, 2010) sugerem que o maltrato, tanto na infância como na adolescência, é um fator de risco para comportamentos internalizantes e externalizantes na idade adulta. O que este estudo acrescenta na literatura pela primeira vez, é que o abuso sexual que se inicia na infância tende a ser particularmente lesivo para a saúde mental dos rapazes, enquanto o abuso sexual que se inicia na adolescência encontra-se particularmente associado a comportamentos externalizantes nas raparigas.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o abuso sexual infantojuvenil conscientemente forçado (*versus* o não consentido por falta de maturidade), a presença de múltiplos perpetradores (*versus* a presença de um perpetrador) e problemas de saúde mental ou comportamentos desviantes. Nesta linha, e apesar de alguns estudos

desenvolvidos nesta área sugerirem uma associação positiva entre a existência de múltiplos ofensores e problemas de saúde mental (Aebi et al., 2015; Hershkowitz, 2014; Kendall-Tackett et al., 1993; Leah et al., 2016) e comportamentos desviantes (Papalia et al., 2018), no presente estudo não foram encontradas evidências de uma relação entre estas dimensões, pelo menos ao nível da informação autorreportada. Não descurando a necessidade de uma amostra maior para detetar tamanhos do efeito inferiores entre as associações testadas, os resultados obtidos sugerem que o abuso sexual infantojuvenil, conscientemente forçado ou não consentido por falta de maturidade, com um ou mais perpetradores, pode ter um impacto igualmente ou aproximadamente nefasto, constituindo-se, independentemente destas características específicas de ocorrência, uma experiência particularmente deteriorante.

4. Limitações e Estudos Futuros

Os resultados obtidos nesta investigação devem ser considerados à luz de diversas limitações metodológicas. Apesar da amostra considerável de jovens adultos vítimas de abuso sexual infantojuvenil ($n = 76$), a presente investigação apresenta uma amplitude de idades limitada (entre os 18 e os 20 anos). Ainda que tal poderá ser perspetivado como uma vantagem no que se refere ao estudo da relação entre as características do abuso sexual infantojuvenil num período de adulez mais próximo do ocorrido, e por isso a descrição do ocorrido talvez seja mais precisa, a generalização para o impacto destas características em outras faixas etárias poderá ser extrapolativa.

Tendo ainda em conta a utilização de uma metodologia transversal e retrospectiva, o debate existente na literatura foca-se na recordação precisa de memórias traumáticas, em particular o abuso sexual infantojuvenil. Deste modo, os participantes fazem referência a aspetos do seu passado e, por isso, estão expostos a diversos fatores mnésicos (i.e., a acessibilidade mnésica à informação) que influenciam a forma como o sujeito avalia as suas próprias experiências. Contudo, evidências empíricas sugerem que a recordação retrospectiva de eventos adversos aquando da infância/adolescência fornece dados com um substancial grau de confiança (e.g., Pinho, Oliveira & Fonseca, 2016). Não obstante, futuros estudos deverão adotar um desenho longitudinal prospetivo, sendo este crucial para esclarecer possíveis mecanismos subjacentes na associação entre abuso infantojuvenil, saúde mental e comportamento delincente.

Para além do supracitado, os problemas de saúde mental foram avaliados através de questionários de autorrelato, o que poderá levantar algumas limitações, amplamente descritas

na literatura (e.g., Demetriou, Ozer & Essau, 2015). Nesta linha, apesar da análise de sintomas psicopatológicos, diagnósticos concretos de perturbações psicopatológicas (e.g., perturbações de personalidade, perturbações sexuais) não foram incluídos. Estudos futuros deverão focar-se nas diversas perturbações psicopatológicas associadas a distintas características específicas do abuso sexual infantojuvenil, sendo este dado essencial para a intervenção nesta área.

5. Recomendações Clínicas e Implicações Políticas e Sociais

Tendo em conta os resultados da presente investigação, propõem-se uma série de recomendações políticas e sociais que abarcam três grandes áreas de prevenção: intervenção comunitária, intervenção com profissionais de saúde e da justiça, e intervenção com ofensores.

Como corroborado por este estudo, abuso sexual infantojuvenil é um problema de saúde pública e com consequências nefastas que se prolongam ao longo da vida. Por conseguinte, salienta-se a necessidade da criação de programas preventivos relativos ao abuso sexual de menores, uma vez que o sucesso destes programas poderá evitar vitimizações altamente traumáticas, bem como levar à redução da prevalência de problemas de saúde mental e comportamento criminal. Várias medidas preventivas têm vindo a ser propostas e testadas (ver revisão sistemática de Walsh, Zwi, Woolfenden & Shlonsky, 2015).

A formação dos profissionais de saúde, justiça e proteção de crianças e jovens deverá abarcar competências de avaliação de crianças expostas ao abuso sexual e deve ser capaz de implementar programas de intervenção baseados na evidência científica. Estes profissionais deverão estar cientes do potencial impacto nefasto do abuso sexual infantojuvenil e dos recursos disponíveis para a prevenção e intervenção.

Para além do supramencionado, a intervenção eficaz em ofensores sexuais é um aspeto central, particularmente se tivermos em conta de que 70% dos perpetradores sexuais de menores têm entre uma a nove vítimas, enquanto que 20% têm entre 10 a 40 vítimas (Finkelhor, Ormrod & Chaffin, 2009). Por conseguinte, mesmo uma eficácia baixa permite prevenir o abuso sexual de milhares de menores. Neste âmbito, recomenda-se a implementação a nível nacional de programas, baseados na evidência científica, que permitam a intervenção com ofensores sexuais de menores.

6. Considerações Finais

O abuso sexual infantojuvenil tem, durante vários anos, ocupado na literatura científica e mediática uma posição privilegiada relativa não só ao abuso físico e emocional, bem como para todo o leque de experiências adversas na infância/adolescência. Tal deve-se ao facto de se ter demonstrado o substancial impacto nocivo que este tipo de maltrato tem na qualidade de vida de um ser humano. No entanto, o abuso sexual infantojuvenil tem vindo a ser tratado na investigação empírica como sendo uma única experiência, descurando as várias dimensões e características subjacentes, essenciais para compreender o seu real impacto no indivíduo. A verdade é que um abuso sexual infantojuvenil intrafamiliar e extrafamiliar, poderá não ter o mesmo efeito na vítima. Ainda que ambos sejam nocivos, o seu impacto poderá ser diferente.

Tanto quanto sabemos, este é o primeiro estudo a explorar o impacto diferencial do abuso sexual infantojuvenil, em função das suas características específicas, e do sexo da vítima, na saúde mental e comportamento desviante. Os resultados desta investigação suportam a hipótese de que formas diferentes de abuso sexual infantojuvenil apresentam prevalências diferentes em rapazes e raparigas, e leva a consequências diferentes, ainda que o abuso sexual se apresente globalmente como um fator de risco, tanto para a saúde mental, como para o comportamento delincente. Um conjunto de implicações clínicas, políticas e sociais, bem como recomendações para estudos futuros, são apresentadas e discutidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aebi, M., Landolt, M. A., Mueller-Pfeiffer, C., Schnyder, U., Maier, T. & Mohler-Kuo, M. (2015). Testing the “sexually abused-abuser hypothesis” in adolescents: A population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 2189-2199. DOI: 10.1007/s10508-014-0440-x
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K. & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), 324-332. DOI: 10.1503/cmaj.131792
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Croft, J. B., Williamson, D. F., Santelli, J., Dietz, P. M. & Marks, J. S. (2001). Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics*, 107(2), E19. DOI: 10.1542/peds.107.2.e19
- APAV (2018). *Rede CARE – Apoio especializado a crianças e jovens vítimas de violência sexual*. Acedido em https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/estatisticas-apav.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. DOI: 10.1007/s00038-012-0426-1
- Basto-Pereira, M., Miranda, A., Ribeiro, S. & Maia, A. (2016). Growing up with adversity: From juvenile justice involvement to criminal persistence and psychosocial problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 62, 63-75. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.10.011
- Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T., Meltzer, H., McManus, S. & Jenkins, R. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis: Data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 29-37. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083642
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., da Costa, G. A. & Ackman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556. DOI: 10.1016/0145-2134(91)90038-F
- Braga, T., Gonçalves, L. C., Basto-Pereira, M. & Maia, A. (2017). Unraveling the link between maltreatment and juvenile antisocial behavior: A meta-analysis of prospective longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*, 33, 37-50. DOI: 10.1016/j.avb.2017.01.006

- Brendgen, M., Vitaro, F. & Bukowski, W. M. (2000). Deviant friends and early adolescents' emotional and behavioral adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 10(2), 173-189. DOI: 10.1207/SJRA1002_3
- Briere, J. & Elliot, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222. DOI: 10.1016/j.chiabu.2003.09.008
- Brown, H. (2003). *Safeguarding adults and children with disabilities against abuse*. França: Council of Europe Publishing.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). The impact of child sexual abuse: A review of research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77. DOI: 10.1037/0033-2909.99.1.66
- Borowsky, I. W., Hogan, M. & Ireland, M. (1997). Adolescent sexual aggression: Risk and protective factors. *Pediatrics*, 100(6), E7. DOI:10.1542/peds.100.6.e7
- Casey, E. A., Bednell, B. & Lindhorst, T. P. (2009). Predictors of sexually coercive behavior in a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(7), 1129–1147. DOI:10.1177/0886260508322198
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). *About Behavioral Risk Factor Surveillance System ACE Data*. Acedido em https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/ace_brfss.html
- Chen, L. P. et al. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 618-629. DOI: 10.4065/mcp.2009.0583
- Collin-Vézina, D. & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 193, 47-52. DOI: 10.1097/01.nmd.0000149218.76592.26
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I. & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(22), 1-9. DOI: 10.1186/1753-2000-7-22
- Council of Europe (2007). *Council of Europe Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse*. Lanzarote: Council of Europe.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L. & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813-822. DOI: 10.1016/j.chiabu.2010.04.004

- Demetriou, C., Ozer, B. U. & Essau, C. A. (2015). Self-Report Questionnaires. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds), *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1-6. Nova Iorque: John Wiley & Sons. DOI: 10.1002/9781118625392.wbecp507
- Easton, S. D., Coohy, C., O’Leary, P., Zhang, Y. & Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence*, 26(1), 41-50. DOI: 10.1007/s10896-010-9340-6
- Estes, L. S. & Tidwell, R. (2002). Sexually abused children’s behaviors: Impact of gender and mother’s experience of intra- and extra-familial sexual abuse. *Family Practice*, 19, 36-44. DOI: 10.1093/fampra/19.1.36
- Euser, S., Alink, L. R. A., Tharner, A., Van Ijzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2015). The Prevalence of Child Sexual Abuse in Out-of-home Care: Increased Risk for Children with a Mild Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29, 83-92. DOI: 10.1111/jar.12160
- Fagan, J., Piper, E. S., & Cheng, Y. T. (1987). Contributions of victimization to delinquency in inner cities. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 78, 586–613.
- Feiring, C., Miller-Johnson, S. & Cleland, C. M. (2015). Potential pathways from stigmatization and internalizing symptoms to delinquency in sexually abused youth. *Child Maltreatment*, 12(3), 220-232. DOI: 10.1177/1077559507301840
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Felson, R. B., & Lane, K. J. (2009). Social learning, sexual and physical abuse, and adult crime. *Aggressive Behavior*, 35, 489–501. DOI:10.1002/ab.20322
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607-619. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.12.018
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H. & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x

- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 19-28. DOI: 10.1016/0145-2134(90)90077-7
- Finkelhor, D., Ormrod, R. & Chaffin, M. (2009). Juveniles who commit sex offenses against minors. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*, 1-11. Acedido online em <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/227763.pdf>
- Friedrich, W. N., Davies, W. H., Feher, E. & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 95-104. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2003.tb07296.x
- Foy, D. W., Ritchie, I. K., & Conway, A. H. (2012). Trauma exposure, posttraumatic stress, and comorbidities in female adolescent offenders: Findings and implications from recent studies. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 17247. DOI:10.3402/ejpt.v3i0.17247
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K. & Austin, M. P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1417-1425. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.8.1417
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., & Farrelly, S. (2001). Cycle of child sexual abuse: Links between being a victim and becoming a perpetrator. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 482–494. DOI:10.1192/bjp.179.6.482
- Gold, S. N., Elhai, J. D., Lucenko, B. A. & Swingle, J. M. (1998). Abuse characteristics among childhood sexual abuse survivors in therapy: A gender comparison. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1005-1012. DOI: 10.1016/S0145-2134(98)00085-4
- Greenwald, R. (2002). *Trauma and juvenile delinquency: Theory, research, and intervention*. Binghamton, Nova Iorque: The Haworth Maltreatment & Trauma Press
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piche, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21, 287–299. DOI: 10.1007/s10896-006-9026-2
- Herrera, V. M. & McCloskey, L. A. (2003). Sexual abuse, family violence, and female delinquency: findings from a longitudinal study. *Violence and Victims*, 18(3), 319-334. DOI: 10.1891/vivi.2003.18.3.319

- Hershkowitz, I. (2014). Sexually intrusive behavior among alleged CSA male victims: A prospective study. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 26, 291–305. DOI: 10.1177/1079063213486937
- Hurren, E., Stewart, A., & Dennison, S. (2017). Transitions and turning points revisited: A replication to explore child maltreatment and youth offending links within and across Australian cohorts. *Child Abuse & Neglect*, 65, 24–36. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.01.002
- Jespersen, A. F., Lalumière, M. L. & Seto, M. C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 179-192. DOI: 10.1016/j.chiabu.2008.07.004
- Jong, R., Alink, L., Bijleveld, C., Finkenauer, C. & Hendriks, J. (2015). Transition to adulthood of child sexual abuse victims. *Aggression and Violent Behaviour*, 24, 175-187. DOI: 10.1016/j.avb.2015.04.012
- Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse & Neglect*, 19(6), 715-728. DOI: 10.1016/0145-2134(95)00029-8
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. DOI: 10.1037//0033-2909.113.1.164
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hetttema, J. M., Myers, J. & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and co-twin control analysis. *Archive of General Psychiatry*, 57(10), 953-959. DOI: 10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kinzl, J. F., Traweger, C. & Biebl, W. (1995). Sexual dysfunctions: Relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(7), 785-792. DOI: 10.1016/0145-2134(95)00048-D
- Koenen, K. C. & Widom, C. S. (2009). A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 566-574, DOI: 10.1002/jts.20478
- Krahé, B., & Berger, A. (2017). Gendered pathways from child sexual abuse to sexual aggression victimization and perpetration in adolescence and young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 63, 261–272. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.10.004

- Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F. & Tremblay, R. E. (2012). Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 247-259. DOI: 10.1016/j.chiabu.2011.10.011
- Lataster, T., van Os, J., Drukker, M., Henquet, C., Feron, F., Gunther, N. & Myin-Germeys, I. (2006). Childhood victimization and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences: victimization and non-clinical psychotic experiences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 423-428. DOI: 10.1007/s00127-006-0060-4
- Leah, C., Stewart, A., & Smallbone, S. (2016). Testing the sexually abused-sexual abuser hypothesis: A prospective longitudinal birth cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 51, 144–153. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.10.024
- Lodico, M. A., Gruber, E. & DiClemente, R. J. (1996). Childhood sexual abuse and coercive sex among school-based adolescents in a midwestern state. *Journal of Adolescent Health*, 18(3), 211–217. DOI:10.1016/1054-139X(95)00167-Q
- Logan-Greene, P., Nurius, P. S., Hooven, C., & Thompson, E. A. (2015). Life course associations between victimization and aggression: Distinct and cumulative contributions. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 32, 269–279. DOI: 10.1007/s10560-014-0358-0
- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., Lee, L. C., Augsberger, A., & Hutto, N. (2011). A cumulative ecological-transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor. *Children and Youth Services Review*, 33, 2392–2398. DOI: 10.1016/j.childyouth.2011.08.030
- MacMillan, H. L., Jamieson, E. & Walsh, C.A. (2003). Reported contact with child protection services among those reporting child physical abuse and sexual abuse: Results from a community survey. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1397-1408. DOI: 10.1016/j.chiabu.2003.06.003
- Maikovich, A. K., Koenen, K. C. & Jaffe, S. R. (2009). Posttraumatic stress symptoms and trajectories in child sexual abuse victims: An analysis of sex differences using the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(5), 727-737. DOI: 10.1007/s10802-009-9300-x
- Maikovich-Fong, A. K. & Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34, 429-437. DOI: 10.1016/j.chiabu.2009.10.006

- Managlio, R. (2013). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma Violence & Abuse*, 14(2), 96-112. DOI: 10.1177/1524838012470032
- Marx, B. P., Heidt, J. M. & Gold, S. D. (2005). Perceived Uncontrollability and Unpredictability, Self-Regulation and Sexual Revictimization. *Review of General Psychology*, 9(1), 67-90. DOI: 10.1037/1089-2680.9.1.67
- Mersky, J. P., Topitzes, J. & Reynolds, A. J. (2011). Unsafe at Any Age: Linking Childhood and Adolescent Maltreatment to Delinquency and Crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 49(2), 295-318. DOI: 10.1177/0022427811415284
- Milaniak, I. & Windom, C. S. (2015). Does Child Abuse and Neglect Increase Risk for Perpetration of Violence Inside and Outside the Home? *Psychology of Violence*, 5(3), 246-255. DOI: 10.1037/a0037956
- Misheva, V., Webbink, D., & Martin, N. G. (2017). The effect of child maltreatment on illegal and problematic behaviour: New evidence on the ‘cycle of violence’ using twins data. *Journal of Population Economics*, 30, 1035–1067. DOI: 10.1007/s00148-017-0642-3
- Nelson, E. C. et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145. DOI: 10.1001/archpsyc.59.2.139
- Ogloff, J. R. P., Cutajar, M. C., Mann, E., & Mullen, P. E. (2012). Child sexual abuse and subsequent offending and victimization: A 45-year follow-up study. *Australian Institute of Criminology: Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, 440, 1–6. Acedido em <http://aic.gov.au/publications/current%20series/tandi/421-440/tandi440.html>
- O’Leary, P. J. & Barber, J. (2008). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 133-143. DOI: 10.1018/10538710801916416
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229-239
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. & Violato, C. (2001): A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. DOI: 10.1080/00223980109603677

- Papalia, N., Ogloff, J. R. P., Cutajar, M. & Mullen, P. E. (2018). Child Sexual Abuse and Criminal Offending: Gender-Specific Effects and the Role of Abuse Characteristics and Other Adverse Outcomes. *Child Maltreatment*, 1-18. DOI: 10.1177/1077559518785779
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33, 331-342. DOI: 10.1016/j.chiabu.2008.07.007
- Pinho, M. S., Oliveira, M. & Fonseca, A. C. (2016). A Consistência das Memórias da Infância. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), 1-9. DOI: 10.1590/0102-3772e32328
- Pinto, R., Correia, L. & Maia, A. (2014). Assessing the Reliability of Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences among Adolescents with Documented Childhood Maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29, 431-438. DOI: 10.1007/s10896-014-9602-9
- Pollio, E., Deblinger, E. & Runyon, M. (2011). Mental health treatment for the effects of child sexual abuse. In *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, 267-288. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Polusny, M. A. & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 143-166. DOI: 10.1016/S0962-1849(05)80055-1
- Prinstein, M. J., Cheah, C. S. & Guyer, A. E. (2005). Peer victimization, cue interpretation, and internalizing symptoms: preliminary concurrent and longitudinal findings for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 11-24. DOI: 10.1207/s15374424JCCP3401_2
- Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa (2017). *Legislação*. Acedido em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=109A0171&nid=109&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. DOI: 10.1097/00004583-200303000-00006
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C. & Collishaw, S. (2011). *Child Abuse and Neglect in the UK Today*. Reino Unido: National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- Rind, B. & Tromovitch, P. (1997). A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse. *The Journal of Sex Research*, 34(3), 237-255. DOI: 10.1080/00224499709551891

- Romano, E. & De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: a review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Agression and Violent Behavior*, 6, 55-78. DOI: 10.1016/S1359-1789(99)00011-7
- Sanches, C., Gouveia-Pereira, M., Marôco, J., Gomes, H. & Roncon, F. (2016). Deviant behavior variety scale: development and validation with a sample of Portuguese adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29 (31), 1-8. DOI: 10.1186/s41155-016-0035-7
- Senn, T. E., Carey, M. P. & Coury-Doniger, P. (2011). Self-defining as sexually abused and adult sexual risk behavior: Results from a cross-sectional survey of women attending an STD clinic. *Child Abuse & Neglect*, 35(5), 353-362. DOI: 10.1016/j.chiabu.2011.01.013
- Seto, M. C. & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575. DOI: 10.1037/a0019700
- Silva, S. S. P. & Maia, A. C. (2008). Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário da História de Adversidade na Infância). In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (coord.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições
- Spataro, J., Mullen, P.E., Burgess, P. M., Wells, D. L. & Moss, S. A. (2004). Impact of child abuse on mental health: Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, 184, 416-421. DOI: 10.1192/bjp.184.5.416
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child Sexual Abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*, 16(2), 79-101. DOI: 10.1177/1077559511403920
- Stolzenberg, L. & D'Alessio, S. J. (2008). Co-Offending and the Age-Crime Curve. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 45(1), 65-86. DOI: 10.1177/0022427807309441
- Swanston, H. Y., Parkinson, P. N., O'Toole, B. I., Plunkett, A. M., Shrimpton, S. & Oates, R. K. (2003). Juvenile crime, aggression and delinquency after sexual abuse: a longitudinal study. *The British Journal of Criminology*, 43(4), 729-749. DOI: 10.1093/bjc/43.4.729

- Tanaka, M., Suzuki, Y. E., Ayoama, I., Takaoka, K. & MacMillan, H. L. (2017). Child sexual abuse in Japan: A systematic review and future directions. *Child Abuse & Neglect*, 66, 31-40. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.02.041
- Thornberry, T. P., Ireland, T. O. & Smith, C. A. (2010). The Causal Impact of Childhood-Limited Maltreatment and Adolescent Maltreatment on Early Adult Adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 359-365. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.011
- Thornberry, T. P., & Henry, K. L. (2013). Intergenerational continuity in maltreatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 555–569. DOI: 10.1007/s10802-012-9697-5
- Trabold, N., Swogger, M. T., Walsh, Z., & Cerulli, C. (2015). Childhood sexual abuse and the perpetration of violence: The moderating role of gender. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24, 381–399. DOI: 10.1080/10926771.2015.1022288
- Trickett, P. K., Noll, J. G. & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476. DOI: 10.1017/S0954579411000174
- Vizard, E. (2013). Practitioner Review: The victims and juvenile perpetrator of child sexual abuse – assessment and intervention. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 503-515. DOI: 10.1111/jcpp.12047
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S. & Shlonsky, A. (2015). School-Based Education Programs for the Prevention of Child Sexual Abuse. *Research on Social Work Practice*, 28(1), 33-55. DOI:10.1177/1049731515619705
- Widom, C. P. & Ames, M. (1994). Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child Abuse & Neglect*, 18(4), 303-318. DOI: 10.1016/0145-2134(94)90033-7
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229. DOI: 10.1176/ajp.156.8.1223
- Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 37–50. DOI: 0.1016/0145-2134(94)90004-9
- Wolfe, V. V. (2007). Child Sexual Abuse. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Assessment of childhood disorders*, 4thed., 685-748. Nova Iorque: Guilford.

- Wolak, J., Finkelhor, D., Mitchell, K. J. & Ybarra, M. L. (2008). Online “predators” and their victims: myths, realities, and implications for prevention and treatment. *American Psychologist*, 63(2), 111-128. DOI: 10.1037/0003-066x.63.2.111
- World Health Organization (2006). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva: World Health Organization.
- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 410–421. DOI: 10.1016/j.avb.2010.07.003
- Zivney, O. A., Nash, M. R. & Hulsey, T. L. (1988). Sexual abuse in early versus late childhood: Differing patterns of pathology as revealed on the Rorschach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice; Training*. 25(1), 99-106. DOI: 10.1037/h0085328

ANEXOS



Comissão de Ética de Investigação
ISPA - Instituto Universitário de Ciências
Psicológicas, Sociais e da Vida
Rua Jardim do Tabaco, 34,
1149-041 Lisboa
Telefone: (351) 218 811 700
Fax: (351) 218 860 954

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

I/001/03/2018

Título do projeto: Estudo Internacional sobre comportamentos pro(anti)sociais no início da idade adulta (SOCIALDEVIANCE1820)

Investigador responsável: Miguel Bastos Pereira

Instituição/Curso: ISPA- Instituto Universitário

Telefone para contato:

O protocolo do estudo apresenta objetivos relevantes. Foram descritos adequadamente os métodos e procedimentos a adotar e estes respeitam os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à ética em investigação.

Assim, o parecer da Comissão de Ética do ISPA-Instituto Universitário é favorável à realização do estudo em epígrafe.

Qualquer alteração futura aos procedimentos descritos do estudo que possam colidir com os critérios éticos de investigação com seres humanos ou animais não humanos constantes nos referidos regulamentos, exigem uma reapresentação do pedido de apreciação a esta Comissão.

Comissão Ética do ISPA – Instituto Universitário

(Assinatura do Presidente da CE)

Lisboa, 9 de Março de 2018.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O projeto de investigação científica “*Estudo Internacional sobre comportamentos pro(anti)sociais no início da idade adulta*” (SOCIALDEVIANCE1820), é conduzido por uma equipa de investigadores do Instituto de Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) – Instituto Universitário, englobando só em 2017/2018, cinco dissertações de mestrado.

Pretende-se estudar os fatores de risco e de proteção para o comportamento pró/anti-social, bem como para a integração social em jovens adultos da comunidade. Um dos fatores de risco estudados é o impacto das histórias de adversidade na infância e adolescência no início da idade adulta, nesse sentido, a participação de jovens adultos (entre os 18 e os 20 anos), com e sem experiências de adversidade, é essencial para o sucesso deste projeto.

A sua participação não lhe trará risco ou despesa e pode a qualquer momento recusar a continuidade da sua participação no estudo. A aplicação do questionário é realizada a várias pessoas e o consentimento informado é, desde início, separado das suas respostas, tornando impossível associar as suas respostas à sua identificação, **garantindo-lhe por isso, o máximo de confidencialidade**. Os resultados deste projeto poderão ajudar a moldar políticas públicas mais eficazes. **A sua participação é voluntária e os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e usados somente para fins científicos. Nesse sentido, por favor seja sincero.**

Caso aceite participar, pedimos de seguida o seu consentimento informado. Os investigadores disponibilizam-se para esclarecer quaisquer dúvidas, informações adicionais poderão ser obtidas através do e-mail: projetoispaprosocial@gmail.com. Muito Obrigado!

Eu, _____(nome completo), li e compreendi este documento e aceito participar no projeto científico: “*Estudo Internacional sobre comportamentos pro(anti)sociais no início da idade adulta*” (SOCIALDEVIANCE1820), dando o meu consentimento informado e tendo a garantia que todos os meus dados permanecerão confidenciais.

O/A participante

(Assinatura)

SORTEIO DE VALES

No sentido de premiar todos aqueles que participaram e contribuíram de forma tão importante para este estudo científico, iremos sortear alguns vales (e.g. vales FNAC) com valores que poderão ir até aos 50 euros.

Todos os participantes que queiram ficar automaticamente habilitados a ganhar vales terão apenas que indicar o seu e-mail (NÃO USAREMOS O SEU E-MAIL PARA SPAM) para poderem ser mais tarde contactados sobre os resultados do sorteio. Quem quiser participar no 2º e 3º momento deste estudo poderá ainda ganhar mais vouchers, participando no 2º e 3º sorteio.

1. Quero ficar habilitado a ganhar um vale por ter participado no 1º momento deste estudo, e para esse fim forneço o meu e-mail?

SIM **NÃO**

e-mail: _____@_____

2. Aceito ser contactado por e-mail para participar no 2º e 3º momento deste estudo, que ocorrerá daqui a 1 e 2 anos? - Basta responder a um questionário online.

QUEM PARTICIPAR FICA AUTOMÁTICAMENTE HABILITADO AO 2º E 3º SORTEIOS DE VALES

SIM **NÃO**

Obrigado!

Note: O sorteio nos próximos dois anos não se realizará se o 2º e 3º momento do estudo for cancelado.

ANTES DE COMEÇAR: Para participar no 2º e 3º sorteio de vales (participando no 2º e 3º momento do estudo –preenchimento de um questionário online), por favor preencha o código, assim garantimos que se lembra deste código no 2º e 3º momento, sem que este dado revele a sua identificação, garantindo por isso a máxima confidencialidade. **Indicar 1ª letra do 1º nome, 1ª letra do 2º nome e o dia e o mês de nascimento.** Por exemplo, se o seu nome é João Silva Pinto e nasceu a 01/03/1986, o seu código será **J S 01 03**.

1ª letra do 1º nome	1ª letra do 2º nome	Dia de nascimento	Mês de nascimento
<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="text"/>

Questionário Geral sobre a Situação Social e Familiar

1. Sexo
Masculino
Feminino

2. Qual a sua idade? _____
3. Qual o seu nível de escolaridade? _____ (número máximo de anos de escola concluídos com sucesso)
4. Quantas vezes reprovou na escola? _____ (se nunca colocar "0")

5. É autónomo/a financeiramente?
Sim Não

6. Se não é financeiramente independente, por favor indique:
Pai: _____ Mãe _____
6.1. Escolaridade _____ 6.3. Escolaridade _____
6.2. Profissão _____ 6.4. Profissão _____

7. Grupo étnico

Português/a de ascendência portuguesa
Português/a de ascendência africana
Comunidade cigana de Portugal

Português/a com outra ascendência
Sou imigrante

8. Cor da pele?

Branca
Negra
Outra

9. O que faz?

Trabalha Estuda Trabalha e estuda Não trabalha nem estuda

10. Se trabalha, por favor indique, em que trabalha? (e.g. enfermeiro/a)?

11. Com quem vive?

Parceiro/a Pai/s Sozinho/a Amigos/as Outros

13. Tem filhos/as?
Sim Não

14. Os seus filhos/as vivem consigo?
Sim Não

12. Quantas pessoas vivem consigo na mesma casa? _____

15. Tem alguma actividade de lazer (legal) que pratique de forma regular?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	16. Pratica desporto regularmente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
17. Está ou já esteve nas forças armadas? (e.g., exército)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	18. Tem alguma religião?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
19. É praticante dessa religião?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	20. Mudou de cidade no último ano?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
21. Quantos amigos tem?	_____		22. Dos amigos que tem, quantos já estiveram (ou estão) presos?	_____	
23. Na infância e/ou adolescência foi educado apenas por uma pessoa (pai ou mãe)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	24. Tem algum problema grave de saúde mental?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
25. Já alguma vez esteve preso/a?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	26. Já teve problemas com a polícia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
27. Já alguma vez viveu numa casa de acolhimento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	28. Já alguma vez viveu num centro educativo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29. Já consumiu drogas ilegais?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	30. Já se embriagou com bebidas alcoólicas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
31. Por favor indique com que frequência consumiu drogas nos últimos 12 meses:	Diário <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Mensal <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Não aconteceu <input type="checkbox"/>
32. Por favor indique com que frequência se embriagou nos últimos 12 meses:	Diário <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Mensal <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Não aconteceu <input type="checkbox"/>

Questionário de História na Infância
(Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007)

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

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

Com que frequência é que o seu pai (ou padrasto) ou o namorado da sua mãe fez alguma destas coisas à sua mãe (ou madrastra):

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
7. Puxar, agarrar ou atirar-lhe com alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pontapear, morder, bater com a mão, ou bater com alguma coisa forte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bateu-lhe repetidamente durante alguns minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ameaçou-a com uma faca ou uma arma, ou usou uma faca ou uma arma para a magoar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante a minha infância...

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

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Havia alguém na família que me ajudava a sentir especial ou importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Havia quem lavasse a roupa suja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Senti-me amada (o).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Pensei que os meus pais desejaram que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti que alguém da família me odiava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. As pessoas da família disseram coisas que me magoaram ou insultaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. As pessoas da família sentiam-se próximas umas das outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Acredito que fui emocionalmente abusado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Havia alguém que me levasse ao médico caso necessitasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. A família foi fonte de força e suporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eu tinha de usar roupas sujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguém...					
27. O insultou ou lhe disse palavrões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ameaçou bater-me ou atirar-me com alguma coisa mas não o fez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Agiu de uma forma que me deixou com medo que me magoasse fisicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

30. Bateu-me com tanta força que deixou marcas ou feriu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Puxou-me, agarrou-me ou atirou-me com alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Com que frequência lhe bateram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não forte	Pouco forte	Médio	Um pouco forte	Muito forte
33. Com que severidade lhe bateram? (com que força?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

E da última? _____

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

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

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

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

E da última? _____

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

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

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

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

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

E da última? _____

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

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

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

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

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

E da última? _____

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

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

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

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

Não vivia comigo nem era da minha família Vivia na mesma casa mas não era meu família

Um familiar que vivia na mesma casa que eu Um familiar que não vivia na mesma casa que eu

Escala DBV

(Sanches, Gouveia-Pereira, Marôco, Gomes, & Roncon, 2016)

Agora apresentamos-te alguns comportamentos que podem ser realizados por jovens da tua idade. Indica por favor se, durante o último ano, tiveste algum destes comportamentos. Lembra-te que o questionário é ANÓNIMO e CONFIDENCIAL. Ninguém que te conheça terá acesso às tuas respostas. Por favor responde com sinceridade!

Vê o exemplo e assinala a resposta que melhor corresponde aos teus comportamentos.

DURANTE O ÚLTIMO ANO, ALGUMA VEZ...	SIM	NÃO
1. Foste para a escola ou para as aulas depois de teres bebido bebidas alcoólicas?		
2. Mentiste a adultos (ex: familiares, professores, etc.)?		
3. Consumiste cocaína ou heroína?		
4. Usaste uma moto ou um carro para ir dar uma volta sem a autorização do dono ou proprietário?		
5. Bateste a um adulto (ex: professor, familiar, agente de segurança, etc.)?		
6. Andaste em transportes públicos sem pagar bilhete?		
7. Estragaste ou destruístes bens públicos ou privados (ex: parquímetros, sinais de trânsito, máquinas de distribuição de produtos, carros, etc.)?		
8. Consumiste haxixe ("ganzas") ou marijuana ("erva")?		
9. Roubaste alguma coisa que valia mais de que 50 euros (ex.: em lojas, na escola, a uma pessoa, etc.)?		
10. Faltaste vários dias à escola sem os teus pais saberem?		
11. Vendeste droga (ex: haxixe, marijuana, cocaína, ecstasy, anfetaminas, etc...)?		
12. Roubaste alguma coisa que valia entre 5 e 50 euros (ex: em lojas, na escola, a uma pessoa, etc.)?		
13. Faltaste às aulas porque não te apeteceu ir, para ficar com colegas ou para ir dar uma volta?		
14. Conduziste uma moto ou um carro sem ter carta de condução?		
15. Consumiste LSD ("ácidos"), ecstasy ("pastilhas") ou anfetaminas ("speeds")?		
16. Transportaste uma arma (ex.: navalha, pistola, etc.)?		
17. Roubaste alguma coisa que valia menos de 5 euros (ex: em lojas, na escola, a uma pessoa, etc.)?		
18. Fizeste grafitis em edificios ou noutros locais (ex: escola, transportes, muros, etc.)?		
19. Assaltaste um carro, uma casa loja, escola ou outro edificio?		

Questão adicional - Acima foram enumerados 19 comportamentos que poderás ter realizado no último ano, **por favor indica quantos destes comportamentos já realizaste ao longo de toda a tua vida? ____ (0-19)**

YPI-S

Neste questionário vais encontrar afirmações sobre a forma como tu geralmente pensas e sentes as coisas. Lê atentamente cada afirmação e diz em que grau concordas ou discordas com ela. Das quatro alternativas diferentes de resposta para cada afirmação assinala apenas uma. Responde a cada afirmação de acordo com o que pensas e sentes mais frequentemente, e não apenas neste momento.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho jeito para enganar as pessoas, usando o meu charme e o meu sorriso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sou bom a fazer as pessoas acreditarem em mim quando invento alguma história.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho capacidades que vão muito além das capacidades das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. É fácil para mim manipular as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando é preciso, uso o meu sorriso e o meu charme para tirar partido dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estou destinado a ser uma pessoa importante e bem conhecida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que chorar é sinal de fraqueza mesmo que ninguém nos veja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando as outras pessoas têm problemas muitas vezes é por culpa delas, por isso não devíamos ajudá-las.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Estar nervoso e preocupado é um sinal de fraqueza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Não entendo como há pessoas que ficam tão emocionadas ao ponto de chorarem com o que vêem na televisão ou nos filmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. É sinal de fraqueza sentir culpa e remorsos por coisas que fizemos e que magoaram os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não deixo que os meus sentimentos me afetem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Provavelmente já faltei à escola ou ao trabalho mais vezes do que a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me uma pessoa bastante impulsiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Muitas vezes falo primeiro e só penso depois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aborreço-me muito depressa se estiver a fazer sempre as mesmas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Muitas vezes faço coisas sem pensar nas consequências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Já me aconteceu várias vezes pedir uma coisa emprestada e depois perdê-la.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brief Cope

Maroco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. da G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL BRASIL-PORTUGAL DA ESCALA BRIEF COPE PARA ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR. *Psic., Saúde & Doenças*. <https://doi.org/10.15309/14psd150201>

Este questionário refere-se à capacidade de enfrentamento, que é o modo como você lida com os problemas da sua vida. Marque a opção que melhor representa a frequência com que você faz o que está descrito em cada afirmação abaixo.

Itens	Nunca fiz isto	Já Fiz isto	Faço algumas vezes	Costumo fazer isto	Faço sempre isto
1. Concentro os meus esforços em alguma coisa que me permita enfrentar a situação					
2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)					
3. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer					
4. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação					
5. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação					
6. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo					
7. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)					
8. Procuo o conforto e compreensão de alguém					
9. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual					
10. Rezo ou medito					
11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva					
12. Procuo algo positivo em tudo o que está acontecendo					
13. Faço críticas a mim mesmo					
14. Culpo-me pelo que está acontecendo					
15. Tento aceitar as coisas tal como estão acontecendo					
16. Tento aprender a viver com a situação					
17. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)					
18. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento					
19. Tenho dito para mim mesmo(a): "isto não é verdade"					
20. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo					
21. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação					
22. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar ou ir às compras					
23. Desisto de me esforçar para obter o que quero					
24. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo					
25. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor					
26. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas					
27. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira					
28. Enfrento a situação com sentido de humor					

Identifique o problema mais recente que enfrentou (doença, cirurgia, falecimento, exame):

EADS-21 - Nome

Data ___ / ___ / ___

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinalc 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0- não se aplicou nada a mim
- 1- aplicou-se a mim algumas vezes
- 2- aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3- aplicou-se a mim a maior arte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239

Escala de Atitudes Altruístas (Loureiro & Lima, 2009)

Por favor indique até ponto concorda com as seguintes afirmações (escala de resposta de 1 “discordo totalmente” a 5 “concordo totalmente”)

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Acho que, neste mundo, cada qual tem é de tratar de si.					
2. Acho que é importante respeitar os sentimentos dos outros.					
3. Acho que quem é altruísta acaba por se arrepender					
4. Os benefícios do altruísmo não compensam os sacrifícios					

Pense como se sentiria se realizasse as seguintes ações. (escala de resposta de 1 “muito mal” a 5 “muito bem”).

	Muito mal	Mal	Nem bem nem mal	Bem	Muito bem
5. Cuidar de alguém, sem estar à espera de recompensa.					
6. Prestar assistência à família e amigos, sem esperar algo em troca.					
7. Ajudar uma instituição, mesmo sem esta ter pedido.					
8. Disponibilizar-se para fazer um sacrifício por alguém.					

Com que frequência realiza as seguintes ações. (escala de resposta de 1 “nunca” a 5 “fiz muitas vezes”).

	Nunca	Raramente fiz	Fiz poucas vezes	Fiz algumas vezes	Fiz muitas vezes
9. Indicar a direção na rua a um (a) desconhecido (a).					
10. Atrasar o elevador mantendo a porta aberta para alguém entrar.					
11. Ceder o meu lugar numa fila de espera a alguém que precise (supermercado, fotocopiadora, banco, etc.).					
12. Ajudar um colega que não se conhece muito bem num trabalho, quando o meu conhecimento é maior que o seu.					