

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Bagagens traumáticas:
O papel das experiências adversas precoces no desejo sexual
e na intimidade**

Sara Cristina Marques Gonçalves da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica
Sistémica)

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Bagagens traumáticas:
O papel das experiências adversas precoces no desejo sexual
e na intimidade**

Sara Cristina Marques Gonçalves da Silva

Dissertação orientada pela Professora Doutora Luana Cunha Ferreira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica
Sistémica)

2017

“(...) citando Auerbach e Silverstein, ‘A investigação começa com a curiosidade sobre o mundo...’

Contudo, a palavra ‘curiosidade’ vem do latim ‘cuidar’.

*Assim, devemos ser **curiosos para cuidar.**”*

(Professora Doutora Isabel Narciso, comunicação pessoal, 2015)

Agradecimentos

À minha querida e atenciosa orientadora, Professora Doutora Luana Cunha Ferreira, que esteve sempre tão presente neste meu caminho enquanto uma “pequena sementinha investigadora”, do qual tirei um grande prazer. Uma grande mulher, uma excelente investigadora, uma capaz, uma pessoa que me inspirou, continua e continuará a inspirar neste pequeno(grande) início no mundo da investigação.

À Professora Doutora Isabel Narciso, Professora Doutora Carla Crespo e Professora Doutora Marta Pedro pelo apoio incansável que me ofereceram e que, juntamente com a Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro e a Professora Doutora Rita Francisco, me ofereceram as lentes sistémicas e reflexivas, que me acompanharam e ajudaram nesta etapa tão importante da minha vida.

Ao Professor Doutor Sérgio Moreira pela paciência e pela grande ajuda nos (des)terrores da análise estatística. Também ao Professor Doutor Cícero Pereira, que, juntamente com o Professor Doutor Sérgio, me muniram de conhecimentos estatísticos durante o meu primeiro ano de faculdade e que foram importantíssimos e fundamentais nesta etapa.

Ao Dr. ° Bié Domingues, por ter fornecido o protocolo da sua investigação, tão fundamental e precisa na área de investigação.

A todos os participantes deste estudo, pela vossa ajuda, dedicação e paciência. Sem vocês, não conseguiria ter chegado aqui. Foram a base de toda esta pequena “casota”.

À Alexandra Quaresma, pelo carinho, compreensão e grande apoio. Obrigada por teres estado sempre aqui ao meu lado, por me teres dado tanta força e tanta confiança. Uma grande companheira nos prazeres gastronómicos e nas viagens pela psicologia sistémica!

Ao Coro da Universidade de Lisboa e ao Coro de Câmara da Universidade de Lisboa, que alegraram este meu caminho com momentos terapêuticos e ternurentos, juntamente com uma das minhas maiores paixões da minha vida: a música.

À minha família. Em especial, à minha mãe que sempre para me apoiou nas minhas decisões e se esforçou para que eu voasse mais alto. À minha querida irmã, que sempre foi uma grande inspiração pela forma que voou.

Ao meu grande amor, João Porto. Por estares ao meu lado em dois mundos que me são especiais: do amor e da psicologia. Obrigada pela tua presença, pela paciência, pelas partilhas de amor, de carinho e de conhecimentos. É um grande prazer fazer esta viagem ao teu lado.

Resumo

A comunidade científica tem estudado os efeitos que as experiências adversas precoces (EAP's) têm nas relações interpessoais, nomeadamente ao nível da intimidade e da sexualidade. Visto serem raros os estudos que exploram os efeitos de outros tipos de EAP's que não o abuso sexual, sobre a intimidade e o desejo sexual, no contexto de uma relação amorosa significativa, esta investigação propõe-se a: 1) analisar as diferenças de género relativamente ao número total de EAP's, ao desejo sexual e à intimidade; 2) explorar, analisar e compreender as relações entre os diferentes tipos de EAP's, o desejo sexual, e a intimidade; 3) explorar, analisar e compreender as relações entre o número total de EAP's dos participantes e o desejo sexual e intimidade. A amostra consistiu num conjunto de 192 participantes de nacionalidade portuguesa, dos quais 66.1% são mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos. Cento e catorze participantes encontravam-se numa relação amorosa significativa, dos quais 60.6% eram mulheres. O protocolo de investigação utilizou as versões portuguesas do *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire* – para avaliar a existência de experiências adversas precoces –, *Hurlbert Index of Sexual Desire* – para avaliar o desejo sexual – e *Miller Social Intimacy Scale* – para avaliar a intimidade. Os resultados mostraram relações significativas e negativas, entre o desejo sexual e o abuso físico, abuso sexual e o *bullying*. Além disso, abuso físico e o abuso sexual foram preditores significativos do desejo sexual. Não foram encontradas relações significativas entre a intimidade e o número total ou os diferentes tipos de experiências adversas precoces. Assim, conclui-se que o abuso físico e o abuso sexual são dois tipos de EAP's relevantes para o desejo sexual, em relação ao seu parceiro amoroso significativo. São discutidas as implicações clínicas e sugeridos estudos futuros.

Palavras-Chave: Experiências Adversas na Infância e Adolescência; Experiências Adversas Precoces; Intimidade; Desejo Sexual; Conjugalidade

Abstract

The scientific community has been studying the effects that adverse childhood experiences (ACE) have on interpersonal relationships, namely on intimacy and sexuality. Since there are not many studies that explore the effects that other types of ACE (except for sexual abuse) have on intimacy and sexual desire within a couple relationship, the present study aims to: 1) analyze the gender differences in relation to the total number of ACE, sexual desire and intimacy; 2) explore, analyze and understand the relationships between the different types of ACE, and sexual desire and intimacy; 3) explore, analyze and understand the relationships between the total number of ACE, sexual desire and intimacy. The sample consisted of 192 Portuguese participants, where 66.1% were women. Of these, one hundred and fourteen participants were in a couple relationship. The research protocol included the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire – to measure the existence of ACE –, the Hurlbert Index of Sexual Desire – to measure sexual desire –, and the Miller Social Intimacy Scale – to measure intimacy. The results showed significant and negative relationships between sexual desire and physical abuse, sexual abuse and bullying. In addition, physical and sexual abuse were significant predictors of sexual desire. No significant relationships between intimacy and the total number of ACE or the different types of ACE were found. Therefore, this study suggests that physical and sexual abuse are relevant types of ACE for the experience of sexual desire towards a significant other. Clinical implications and suggestions for future studies are discussed.

Keywords: Adverse Childhood Experiences; Early Adverse Experiences; Intimacy; Sexual Desire; Couples.

Índice Geral

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	3
Método.....	14
Resultados.....	20
Discussão.....	30
Conclusão.....	39
Referências Bibliográficas.....	40

Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado incluído no protocolo de investigação

Anexo 2 – Questionário sociodemográfico

Anexo 3 - Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)

Anexo 4 - Miller Social Intimacy Scale (MSIS)

Anexo 5 - Hurlbert Index of Sexual Desire (HISD)

Índice de Quadros

Quadro 1.

Estatísticas Descritivas do Desejo Sexual, da Intimidade e do Número Total de Experiências Adversas Precoces e Diferenças de Médias em Função do Sexo dos Participantes.....

22

Quadro 2.

Valores do Teste do Qui-quadrado entre os Diferentes Tipos de Experiências Adversas Precoces e o Sexo dos Participantes.....

24

Quadro 3.

Correlações entre as Variáveis em Estudo.....

26

Quadro 4.

Correlações entre o Desejo Sexual e os Diferentes Tipos de Bullying Medidos.....

27

Quadro 5.

Sumário das Estatísticas da Regressão Linear Múltipla do Abuso Físico e do Abuso Sexual sobre o Desejo Sexual, $F(2) = 8.203$, $p < .001$; $r^2 = .130$

29

Introdução

As experiências adversas na infância e adolescência têm sido um tema cada vez mais investigado pela comunidade científica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), aproximadamente 20% das mulheres e 8% dos homens relatam terem sido sexualmente abusados na infância, enquanto um quarto de todos os adultos relatam terem sido vítimas de abuso físico. Para além do abuso sexual e físico, fazem parte das experiências adversas precoces (EAP's) o abuso psicológico, a negligência, a violência interparental ou doméstica, o abuso de álcool ou substâncias por parte de um membro familiar que resida com criança ou adolescente, a violência entre pares, a violência comunitária e, por fim, a violência coletiva (i.e., guerras) (WHO, 2016).

Como Davis e Petretic-Jackson (2000) defendem, até à data, a comunidade científica focou as suas atenções nos efeitos que estas vivências têm, a longo prazo, sobre as perturbações ao nível individual. Contudo, mais recentemente, os investigadores começaram a investigar os efeitos que estas vivências traumáticas têm ao nível interpessoal, nomeadamente ao nível conjugal. Este foco na dimensão das relações é coerente pois, ao adotarmos a lente que nos é oferecida por Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) e Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), conseguimos compreender a influência que as relações precoces têm sobre a posterior experiência relacional. Faz também sentido olhar para estes efeitos através de lentes sistémicas. Byng-Hall (1995) apresenta-nos o modelo da família como uma base segura que oferece uma rede relacional confiável, através do qual defende que para que as crianças e/ou os jovens se sintam assegurados ao nível de prestação de cuidados, é fundamental que as relações entre os mais velhos sejam colaborativas pois, caso contrário, poderão transmitir aos primeiros uma ideia de insegurança dentro do contexto familiar. Assim, pode acontecer que os indivíduos que cresceram dentro de um contexto familiar inseguro possam levar consigo uma ideia de insegurança familiar aquando a formação de uma nova família¹, podendo afetar, conseqüentemente, a sua vivência de casal.

É objetivo geral da presente investigação explorar a relação que as experiências adversas precoces têm com a vivência conjugal dos indivíduos que as experienciaram, nomeadamente ao nível da intimidade e do desejo sexual. São dois os objetivos específicos deste estudo. Por um lado, pretende-se explorar se existem diferenças de género relativamente à quantidade total de experiências adversas precoces (EAP's), aos

¹ Segundo Relvas (1996), a formação do casal constitui a primeira etapa do ciclo vital de uma família.

diferentes tipos de EAP's, à intimidade e ao desejo sexual, e, por outro, analisar e compreender que tipo de relações existem entre as EAP's, a intimidade e o desejo sexual. A organização do presente estudo é feita em cinco partes. A primeira corresponde a um enquadramento teórico, no qual é apresentada a definição e a prevalência das experiências adversas precoces. Além disso, também são apresentados estudos que mostram os impactos que este tipo de experiências tem ao nível comportamental, neurobiológico, da saúde física e interpessoal. Nomeadamente, é aprofundado o tema do contexto do casal, explorando-se as relações que as experiências traumáticas na infância e/ou na adolescência têm com a vivência do casal. Posteriormente, este enquadramento focará investigações feitas em relação aos efeitos que as experiências adversas precoces têm sobre a intimidade e o desejo sexual.

A segunda parte corresponde ao método de investigação, no qual é feita uma descrição dos participantes, dos procedimentos, dos instrumentos de recolha e das técnicas de análise de dados. Na terceira parte, são apresentados os resultados recolhidos ao longo de seis meses que, na quarta parte deste estudo, são discutidos, apresentando-se também as limitações da investigação. No final, é feita uma conclusão onde são apontados possíveis percursos da investigação sobre esta relação entre as experiências adversas precoces e a vivência do casal, bem como as possíveis implicações clínicas desta relação, nomeadamente na terapia de casal.

Enquadramento Teórico

Experiências Adversas na Infância e na Adolescência

Definição e prevalência.

Entende-se por experiências adversas precoces as vivências na infância e/ou adolescência que se tornam fontes de stress (WHO, n.d.^b), tal como o abuso físico, sexual ou psicológico, a negligência, a violência interparental ou doméstica, o abuso de álcool ou substâncias por parte de um membro familiar que resida com criança ou adolescente, a violência entre pares, a violência comunitária e, por fim, a violência coletiva (i.e., guerra). A prevalência deste tipo de experiências depende da localização geográfica e dos contextos específicos, embora existam alguns dados mais globais. Nomeadamente, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), aponta que aproximadamente 20% das mulheres e 8% dos homens relatam terem sido sexualmente abusados na infância, enquanto um quarto de todos os adultos relatam terem sido vítimas de abuso físico. Nos Estados Unidos da América foi notificado que entre 2011 e 2012, 35% do total de crianças e jovens, entre os 0 e os 17 anos, experienciaram uma ou duas experiências adversas precoces e 11% experienciaram mais do que três (Sacks, Murphey, & Moore, 2014). Por sua vez, na Europa do Leste, entre o ano de 2010 e 2013, 25% do total de jovens adultos experienciaram uma experiência adversa durante a sua infância e/ou adolescência, enquanto 27,7% experienciaram duas ou mais (Bellis et al., 2014^b).

Em Portugal, um estudo recente revelou resultados surpreendentes no que toca à presença de experiências adversas precoces. Pinto, Alves e Maia (2015), ao aplicarem o *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire* a 225 mulheres com idades entre os 18 e 78 anos, descobriram que 93,5% da amostra, embora não representativa, revelou ter experienciado pelo menos uma situação adversa na sua infância ou adolescência, sendo que 17,1% revelaram ter vivido cinco ou mais tipos de adversidade. Para além disso, segundo os dados apresentados no relatório anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima de 2015, houve um aumento de crimes reportados, incluindo os maus tratos contra crianças, entre os anos de 2000 ($N = 329$) e de 2012 ($N = 2\ 177$), havendo um pico no ano 2002 e no ano 2012 (APAV, 2015). Por sua vez, o Instituto de Apoio à Criança (SOS-CRIANÇA) realizou também um relatório anual do ano 2015, no qual consta que num total de 1857 apelos telefónicos para esta linha, 72,6% envolveram crianças sujeitas a algum tipo de risco (Instituto de Apoio à Criança, 2015). Por fim, no ano de 2016, a nível nacional, foram acompanhadas em Comissões de Proteção de

Crianças e Jovens cerca de 71 016 crianças e jovens, assinalando-se igualmente um crescimento sistemático desde 2007 do número de crianças acompanhadas (CNPDPJC, 2017). É importante notar que estes números referem-se apenas aos casos que são atualmente reportados a estas entidades, não tendo sido encontrados estudos, realizados com amostras representativas da população portuguesa, que mostrem o número total de adultos que experienciaram situações adversas numa fase mais precoce da sua vida.

O impacto das experiências adversas precoces.

Os efeitos que as experiências adversas precoces (EAP's) têm nas crianças e nos adolescentes, ao longo do seu desenvolvimento e até à idade adulta, tem reunido algum consenso científico no sentido da sua severidade a longo prazo, na sua saúde e no bem-estar (Al-Shawi & Lafta, 2015; Bellis, Lowey, Leckenby, Hughes, & Harrison, 2013; Greenfield, 2010; Kessler et al., 2010; Maniglio, 2009). Fatores neurobiológicos, comportamentais e psicológicos parecem estar associados a este impacto. O desenvolvimento cerebral precoce pode ser negativamente afetado na medida em que a exposição traumática precoce tem sido associada a défices no desenvolvimento do hemisfério esquerdo, estrutura essencial na expressão e compreensão verbal e emocional, e a uma atividade anormal no verme cerebral, que parece ter um papel importante no equilíbrio emocional e atencional e na regulação da atividade do sistema límbico (Teicher, 2000). Ao nível comportamental, as experiências adversas precoces (EAP's) aparecem na literatura associadas ao abuso de álcool e de substâncias ilícitas, depressão, envolvimento em atividades sexuais desprotegidas, tentativas de suicídio e perturbações alimentares (e.g., Anda et al., 2002; Chapman et al., 2004; Dube et al., 2002; Dube et al., 2001; Felitti et al., 1998; Malinosky-Rummell & Hansen, 1993; Oppenheimer, Howells, Palmer, & Chaloner, 2013). Além disso, a literatura também parece apontar uma associação entre as EAP's e problemas ao nível da saúde física, como doenças cardíacas, doenças oncológicas e outras doenças crónicas (Dong et al., 2004; Felitti, et al., 1998). Estes resultados ao nível comportamental e da saúde física foram encontrados de forma coerente em vários países (Almuneef, Qayad, Aleissa, & Albuhairan, 2014; Anda et al., 2006; Bellis et al., 2013; Bellis et al., 2014^a; Bellis et al., 2014^b; Jewkes, Dunkle, Nduna, Jama, & Puren, 2010; Madruga et al., 2011).

No que toca aos efeitos psicológicos das experiências adversas precoces, um dos observados nos sujeitos que vivenciaram este tipo de situações é a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) (Briere & Elliot, 2003; Kendall-Tackett, 2002).

Adicionalmente, outros estudos têm mostrado associações entre o abuso sexual e visões mais negativas sobre a aparência física ou o corpo (Murthi, Servaty-Seib, & Elliot, 2006), e perturbações ao nível do comportamento alimentar e da imagem corporal (van Gerko, Hughes, Hamill, & Waller, 2005).

Além do domínio neurobiológico, psicológico, comportamental e da saúde física, a investigação está cada vez mais focada no impacto das experiências adversas precoces no funcionamento interpessoal. Esta viragem de foco é surpreendentemente recente, tendo em conta que uma das mais importantes teorias psicológicas, a teoria da vinculação de Bowlby (1969/1982, 1973, 1980), explica precisamente o impacto que as interações precoces entre o(s) cuidador(es) e a criança têm no desenvolvimento das relações interpessoais ao longo do ciclo de vida. Segundo esta teoria, é necessário que a figura de vinculação forneça à criança uma *base segura* para que esta possa explorar o ambiente e, conseqüentemente, desenvolver um equilíbrio adequado entre a ligação interpessoal e a autonomia (Ainsworth et al., 1978). Estes autores defendem que a disponibilidade parental e a responsividade sensível são aspetos fundamentais para que a criança desenvolva uma vinculação segura ao seu ou seus progenitores ou cuidadores, levando a expectativas mais positivas do si (ou do seu self) e dos outros, o que promove um funcionamento mais adaptativo ao longo da vida. Contudo, no caso de crianças que experienciam situações adversas, como negligência e/ou maus-tratos físicos e psicológicos pelas suas figuras de vinculação, estas podem desenvolver representações mentais negativas de si, dos outros e das relações (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980). O desenvolvimento destes estilos de vinculação mais inseguros (evitante, ansioso/ambivalente ou desorganizado) podem levar ao desenvolvimento de estratégias pouco adaptativas de regulação emocional e de interação com os outros (Ainsworth et al., 1978). Para além disso, os adultos que desenvolveram estes padrões de vinculação mais inseguros podem apresentar uma perceção de si próprios como não merecedores ou dignos de cuidados dos outros, e/ou expectativas de que os outros não estão acessíveis e que não respondem de forma adequada às suas necessidades – que podem levar a um padrão de vinculação conjugal evitante/desligado, evitante/amedrontado ou preocupado –, acabando por se tornarem adultos desconfortáveis com a intimidade, a dependência e a autonomia (Bartholomew, 1990; Hazan & Shaver, 1987).

Para além da teoria da vinculação na infância e na idade adulta, a teoria da família como uma base segura, de Byng-Hall (1995), explica que, com um base familiar segura, as crianças sentem que as relações entre os adultos são suficientemente

colaborativas para assegurar a prestação de cuidados permanentes. Já a exposição constante a conflitos ou à violência inter-parental tende a transmitir às crianças uma ideia de insegurança dentro do contexto familiar. Este sentimento de insegurança relativamente à família, juntamente com as representações ou os modelos negativos sobre de si próprio, os outros e as relações em geral, pode justificar os resultados encontrados relativamente às dificuldades interpessoais, nomeadamente ao nível da intimidade, demonstradas pelos indivíduos adultos que sofreram experiências adversas durante uma fase mais precoce da sua vida (Davis, Petretic-Jackson, & Ting, 2001; DiLillo, 2001; DiLillo, Lewis, & Loreto-Colgan, 2007).

O papel das experiências adversas precoces no contexto de casal.

Segundo o Modelo Compreensivo da Satisfação Conjugal apresentado por Narciso (2001; Narciso & Ribeiro, 2009), a satisfação conjugal é constituída por fatores centrípetos, que geram e são gerados pela relação, e por fatores centrífugos, que, apesar de periféricos, são influentes sobre o casal. Esta última categoria de fatores inclui os fatores contextuais, como a família alargada, a rede social e o trabalho, e os fatores individuais, que abarcam aquilo que cada membro do casal traz para a relação, como determinados estilos de vinculação, características da personalidade ou competências sócioafectivas (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009). Assim, não é de surpreender que a “bagagem” dos indivíduos que experienciaram adversidades durante a sua infância ou adolescência, pode ter algum impacto nas suas relações significativas, principalmente ao nível do conflito, da satisfação e da qualidade conjugal, nomeadamente quando estas experiências são abusos sexuais ou quando são perpetuadas por um membro familiar (e.g., Dunlop et al., 2015; Vaillancourt-Morel, Godbout, Sabourin, Péloquin, & Wright, 2014).

Na literatura, vários estudos vão neste sentido. Belt e Abidin (1996) mostraram que, no caso das mulheres, o conflito conjugal é predito pelo abuso verbal durante a sua infância, enquanto uma parentalidade afetuosa é preditiva de relações conjugais mais profundas. É também interessante verificar que existe já um conjunto importante de estudos diádicos, com casais, que investigam as relações entre as experiências adversas precoces e vivência conjugal. Nelson e Wampler (2000) observaram numa amostra de casais heterossexuais que, comparativamente aos casais em que nenhum dos membros experienciou um trauma precoce, aqueles em que um ou ambos os membros alegaram terem sido abusados ao nível físico ou sexual apresentaram uma satisfação conjugal

mais baixa. Noutro estudo diádico, realizado também com casais heterossexuais, onde foram utilizados modelos estatísticos de interdependência ator/parceiro (APIM), foram encontradas relações entre histórias de abuso emocional na infância ou adolescência, e níveis de satisfação conjugal mais baixos dos sujeitos que, precocemente, experienciaram adversidades, e dos seus respetivos parceiros (Maneta, Cohen, Schulz, & Waldinger, 2015). No estudo de DiLillo, Peugh, Walsh, Panuzio e Traks (2009), igualmente diádico, observou-se nos casais heterossexuais que, no caso dos homens, os baixos níveis de satisfação conjugal foram preditos pelo abuso físico, abuso psicológico e negligência na infância e/ou adolescência, e que, no caso das mulheres, a negligência precoce foi preditiva dos baixos níveis de satisfação conjugal. Assim, pode-se concluir que as experiências adversas precoces poderão ter um impacto negativo sobre a satisfação conjugal.

Alguns estudos também associam as experiências adversas precoces com a violência conjugal, como o estudo de Pournaghash-Tehrani e Feizabadi (2009), que, com uma amostra constituída casais que procuravam divorciar-se devido a episódios de violência doméstica, concluiu que ser uma vítima vicariante de violência doméstica durante a infância e/ou adolescência pode predizer diferentes tipos de violência física e psicológica no casal. O estudo de Godbout, Dutton, Lussier e Sabourin (2009) também vai neste sentido. Numa amostra constituída por adultos que, no momento, estavam numa relação romântica de longo-prazo, observou-se que a ansiedade de separação e o evitamento da intimidade têm um papel importante nesta relação entre exposição, durante a infância ou adolescência, a episódios de violência interparental - física ou psicológica - na família de origem e a perpetuação de violência doméstica na idade adulta (Godbout et al., 2009).

Para além da exposição a violência doméstica durante a infância e/ou adolescência, sofrer abuso físico durante esta fase parece também estar associado à violência conjugal. Por exemplo, Maneta e colaboradores (2015) realizaram um estudo diádico, com um modelo estatístico de interdependência ator/parceiro, que mostrou que o grau com que as mulheres reprimiam os seus sentimentos de raiva mediou a relação entre a severidade do abuso físico precoce e a tendência para se tornarem agressoras numa relação conjugal ou a tendência para o uso da violência por parte do seu parceiro. Brown, Perera, Masho, Mezuk e Cohen (2015) mostraram que a perturbação de stress pós-traumático, a depressão e o abuso de substâncias apresentaram efeitos mediadores nas relações entre as experiências precoces de maus tratos - negligência, abuso físico,

psicológico e sexual, violência parental e prisão ou diagnóstico de psicopatologia num progenitor - e a violência conjugal. Por sua vez, Berthelot e colaboradores (2014) concluíram que quanto maior o número de formas de maus tratos precoces e o número de sintomas de perturbação de stress pós-traumático, maior é a tendência para desenvolverem traços de personalidade irritável que, por sua vez, leva a uma tendência para se tornarem agressores numa relação conjugal, através de comportamentos violentos. Assim, para além de ter consequências negativas sobre a satisfação conjugal, as experiências adversas precoces podem levar, de forma indireta, à perpetuação de violência conjugal.

Os efeitos das experiências adversas precoces sobre a vivência conjugal do indivíduo que as vivenciou, estão muito bem documentados e são fundamentais na prática clínica, pois vários estudos sugerem uma associação entre uma elevada satisfação e a qualidade conjugal e níveis de bem-estar mais elevados, seja ao nível físico ou psicológico (e.g., Fowers, 1998; Glenn & Weaver, 1981; Gottman, 1998; Gove, Style, & Hughes, 1990; Holt-Lunstad, Birmingham, & Brandon, 2008; Horwitz, White, & Howell-White, 1996; Lee, Seccombe, & Shehan, 1991; Shackelford & Buss, 1997; Umberson, Williams, Powers, Liu, & Needham, 2006). Contudo, são poucos os estudos que analisam os efeitos que as experiências adversas precoces têm sobre dois componentes fundamentais numa relação amorosa significativa satisfeita – a intimidade e o desejo sexual -, nomeadamente os efeitos de outros tipos de EAP's que não o abuso sexual.

As Experiências Adversas Precoces e a Intimidade

A intimidade é um conceito multidimensional que pode ter um significado diferente para diferentes pessoas (Hook, Gerstein, Detterich, & Gridley, 2003). As primeiras conceptualizações teóricas sobre a intimidade consideravam-na como uma característica individual (Davis & Petretic-Jackson, 2000; Van den Broucke, Vandereycken, & Vertommen, 1995). Contudo, foram sendo trabalhados modelos que atribuem um estatuto mais relacional à intimidade, não deixando de lado a componente individual. É o caso do Modelo Integrado da Intimidade Conjugal, de Van den Broucke e colaboradores (1995), que integra três dimensões ao nível relacional – a interdependência afetiva, cognitiva e instrumental -, duas dimensões ao nível individual – a autenticidade e a abertura – e uma dimensão ao nível da rede social – a exclusividade. Para além deste modelo, temos a definição de intimidade, igualmente

integradora, de Baumeister e Bratslavsky (1999), que apresentam três dimensões da intimidade: (1) a autorrevelação mútua de informação pessoal, (2) a adoção de uma atitude fortemente favorável perante o outro, que se manifesta em sentimentos positivos e carinhosos e na motivação para apoiar o outro, e (3) a comunicação do afeto, que é manifestado verbalmente e/ou através de atos que demonstram preocupação e atenção pelo outro, como o toque físico ou o ato sexual (Baumeister & Bratslavsky, 1999).

Narciso apresenta em 2001 o Modelo Compreensivo da Satisfação Conjugal – derivado de estudos qualitativos –, onde a intimidade é compreendida como tecido relacional constituído por vários fios de diferentes ‘cores e texturas’, como a autorrevelação (ou partilha), o apoio emocional, a confiança, a mutualidade e a interdependência (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009). Mais recentemente, Ferreira, Narciso e Novo (2013) apresentaram o Modelo Sistémico da Intimidade, que relaciona três dimensões mais salientes da intimidade, segundo os casais da amostra: a autenticidade, a partilha e a confiança, integradas através de dois temas: a privacidade e a compreensão (Ferreira et al., 2013).

Na literatura, existem diversos estudos que demonstram que a capacidade de se sentir íntimo numa relação está habitualmente perturbada nos indivíduos que experienciaram situações adversas na sua infância e/ou adolescência, e que, conseqüentemente, tendem a demonstrar um evitamento ou ansiedade perante relações íntimas (Godbout et al., 2009). Davis e colaboradores (2001) observaram numa amostra constituída por mulheres, que aquelas que experienciaram mais do que um tipo de abuso precoce (sexual e físico) apresentaram um maior medo da intimidade, comparativamente com aquelas que experienciaram apenas um tipo de abuso (Davis et al., 2001). Os resultados do estudo de Colman e Widow (2004), realizado com uma amostra constituída por homens e mulheres, também vão neste sentido: os maus-tratos precoces, como a negligência e o abuso físico e sexual, demonstraram ter um efeito negativo na capacidade dos sobreviventes para criarem e gerirem relações íntimas saudáveis na idade adulta (Colman & Widom, 2004).

No que toca ao abuso sexual precoce, os sobreviventes parecem demonstrar dificuldades em manter relações íntimas e em confiar naqueles que são importantes nas suas vidas, sejam eles amigos, colegas ou parceiros amorosos (Davis & Petretic-Jackson, 2000). Os resultados do estudo de Pistorello e Follette (1998) também vão neste sentido: os dois temas mencionados com mais frequência na amostra clínica de mulheres sobreviventes de abuso sexual na infância ou adolescência foram

precisamente as dificuldades na intimidade e na comunicação emocional, e problemas relacionados com um excesso ou falta de controlo na relação amorosa. Também é importante referir que as sobreviventes que relataram ter mais dificuldades em serem íntimas na sua relação amorosa foram aquelas que foram abusadas numa fase mais precoce da sua vida e por um maior período de tempo (Pistorello & Follette, 1998).

Estes efeitos a longo prazo que o abuso sexual precoce tem sobre a capacidade de se ser íntimo podem ser explicados pela compreensão, por parte da criança, que o abusador é uma figura à qual está vitalmente dependente, e/ou pelo sentimento de traição resultante da incapacidade ou recusa dos membros familiares em protegê-la ou acreditar na ocorrência do abuso (Finkelhor & Brown, 1985). Estas experiências vão fazer com que a criança ou o adolescente, na idade adulta, crie modelos sobre si próprio e sobre os outros mais negativo (Bartholomew, 1990) e evite qualquer estímulo que esteja associado a memórias de um abuso que ocorreu no contexto de uma relação interpessoal íntima ou próxima, na qual aprenderam que estes podem levar a uma demanda para a atividade sexual (Polusny & Follette, 1995). Desta forma, estes indivíduos acabam por desenvolver uma espécie de aversão a relações íntimas ou até a procurar desesperadamente uma relação que repare esta dificuldade (Briere & Runtz, 1987; Finkelhor & Browne, 1985).

As Experiências Adversas Precoces e o Desejo Sexual

No “tecido relacional” da intimidade encontramos também o contorno da sexualidade (Narciso, 2001), que não deve ser investigada de forma isolada deste mesmo tecido (Davis & Petretic-Jackson, 2000). Isto faz sentido visto que muitos dos indivíduos que experienciaram, precocemente, situações adversas, nomeadamente abuso sexual, e que sentem dificuldades ao nível da intimidade, confiança e abertura em relações amorosas, acabam por apresentar vários tipos de disfunções sexuais, como, aversão ou compulsão sexual, vaginismo, ejaculação precoce, dificuldades ao nível da excitação sexual, do desejo sexual e do orgasmo, bem como atitudes negativas perante a sua sexualidade e os seus corpos (e.g., Finkelhor & Browne, 1985; Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Kinzl, Mangweth, Traweger, & Wilfried, 1996; Kinzl, Traweger, & Biebl, 1995; Loeb et al., 2002; Mills & Turnbull, 2004; Vaillancourt-Morel et al., 2015; Vearnals & Campbell, 2001; Zwickl & Merriman, 2011). Para além disso, a episódios deste tipo de experiência adversa precoce está associada uma insatisfação ao nível sexual, um sentimento de culpa ou de ansiedade durante um ato

sexual e uma confusão relativamente ao papel da atividade sexual nas relações de afeto (Bigras, Daspe, Godbout, Briere, & Sabourin, 2016; Bigras, Godbout, & Briere, 2015; Finkelhor & Browne, 1985; Pistorello & Follette, 1998; Pulverman & Meston, 2016).

O ciclo da resposta sexual é tradicionalmente dividido em quatro fases - do desejo, da excitação, do orgasmo e da resolução -, podendo uma ou mais ser perturbada ou disfuncional (Kinzl et al., 1996). Mais contemporaneamente, Basson e colaboradores (2003, 2004) apresentaram um modelo alternativo do ciclo da resposta sexual das mulheres: o desejo sexual pode ser experienciado após a excitação já ter ocorrido, e o desejo e a excitação sexual co-ocorrem e retroalimentam-se. O desejo sexual refere-se a um estado psicológico no qual o sujeito tem um interesse e motivação em estimular os seus próprios genitais (i.e., através da masturbação) ou envolver-se numa atividade sexual com um parceiro de forma apropriada (i.e., com o consentimento de ambos), através do contacto genital (Bogaert & Fawcett, 2006; Wincze, 2009; Wincze & Carey, 2001). Uma perturbação ao nível do desejo sexual é denominada, pela 5.^a edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, por “Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo Masculino” ou “Perturbação do Interesse ou Excitação Sexual Feminina”, podendo caracterizar-se pelo défice ou ausência de fantasias sexuais e um baixo ou falta de desejo sexual ou, pelo contrário, um elevado e constante desejo sexual (APA, 2013; Nobre, 2006; Wincze, 2009).

Ao nível afetivo, existem três diferentes estados que podem acompanhar esta falta de desejo para se envolver em relações sexuais (Wincze & Carey, 2001). O primeiro refere-se a um sentimento neutro, onde a pessoa simplesmente não está preocupada com o relacionar-se numa atividade sexual. De seguida, temos o sentimento negativo, onde a pessoa se sente culpada e/ou deprimida sobre a falta de desejo. Por fim, temos o sentimento de medo e/ou ansiedade, onde a pessoa tem medo de se envolver numa atividade sexual e esforça-se para o evitar. Este último estado afetivo poderá dar suporte aos resultados que são encontrados na comunidade científica relativamente às perturbações ao nível do desejo sexual sentidas pelos indivíduos que experienciaram adversidades na infância ou adolescência. Vários estudos demonstram que a maioria dos indivíduos que foram sexualmente abusados quando crianças ou adolescentes, apresentam disfunções ao nível do desejo sexual (Becker, Skinner, Abel, Axelrod, & Cichon, 1984; Jackson, Calhoun, Amick, Maddever, & Valerie, 1990; Sarwer & Durlak, 1996). Um estudo recente mostrou que a experiência deste tipo de

experiência adversa precoce, no caso das mulheres, foi preditivo da infrequência de desejo sexual (Beutel, Stöbel-Richter, & Brähler, 2008).

Kinzl e colegas (1995), que, para além do abuso sexual, também exploraram o efeito das experiências familiares (i.e., relação parental ou entre pai-filho) negativas ao longo da infância e/ou adolescência, mostraram que a vivência de múltiplas experiências de abuso sexual precoces está associada a uma maior frequência de perturbação no desejo sexual, enquanto as experiências familiares negativas precoces estão significativamente relacionadas com qualquer tipo de perturbação sexual. Contudo, os resultados do estudo de Kinzl e colaboradores (1996) mostraram que um ambiente familiar adverso durante a infância e/ou adolescência, caracterizado por uma negligência emocional e violência física, parece aumentar mais a predisposição dos sobreviventes para desenvolverem disfunções sexuais (como no desejo sexual), do que as experiências de abuso sexual precoces. Estes resultados podem ser explicados com um dos fatores psicossociais que afetam o desejo sexual, apresentado por Bogaert e Fawcett (2006): o historial de aprendizagens e os condicionamentos relacionados com a sexualidade. Segundo estes autores, aqueles que tiveram uma história de experiências sexualmente negativas, como o medo, a ansiedade e dor, acabam por diminuir o desejo em envolver-se numa atividade sexual, seja consigo próprio ou com o outro.

Relativamente à dimensão mais cognitiva do desejo sexual, um dos seus componentes refere-se às fantasias sexuais (Wincze & Carey, 2001) pelo que também importa explorar as relações entre este construto e as experiências adversas precoces. As fantasias sexuais, definidas por Leitenberg e Henning (1995) como qualquer imagem mental que seja sexualmente excitante ou erótica para o indivíduo, são muitas vezes utilizadas como indicadores de um funcionamento sexual saudável (APA, 2013). Contudo, existem estudos que reportam diferenças entre indivíduos que, precocemente, experienciaram situações traumáticas e aqueles que não experienciaram este tipo de situações, em função da frequência e das características das fantasias sexuais. O estudo de Smith (1996) mostrou que as mulheres que experienciaram abuso sexual na sua infância demonstraram um maior número de fantasias sexuais. Com uma amostra constituída por mulheres e homens, Briere, Smiljanich e Heschel (1994) também chegaram a resultados semelhantes: observou-se que os indivíduos que foram sexualmente abusados na sua infância ou adolescência, comparativamente com aqueles que não foram vítimas de abuso sexual precoce, demonstraram ter mais fantasias sexuais em todas as áreas temáticas (Briere et al.,

1994). Da mesma forma, Gold (1991) concluiu, no seu estudo, que as fantasias sexuais das mulheres que tinham uma história de abuso sexual eram diferentes das fantasias daquelas que não vivenciaram uma história de abuso: estas eram mais fortes e mais explícitas.

Esta tendência por parte dos indivíduos que foram sexualmente abusados numa fase precoce da sua vida, para terem um maior número de fantasias sexuais e para que estas sejam mais fortes e explícitas, pode estar relacionada com uma sexualização traumática, que, segundo Finkelhor e Browne (1985), é um processo que faz com que a sexualidade da criança (incluindo os sentimentos e as atitudes sexuais) se desenvolva de uma forma inapropriada ao nível desenvolvimental e disfuncional ao nível interpessoal, levando a preocupações sexuais e comportamentos sexuais repetitivos (como a masturbação e a brincadeira sexual compulsiva) e, posteriormente, a problemas sexuais na idade adulta. Contudo, não existem dados sobre os efeitos que uma maior frequência de fantasias sexuais e a existência de fantasias sexuais mais explícitas ou fortes podem ter sobre o comportamento sexual do indivíduo que foi sexualmente abusado na sua infância e/ou adolescência.

O Presente Estudo

Ao nível internacional, as relações entre o abuso sexual precoce e as perturbações ao nível da intimidade e da sexualidade foram muito bem estudadas e aprofundadas pela comunidade científica (Beutel et al., 2008; Davis & Petretic-Jackson, 2000). No entanto, são raros ou inexistentes os estudos que se preocupam em compreender se existem ou não associações entre os outros tipos de experiências adversas precoces, e a sexualidade e intimidade.

Vários autores têm mostrado que uma elevada qualidade e satisfação conjugal proporciona níveis elevados de bem-estar físico e psicológico (e.g., Fowers, 1998; Glenn & Weaver, 1981; Gottman, 1998; Gove et al., 1990; Holt-Lunstad et al., 2008; Horwitz et al., 1996; Lee et al., 1991; Shackelford & Buss, 1997; Umberson et al., 2006). Assim, torna-se importante estudar melhor a intimidade e o desejo sexual dos indivíduos que experienciaram adversidades na sua infância ou adolescência, e que estejam numa relação conjugal, por forma a explorar, posteriormente, formas de intervir sobre estas problemáticas, com o auxílio de uma relação conjugal funcional, apoiante, segura e satisfatória.

Desta forma, esta investigação propõe-se a explorar a relação entre as experiências adversas ocorridas na infância e/ou na adolescência (ou experiências adversas precoces, EAP's) e o desejo sexual e intimidade, no contexto de uma relação amorosa. Mais especificamente, este estudo tem como objetivo (1) analisar se existem diferenças de género, relativamente ao número total de EAP's, aos diferentes tipos de EAP's, ao desejo sexual e à intimidade (juntamente com as suas duas dimensões: frequência de comportamentos de intimidade e intensidade dos sentimentos e comportamentos de intimidade). Além disso, também pretende explorar, analisar e compreender (2) as relações entre os diferentes tipos de EAP's e o desejo sexual, a intimidade e as suas duas dimensões (intensidade e frequência) e (3) as relações entre o número total de EAP's dos participantes e o desejo sexual, a intimidade e as suas duas dimensões.

Método

Participantes

Um total de 192 participantes, dos quais 127 mulheres (66.1%) e 65 homens (33.9%), com uma idade igual ou superior a 18 anos ($M = 28.7$, $SD = 10.7$, *range*: 18 - 78), participaram neste estudo. A maioria identificou-se como caucasiano/branco (97.9%, $n = 188$), sendo que dois participantes identificaram-se como africanos (1%) e um como asiático (0.5%). Relativamente ao acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, 55.7% ($n = 107$) afirmaram nunca ter tido, enquanto 31.8% ($n = 61$) assinalaram positivamente e 12.5% ($n = 24$) informou estar atualmente a ter este tipo de acompanhamento. Dos 28.1% ($n = 54$) participantes que frequentam uma religião, 50 partilharam frequentar a religião católica e os restantes quatro participantes responderam frequentar, respetivamente, a religião evangélica, islâmica, *quaker* e umbanda.

Menos de metade da amostra disse ser estudante (45.3%, $n = 87$), 1% ($n = 2$) eram trabalhadores estudantes e 41.1% ($n = 79$) encontravam-se empregados. A maioria dos participantes (75%, $n = 144$) reside na região de Lisboa e Vale do Tejo. No que concerne à situação conjugal, 69.3% ($n = 133$) dos participantes não se encontravam numa relação conjugal, 2.1% ($n = 4$) encontravam-se divorciados e 0.5% ($n = 1$) viúvo, enquanto 13.5% ($n = 26$) encontravam-se casados há, em média, 16.7 anos ($SD = 10.15$), 14.6% ($n = 28$) em coabitação ou união de facto há, em média, 3.1 anos ($SD = 2.63$). Importa referir que do total, 114 (59.4%) dos participantes responderam ter uma

relação amorosa significativa, tendo apenas estes respondido aos instrumentos propostos para medir a intimidade e o desejo sexual.

Ao longo da sua vida, 13 participantes (6.7%) tiveram, em média, 1.1 casamentos ($SD = 0.37$), 21 (10.9%) tiveram, em média, 1.3 coabitações ou uniões de facto ($SD = 0.57$), sete (3.6%) tiveram uma relação que terminou por divórcio, 49 (25.5%) tiveram, em média, 2.06 relações que terminaram por separação ($SD = 2.15$), e três (aproximadamente 1.65%) tiveram uma relação que terminou por viuvez. Em relação ao primeiro casamento, os participantes que casaram pelo menos uma vez na vida, tinham, em média, 25.4 anos ($SD = 3.90$; *range*: 17 - 32) quando casaram pela primeira vez. Relativamente ao número de filhos, 31 participantes (16.1%) têm, em média, 1.55 filhos ($SD = 0.72$; *range*: 1 - 4), e tinham, em média, 27.74 anos ($SD = 4.85$; *range* = 17 - 36) quando tiveram o seu primeiro filho.

Relativamente aos primeiros 18 anos de vida dos participantes, 27.6% ($n = 53$) responderam terem vivido no centro da cidade, 22.9% ($n = 44$) na cidade, 21.4% ($n = 41$) no subúrbio, 14.6% ($n = 28$) na vila, 9.9% ($n = 19$) na aldeia e 0.5% ($n = 1$) no campo. Ao nível de rendimento familiar mensal, 5.2% ($n = 10$) da amostra respondeu ter vivido com uma renda até um salário mínimo, 21.9% ($n = 42$) entre um a dois salários mínimos, 25.5% ($n = 49$) com uma entre três a quatro salários mínimos, e 17.7% ($n = 34$) com mais do que quatro salários mínimos. Em termos de configuração familiar, a maioria dos participantes ($\approx 74.5\%$, $n = 143$) viveu, durante os seus primeiros 18 anos de vida, com os seus pais, 22 (11.5%) viveram com um dos pais, sete (3.6%) viveram com os pais e posteriormente apenas com um dos pais, dois (1%) viveram com os pais e posteriormente apenas com outros familiares, e dois (1%) com outros familiares que não os pais.

No que toca ao número total de experiências adversas vividas nos primeiros 18 anos, 31.8% ($n = 61$) dos participantes não experienciaram qualquer tipo de situação adversa medida no estudo, enquanto cento e trinta e um (68.2%) participantes relataram terem experienciado pelo menos uma situação desta natureza. Destes 131 participantes, 28.1% ($n = 54$) relataram ter experienciado um tipo de experiência adversa precoce, 24.5% ($n = 47$) relataram terem sido expostos a duas ou três tipos de experiências adversas precoces, e os restantes 15.6% ($n = 30$) partilharam ter experienciado quatro ou mais tipos de situação adversas nos seus primeiros 18 anos de vida. Importa também referir que, dos 131 participantes que experienciaram situações adversas precoces, 64.1% ($n = 94$) eram mulheres e os restantes homens.

No que toca à experiência direta de situações adversas no qual o sujeito, 1.6% ($n = 3$) partilhou ter experienciado abuso físico, 12% ($n = 23$) experienciou abuso emocional, 13% ($n = 25$) abuso sexual, 1.6% ($n = 3$) negligência física, 17.7% ($n = 34$) negligência emocional e 9.4% ($n = 18$) experienciou episódios de *bullying*. Relativamente à experiência indireta de situações adversas precoces, 12% ($n = 23$) relatou ter vivido com membros familiares alcoólicos ou toxicodependentes, 1.6% ($n = 3$) com membros familiares que já tiveram presos, 29.7% ($n = 57$) com membros familiares com um diagnóstico de depressão, doença mental ou com comportamentos suicidas, 24% ($n = 46$) com membros familiares que foram alvos de agressão física ou psicológica (i.e., exposição a violência intrafamiliar), 38.5% ($n = 74$) experienciaram a separação ou divórcio dos pais ou a morte de um cuidador ou progenitor, .5% ($n = 1$) foram expostos a violência comunitária e 6.8% ($n = 13$) a violência coletiva.

Procedimentos

Com o recurso à técnica bola de neve, esta amostra de conveniência foi recolhida, entre o mês de Dezembro de 2016 e de Maio do ano corrente, através da distribuição de um conjunto de instrumentos de autorrelato, juntamente com um consentimento informado (ver Anexo 1). Esta distribuição foi feita através da distribuição de protocolos impressos e a divulgação do mesmo em formato online, através do *software* de investigação *Qualtrics*, e da sua posterior partilha em publicações na rede social *Facebook*.

Nestas distribuições dos protocolos, impressos e online, foram apresentados os critérios para inclusão na amostra (i.e., ter uma idade superior a 18 anos e nacionalidade portuguesa), o tempo médio estimado do preenchimento (40 minutos, apesar dos participantes terem respondido numa média de, aproximadamente, 21.32 minutos [$SD = 9.54$]) e o caráter voluntário da sua participação, salientando-se o direito à desistência a qualquer momento, e confidencial – no caso do formato impresso – ou anónimo – no caso do formato online – dos dados recolhidos.

No caso do protocolo impresso, foram recolhidas as rúbricas dos 75 participantes, por forma a obter o consentimento informado dos mesmos, tornando, assim, os dados confidenciais. No caso do protocolo *online*, os dados dos 117 participantes são totalmente anónimos, visto que não foi obtido qualquer identificador.

Medidas²

Dados sociodemográficos.

Foi utilizado um questionário constituído por dezanove itens, sendo quatro deles referentes à situação socioeconómica dos primeiros 18 anos da vida do participante, para avaliar algumas dimensões sociodemográficas, como a idade, a situação profissional, o nível de escolaridade, a zona de residência atual, a identificação étnica/cultural, a existência ou não de um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e a situação conjugal, nomeadamente a duração do casamento ou da coabitação. Para além disso, tendo em conta o primeiro objetivo principal deste estudo, o questionário também solicitou informação sobre o género³ do participante. Este questionário sociodemográfico encontra-se na íntegra no Anexo 2.

Experiências adversas precoces.

As experiências adversas precoces foram avaliadas através do *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire* (ACE-IQ; WHO, n.d.^b; ver Anexo 3). O ACE-IQ foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) com o objetivo de analisar os efeitos a longo-prazo do trauma infantil através da análise da associação entre os dados obtidos e os comportamentos de risco na idade adulta. Este instrumento de autorrelato e de rastreio inclui um conjunto de questões que avaliam treze categorias, divididas em duas áreas. A primeira diz respeito às experiências adversas nas quais os indivíduos, numa fase precoce da sua vida, foram vítimas diretas de (1) abuso físico, (2) emocional e (3) sexual, de (4) negligência física e (5) emocional, ou de (6) *bullying*. A segunda área diz respeito a situações adversas experienciadas de forma indireta, como (7) o consumo de substâncias – álcool ou estupefacientes – por parte de um membro familiar, (8) a presença de um membro familiar com um diagnóstico de doença mental ou com comportamentos suicidas, (9) a prisão de um

² O protocolo utilizado está enquadrado num projeto de investigação de doutoramento, em Psicologia clínica, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Narciso, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, que pretende compreender a influência no bem-estar do adulto das experiências adversas precoces. Contudo, na presente investigação, incluiu-se mais duas escalas para medir o desejo sexual e a intimidade dos participantes que se encontravam numa relação amorosa significativa.

³ Apesar do questionário sociodemográfico solicitar o sexo do participante, este estudo, ao incluir variáveis culturais e psicológicas (o desejo sexual e a intimidade numa relação amorosa significativa), propõem-se a analisar as diferenças de género.

membro familiar, (10) violência doméstica, (11) a morte de um cuidador ou progenitor ou separação/divórcio dos progenitores, (12) violência comunitária (i.e., ver alguém a ser fisicamente agredido ou morto), ou (13) violência coletiva (i.e., guerras, terrorismo, conflitos políticos ou étnicos, repressão, sequestro ou tortura).

Através de algumas questões que tinham como opções de resposta “Muitas vezes”, “Algumas vezes”, “Uma vez” ou “Nunca”, e outras (referentes ao contexto familiar) que tinham como opções de resposta “sim” ou “não”, este questionário permite calcular o número total de tipos de experiências adversas. No formato de resposta que se refere à frequência, a codificação foi feita através da correspondência de determinadas frequências à ausência (0) ou presença (1) de cada tipo de experiência adversa. No caso das perguntas respondidas de forma binária, uma resposta negativa corresponde à ausência (0) daquele tipo de experiência adversa, enquanto uma resposta afirmativa corresponde à sua presença (1). Posteriormente, calculou-se o somatório dos valores obtidos por cada indivíduo nas treze categorias, podendo variar entre 0 (quando o sujeito relata não ter vivido qualquer tipo de experiências adversas) a 13 (quando o sujeito relata ter vivido todos os tipos de experiências adversas). As codificações realizadas tiveram como base o guia de análise dos dados do formato “frequência” do ACE-IQ, fornecido pela WHO (WHO, n.d.^a).

Além de ser um instrumento que se encontra em fase de adaptação, até à data, ainda não foram realizados estudos psicométricos que analisem a precisão e a validade deste instrumento, sendo, segundo a Organização Mundial de Saúde, um passo a tomar no futuro (WHO, 2011). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .84.

Intimidade.

Por forma a avaliar a segunda variável deste estudo – a intimidade –, foi utilizada a versão portuguesa da *Miller Social Intimacy Scale* (MSIS), construída para avaliar a perceção de intimidade de cada participante na relação amorosa com o seu companheiro (Miller & Lefcourt, 1982; Ferreira, 2013; Ferreira, Narciso, Novo, & Pereira, 2014). Este instrumento de autorrelato consiste num conjunto de 6 itens que avaliam os comportamentos de intimidade, variando de 1 (“Muito raramente”) a 10 (“Quase sempre”), e de 11 itens que avaliam a intensidade do sentimento e dos comportamentos de intimidade, variando de 1 (“Pouco”) e 10 (“Muito”). A escala original, criada com o propósito de responder à falta de escalas que medissem a intimidade no contexto de diferentes tipos de relações interpessoais, apresentou resultados psicométricos positivos,

seja ao nível da consistência interna ($\alpha = .91$ e $\alpha = .86$), da estabilidade, da validade convergente e da validade de construto (Miller & Leftcourt, 1982). A versão portuguesa também foi neste sentido: com um alfa de Cronbach de .92 (Ferreira, 2013; Ferreira et al., 2014), esta versão mostrou ser composta por itens que se encontram a medir o mesmo atributo subjacente. Na presente investigação, foi encontrado um alfa de Cronbach de .91. A escala encontra-se na íntegra no Anexo 4.

Desejo sexual.

Como terceira variável, este estudo também procura avaliar o desejo sexual dos participantes que, no momento da sua participação, se encontravam numa relação amorosa significativa, através da versão portuguesa do *Hurlbert Index of Sexual Desire* (HISD; Apt & Hurlbert, 1992; Ferreira, 2013; Ferreira et al., 2014; ver Anexo 5). O HISD é uma medida unifatorial do desejo sexual, constituído por 25 itens de autorrelato, cujas respostas variam do 0 (“Nunca”) ao 4 (“Sempre”). O instrumento original, para além de não ter sido influenciado pela desejabilidade social, apresentou uma excelente precisão teste-reteste durante duas semanas ($r = .86$), uma consistência interna elevada ($\alpha = .89$) e uma boa validade concorrente, discriminatória e de construto (Apt & Hurlbert, 1992). A versão portuguesa também mostrou ter uma excelente consistência interna ($\alpha = .92$) (Ferreira, 2013; Ferreira et al., 2014). Neste estudo, o alfa foi de .95.

Análise de Dados

Os dados recolhidos foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 (IBM, SPSS Inc., Armonk, NY). Primeiramente, para responder ao primeiro objetivo deste estudo, foi realizada, em função do sexo, uma análise descritiva dos dados - médias e desvios-padrão -, o teste de diferenças de médias de *T-Student*, incluindo as variáveis relativas ao número total de experiências adversas precoces, ao desejo sexual e à intimidade, e o teste do qui-quadrado com as treze variáveis categóricas e dicotómicas, correspondentes a cada tipo de experiência adversa precoce estudada.

Por forma a analisar as relações propostas no segundo objetivo específico deste estudo, optou-se por analisar o padrão de correlações entre as variáveis medidas – o número total de experiências adversas precoces, os treze tipos de experiências adversas precoces, o desejo sexual e a intimidade. Por fim, fez-se uso de uma Análise de Regressão Linear Múltipla para analisar o poder preditivo de dois tipos de experiências

adversas - abuso físico e abuso sexual - sobre a variável desejo sexual.

Resultados

Análises Descritivas e de Comparações de Grupos (Mulheres vs. Homens)

Com o objetivo de analisar descritivamente a amostra segundo as variáveis medidas, foram calculados os resultados médios e os respectivos desvios-padrão do número total de experiências adversas precoces (TEAP), do desejo sexual (DS), da intimidade (INT) e das suas duas dimensões – frequência de comportamentos de intimidade (FI) e intensidade dos sentimentos e comportamentos de intimidade (II). Para além disso, com estas mesmas variáveis, foi realizado o teste de diferenças de médias de *T-Student*, em função do sexo do participante. A análise da magnitude das diferenças significativas foi realizada segundo os critérios propostos por Cohen (1988, citado em Pallant, 2010). Os resultados são apresentados na Quadro 1.

Através da análise dos resultados, no que se refere ao TEAP (ver Quadro 1), podemos verificar que as médias das mulheres ($M = 1.71$, $DP = 1.94$) e dos homens ($M = 1.62$, $DP = 1.74$) não são significativamente diferentes ($t(190) = .32$, $p = .74$, *two-tailed*). Assim, o número de situações adversas experienciadas durante a infância ou adolescência foi, neste estudo, independente do sexo. Para o DS (ver Quadro 1) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, sendo que, comparativamente às mulheres ($M = 3.25$, $DP = .77$), os homens ($M = 3.91$, $DP = .52$) relatam níveis de desejo sexual mais elevados ($t(99) = -5.411$, $p = .000$, *two-tailed*). Esta diferença entre médias apresentou uma magnitude elevada (diferença média = $-.662$, 95% *CI*: $-.38$ a $-.41$; $\eta^2 = .358$). No que toca à INT (ver Quadro 1), as mulheres ($M = 146.40$, $DP = 17.46$) apresentam médias significativamente superiores aos homens ($M = 137.56$, $DP = 19.20$; $t(111) = 2.430$, $p = .017$, *two-tailed*), mas a magnitude destas diferenças entre as médias (diferença média = 8.84 , 95% *CI*: 1.63 a 16.06) foi pequena ($\eta^2 = .050$).

Para a dimensão frequência de intimidade (FI; ver Quadro 1), da variável INT, obteve-se diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres ($M = 49.45$, $DP = 7.68$) e os homens ($M = 45.89$, $DP = 8.44$; $t(112) = 2.245$, $p = .027$, *two-tailed*), sendo que as mulheres reportaram níveis mais frequentes de comportamentos de intimidades do que os homens. Contudo, a magnitude destas diferenças (diferenças médias = 3.56 , 95% *CI*: 0.41 a 6.70) foi pequena ($\eta^2 = .043$). Finalmente, em média, as mulheres ($M = 96.95$, $DP = 10.93$) apresentaram níveis de intensidade da intimidade (II) significativamente superiores aos homens ($M = 91.81$, $DP = 10.93$; $t(111) = 2.269$, $p =$

.025, *two-tailed*). No entanto, tal como se observou na dimensão FI, a diferença entre as médias das mulheres e dos homens, no que toca à II (ver Quadro 1), teve uma magnitude pequena (diferença média = 5.14, 95% *CI*: 0.65 a 9.63; $\eta^2 = .044$).

Quadro 1.

Estatísticas Descritivas do Desejo Sexual, da Intimidade e do Número Total de Experiências Adversas Precoces e Diferenças de Médias em Função do Sexo dos Participantes

	η^2	Mulheres (<i>n</i> = 77)		Homens (<i>n</i> = 37)		Diferenças entre grupos	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Desejo sexual</i>	.358	3.25	.77	3.91	.52	-5.411	.000
<i>Intimidade</i>	.050	146.40	17.46	137.56	19.20	2.430	.017
Frequência de comportamentos de intimidade	.043	49.45	7.68	45.89	8.44	2.245	.027
Intensidade dos sentimentos e comportamentos de intimidade ^a	.044	96.95	10.93	91.81	11.84	2.269	.031
<i>Número total de experiências adversas precoces</i> ^b	.000	1.71	1.94	1.62	1.74	.327	.744

^a O *n* total de homens na dimensão “Intensidade dos sentimentos e comportamentos de intimidade” foi de 36, pois um participante não respondeu a um item desta dimensão.

^b O *n* total de participantes na variável “Número total de experiências adversas precoces” foi de 127, no caso das mulheres, e 65 no caso dos homens, pois apenas os participantes que se encontravam numa relação amorosa significativa responderam aos instrumentos que medem o desejo sexual e a intimidade.

Para analisar as diferenças de sexo nas diferentes variáveis categóricas (“Experienciado” vs. “Não experienciado”) correspondentes aos tipos de experiências adversas estudados – abuso físico (AF), abuso emocional (AE), abuso sexual (AS), negligência física (NF), negligência emocional (NE), *bullying* (BUL), membros familiares alcoólicos ou toxicodependentes (AT), membros familiares ex-reclusos (ER), membros familiares com diagnóstico de depressão, doença mental ou com comportamentos suicidas (DM), violência física ou psicológica intrafamiliar (VI), separação/divórcio dos pais ou morte de um cuidador ou progenitor (SDM), violência comunitária (VCM) e violência coletiva (VCL) -, foi utilizado o teste do qui-quadrado. Os resultados são apresentados na Quadro 2.

Ao analisar-se os resultados, conclui-se que a única relação significativa existente é a associação entre o sexo e a experiência ou não experiência de pelo menos um AS, $\chi^2(1) = 6.13$, $p < .05$. Este resultado significa que, baseado na razão de possibilidades, é 4.35 mais provável que as mulheres apresentem pelo menos uma experiência de abuso sexual, do que os homens.

Quadro 2.

Valores do Teste do Qui-quadrado entre os Diferentes Tipos de Experiências Adversas Precoces e o Sexo dos Participantes

<i>Variável</i>	<i>Qui-quadrado</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
AF	1.560	1	.212
AE	.325	1	.569
AS	6.130	1	.013
NF	.000	1	.985
NE	.364	1	.546
BUL	1.200	1	.273
AT	.325	1	.569
ER	1.465	1	.226
DM	2.057	1	.151
VI	.042	1	.838
SDM	3.474	1	.062
VCM	1.964	1	.161
VCL	.132	1	.716

Nota: DS = Desejo Sexual; INT = Intimidade; FI = Frequência de comportamentos de intimidade; II = Intensidade dos sentimentos e comportamentos de intimidade; TEAP = Número total de experiências adversas precoces; AF = Abuso Físico; AE = Abuso Emocional; AS = Abuso Sexual; NF = Negligência Física; NE = Negligência Emocional; BUL = *Bullying*; AT = Membros familiares alcoólicos ou toxicodependentes; ER = Membros familiares ex-reclusos; DM = Membros familiares com diagnóstico de depressão, doença mental ou com comportamentos suicidas; VI = Violência psicológica ou física Intrafamiliar; SDM = Separação/divórcio dos pais ou morte de um cuidador ou progenitor; VCM = Violência Comunitária; VCL = Violência Coletiva.

Análise das Correlações entre as Variáveis em Estudo

Por forma a explorar a direção e a força das associações entre as variáveis medidas, optou-se por realizar, através do coeficiente de correlação r de Pearson, uma análise de correlações das variáveis em estudo: o desejo sexual, a intimidade, as suas duas dimensões – frequência de comportamentos de intimidade e intensidade dos comportamentos e sentimentos de intimidade –, o número total e os treze tipos de experiências adversas precoces – abuso físico, emocional e sexual, negligência física e emocional, *bullying*, membros familiares alcoólicos ou toxicodependentes, ex-reclusos, com diagnóstico de depressão, doença mental ou com comportamentos suicidas, violência física ou psicológica intrafamiliar, separação/divórcio dos pais ou morte de um cuidador ou progenitor, violência comunitária e violência coletiva.

Ao analisarmos os valores de correlação (Quadro 3), compreendemos que o desejo sexual (DS) está significativamente relacionado, de forma negativa, embora fraca, com o abuso físico, $r = -.29, p < .01$, com o abuso sexual, $r = -.22, p < .05$, e com o *bullying*, $r = -.18, p < .05$. Por sua vez, a intimidade mostrou correlacionar-se significativamente, de forma positiva e fraca, com o desejo sexual, $r = .22, p < .05$. Contudo, esta variável não mostrou qualquer correlação significativa com o número total ou com os treze tipos de experiências adversas precoces.

Por forma a compreender melhor a relação negativa e fraca entre o desejo sexual e o *bullying*, fez-se também uma análise de correlações entre o desejo sexual e, com base na questão 5.2. do ACE-IQ (ver Anexo 3), os diferentes tipos de *bullying* experienciados: agressão direta, racismo, devido à religião, sexual, marginalização, aparência física e outros tipos. Dos resultados da análise (Quadro 4), observou-se que o único tipo de *bullying* que mostrou estar significativamente correlacionado – de forma negativa e fraca – com o desejo sexual foi o racismo, $r = -.27, p < .05$.

Quadro 3.

Correlações entre as Variáveis em Estudo

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. DS	--																		
2. INT	.229*	--																	
3. FI	.111	.919**	--																
4. II	.292**	.960**	.771**	--															
5. TEAP	-.065	.031	.018	.036	--														
6. AF	-.299**	.040	.053	.026	.270**	--													
7. AE	-.029	.126	.169	.082	.667**	.212**	--												
8. AS	-.223*	-.118	-.133	-.097	.408**	.076	.143*	--											
9. NF	.082	.058	.089	.029	.180*	-.016	.083	.076	--										
10. NE	-.107	-.097	-.134	-.062	.586**	.272**	.249**	.226**	.162*	--									
11. BUL	-.188*	.053	.139	-.014	.468**	.104	.487**	.194**	.104	.225**	--								
12. AT	.068	.070	.013	.103	.589**	.083	.259**	.143*	-.046	.333**	.156*	--							
13. ER	.067	.023	.032	.014	.044	-.016	-.046	.076	-.016	.052	-.041	-.046	--						
14. DM	.132	.062	.008	.093	.615**	.102	.287**	.087	.102	.296**	.143*	.357**	.010	--					
15. VI	-.058	.078	.028	.105	.733**	.224**	.582**	.218**	.028	.315**	.196**	.394**	.028	.383**	--				
16. SDM	.007	-.035	-.016	-.043	.402**	-.013	.136	-.020	-.100	.025	.002	.235**	-.100	.212**	.157*	--			
17. VCM	.092	-.029	.008	-.052	.246**	-.009	.196**	-.028	.574**	.156*	.225**	-.027	-.009	.111	.129	-.057	--		
18. VCL	.055	.042	.031	.045	.336**	-.034	.220**	.142*	.133	.092	.127	.092	-.034	.006	.286**	.000	.268**	--	

Nota: DS = Desejo Sexual; INT = Intimidade; FI = Frequência de comportamentos de intimidade; II = Intensidade dos sentimentos e comportamentos de intimidade; TEAP = Número total de experiências adversas precoces; AF = Abuso Físico; AE = Abuso Emocional; AS = Abuso Sexual; NF = Negligência Física; NE = Negligência Emocional; BUL = *Bullying*; AT = Membros familiares alcoólicos ou toxicodependentes; ER = Membros familiares ex-reclusos; DM = Membros familiares com diagnóstico de depressão, doença mental ou com comportamentos suicidas; VI = Violência psicológica ou física Intrafamiliar; SDM = Separação/divórcio dos pais ou morte de um cuidador ou progenitor; VCM = Violência Comunitária; VCL = Violência Coletiva.

*. A correlação é significativa no nível 0.05 ($p < 0.05$) **. A correlação é significativa no nível 0.01 ($p < 0.01$)

Quadro 4.

Correlações entre o Desejo Sexual e os Diferentes Tipos de Bullying Medidos

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8
1. DS	--							
2. Agressão direta	-.045	--						
3. Racismo	-.276*	-.029	--					
4. Devido à religião	. ^a	. ^a	. ^a	.--				
5. Assédio sexual	.112	-.094	-.065	. ^a	--			
6. Marginalização	.078	-.087	-.061	. ^a	-.200*	--		
7. Aparência física	-.027	-.169	-.118	. ^a	-.387*	-.361*	--	
8. Outros tipos	-.012	-.100	-.070	. ^a	-.229*	-.213*	-.413	--

Nota: DS = Desejo Sexual.

*. A correlação é significativa no nível .05 ($p < .05$) **. A correlação é significativa no nível .01 ($p < .01$)

^a Não é possível calcular pois nenhum participante da amostra, durante os seus primeiros 18 anos de vida, foi alvo de gozo devido às suas crenças religiosas.

Análise de Regressão Linear Múltipla

Por forma a compreender o contributo do abuso físico (AF) e do abuso sexual (AS) para o desejo sexual (DS), optou-se por realizar uma análise de regressão linear múltipla. O modelo incluiu como o AF e o AS como variáveis preditoras, e o DS como variável critério. Optou-se por não incluir o *bullying* pois mostrou ter uma correlação, apesar de significativa, muito fraca com o DS.

Os resultados (Quadro 5) mostram que o modelo explica 13% ($p < .001$) da variância do DS. Isto significa que o AF ($t = -3.185, p < .05$) e o AS ($t = -2.252, p < .05$) contribuem em 13% para os resultados do DS. Assim, tanto o AF, como o AS, são preditores significativos do DS. A existência de pelo menos um episódio de abuso físico pode levar a uma diminuição, em média, de 1.735 na pontuação do desejo sexual ($DP(B) = .545; p < .05$), enquanto a existência de pelo menos um episódio de abuso sexual pode levar a uma diminuição, em média, de 0.452 na pontuação do desejo sexual ($DP(B) = .201; p < .05$).

Quadro 5.

Sumário das Estatísticas da Regressão Linear Múltipla do Abuso Físico e do Abuso Sexual sobre o Desejo Sexual, $F(2) = 8.203$, $p < .001$; $r^2 = .130$).

Variável Preditora	B	DP(B)	β	t	p
Abuso Físico	-1.735	.545	-.284	-3.185	.002
Abuso Sexual	-.452	.201	-.201	-2.252	.026

Discussão

Visto serem raros os estudos que exploram a relação entre tipos de EAP's que não o abuso sexual, e intimidade e o desejo sexual, esta investigação propôs-se a analisar as relações que as diversas formas de EAP's têm com o desejo sexual e com a intimidade, dentro do contexto de uma relação amorosa significativa. Assim, este estudo é relevante, no sentido que é fundamental, tanto para a investigação, como para a prática clínica, explorar os efeitos das situações traumáticas precoces sobre o funcionamento da relação conjugal.

O Desejo Sexual e a Intimidade

No presente estudo, o desejo sexual e a intimidade mostraram relações, apesar de fracas, positivas e significativas, ou seja, quando há um aumento de um dos construtos, o outro também aumenta. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura (e.g., Ferreira, 2013). Contudo, importa também não esquecer que na amostra do presente estudo, 131 (68.2%) participantes relataram terem experienciado pelo menos um tipo de experiência adversa durante os seus primeiros 18 anos de vida. Como a literatura tem mostrado, a presença de uma situação traumática precoce pode ter efeitos negativos sobre a intimidade e o desejo sexual (e.g., Kinzl et al., 1996; Sarwer & Durlak, 1996; Colman & Widow, 2004; Davis et al., 2001). Assim, visto que no presente estudo a relação entre o desejo sexual e a intimidade é fraca, coloca-se a hipótese de que esta pode ser afetada pela presença de situações adversas na infância ou adolescência dos participantes.

As Experiências Adversas Precoces e o Desejo Sexual

No que concerne ao desejo sexual, esta variável mostrou relacionar-se significativamente, de forma negativa e fraca, com o abuso físico, o abuso sexual e com o *bullying*. Relativamente ao abuso físico, para além de mostrar ter uma relação negativa e fraca com o desejo sexual, também mostrou, no presente estudo, ser um preditor significativo do desejo sexual. Isto significa que, quando existe um episódio de abuso físico nos primeiros 18 anos de vida do indivíduo, parece haver uma diminuição significativa nos níveis médios de desejo sexual. Apesar de existir pouca literatura que explore este tipo de abuso e o funcionamento sexual, os resultados do estudo de Kinzl e colaboradores (1996) foram ao encontro deste resultado, já que com uma amostra de homens, os autores revelaram que um ambiente familiar adverso caracterizado pelo

abuso físico parece aumentar a predisposição para o desenvolvimento de disfunções sexuais (nomeadamente ao nível do desejo sexual). Para além do abuso físico, estes investigadores também observaram que a negligência emocional parecia também aumentar a tendência para o desenvolvimento de disfunções desta natureza. Na presente investigação, a negligência emocional não mostrou ter relações significativas com o desejo sexual. No entanto, a forma como estes investigadores e como a presente investigação avaliou o desejo sexual é diferente. Enquanto Kinz e colaboradores (1996) mediram o desejo sexual com uma questão - “Did (Do) you experience deficiency or absence of sexual fantasies and desire for sexual contact with a sexual partner?”⁴ (pp. 761) -, o presente estudo utilizou o *Hurlbert Index of Sexual Desire*, cuja versão portuguesa mostrou ter uma excelente consistência interna, tanto noutros estudos (Ferreira, 2013; Ferreira et al., 2014), como no presente estudo.

Relativamente ao abuso sexual, o desejo sexual também apresentou, na presente investigação, relações fracas e negativas com este tipo de experiência adversa precoce, e também mostrou ser um preditor significativo do desejo sexual. Este resultado vai ao encontro com o que a literatura tem revelado: a experiência de abuso sexual na infância ou na adolescência afeta, a longo prazo, o interesse ou a motivação dos indivíduos para se envolverem numa atividade sexual, seja de cariz relacional ou individual (e.g., Becker et al., 1984; Jackson et al., 1990; Kinzl et al., 1995; Kinzl et al., 1996; Sarwer & Durlak, 1996). Esta relação negativa entre o abuso sexual e o desejo sexual pode ser explicada pelas histórias de experiências sexualmente negativas, caracterizadas pelo medo, ansiedade e dor, das vítimas que foram sexualmente abusadas enquanto crianças ou adolescentes, por uma figura à qual estavam vitalmente dependentes (Bogaert & Fawcett, 2006), fazendo com que o seu desejo em envolver-se, na idade adulta, numa atividade sexual, seja consigo ou com o outro, seja afetado. Uma outra explicação pode ser dada pelas consequências negativas, a longo prazo, que o abuso sexual precoce tem, como a depressão *major*, perturbação de ansiedade (Fergusson, McLeod & Horwood, 2013) e visões mais negativas sobre a aparência física ou o corpo (Murthi et al., 2006), e que afetam a sua saúde sexual em geral (Casper et al., 1985; Cyranowski, Frank, Cherry, Houck, & Kupfer, 2004; Firestone, Firestone & Catlett, 2006; Williams & Reynolds, 2006; Van Minnen & Kampman, 2000).

⁴ Possível tradução: “Experiencia ou experienciou défices ou ausência de fantasias sexuais ou de desejo para ter algum contacto sexual com o seu parceiro sexual?”

No que toca dimensão cognitiva do desejo sexual, estudos indicam que o número de fantasias sexuais é maior nas vítimas de abuso sexual precoce, comparativamente com os indivíduos que não experienciaram este tipo de situação adversa (e.g., Smith, 1996; Briere et al., 1994). Estes resultados podem ser explicados pela sexualização traumática, que se refere ao processo pelo qual a sexualidade da vítima de um abuso sexual, se desenvolve de uma forma menos adaptável ao nível interpessoal, levando a que esta apresente preocupações e comportamentos sexuais repetitivos e, posteriormente, a disfunções ao nível sexual na idade adulta (Finkelhor & Browne, 1985). No presente estudo, o instrumento utilizado (HISD) assume que o desejo sexual tem uma forte componente de fantasias, levando-nos a concluir que as fantasias sexuais também estão correlacionadas negativamente com o abuso sexual precoce, resultado este que não vai ao encontro com o que a literatura tem apontado. Contudo, é preciso ter cautela nesta interpretação pois, recentemente, tem-se considerado que as fantasias sexuais podem não ser necessariamente um indicador de desejo sexual. No caso das mulheres, mais do que um marcador de desejo sexual defendido por vários sistemas, nomeadamente o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, as fantasias sexuais são utilizadas como uma forma deliberada e voluntária para estimular o desejo sexual (Basson et al., 2003, 2004).

Finalmente, o *bullying* mostrou estar significativamente relacionado, de forma fraca e negativa, com o desejo sexual. Esta relação, apesar de não ter ainda sido estudada pela comunidade científica, poderá ser explicada pelas consequências negativas que o *bullying* tem sobre a autoestima e a autoimagem da vítima (Blood et al., 2011; Delfabbro et al., 2006; Fisher, Wallace, & Fenton, 2000; McMahon, Reulbach, Perry, Keeley, & Arensman, 2010) que, por sua vez, acaba por ter consequências negativas ao nível da sexualidade (Firestone et al., 2006). Mais especificamente, o presente estudo concluiu que o tipo de *bullying* que se relacionou significativamente com o desejo, de forma fraca e negativa, foi o de tipo racismo. Na literatura, tal como acontece para a relação entre o *bullying* em geral e o desejo sexual, não existem estudos que explorem em simultâneo estes dois constructos. Contudo, existem estudos que têm encontrado associações entre o stress sentido pela comunidade lésbica, gay e bissexual, originado pelo heterossexismo, e problemas ao nível da satisfação relativamente a uma relação amorosa (Mohr & Daly, 2008) e da saúde sexual (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011). Sendo o racismo também uma forma de discriminação e, conseqüentemente, de stress sobre um grupo minoritário, pode-se colocar a hipótese que o stress sentido por

estes grupos minoritários (Carter, 2007; Clark, Anderson, Clark & Williams, 1999; Harrell, 2000; Paradies, 2006) poderá levar a ou explicar níveis de satisfação conjugal e de saúde sexual mais baixos. O estudo de Crawford, Allison, Zamboni e Soto (2002), utilizando uma amostra constituída por homens que possuíam, simultaneamente, dois estatutos minoritários – ser afro-americano e ser gay ou bissexual – demonstrou que a discriminação racial e a agressão contra indivíduos homossexuais foram preditores significativos de problemas sexuais. Contudo, este é um caminho que necessita de uma maior exploração científica.

A teoria da objetificação, de Fredrickson e Roberts (1997), pode oferecer uma outra explicação para o resultado encontrado relativamente à relação negativa entre *bullying* racista e desejo sexual. Fredrickson e Roberts (1997) propõem a objetificação como a experiência de a pessoa ser tratada como um corpo ou agrupamento de partes corporais, que acaba por levar a uma constante auto-monitorização do corpo, sensação de vergonha relativamente ao próprio corpo, ansiedade sobre a aparência física e falta de consciência de estados internos. Esta auto-objetificação aparece associada a efeitos negativos sobre funcionamento sexual do sujeito objetificado, nomeadamente ao nível do desejo sexual (Lunde & Frisén, 2011; Szymanski, Moffitt, & Carr, 2011; Tiggemann & Williams, 2011). Existem estudos recentes que, com uma amostra constituída por mulheres afro-americanas, incluíram o racismo à teoria da objetificação sexual. Por exemplo, Buchanan, Fischer, Tokar e Yode (2008) descobriram, no seu estudo, que o tom de pele é um construto importante para a insatisfação e monitorização corporal. Num estudo igualmente recente, foram encontrados efeitos diretos do racismo de género⁵ sobre a depressão, e efeitos mediadores do lidar com eventos opressivos através da internalização nas relações entre a objetificação sexual e a depressão, e entre os eventos racistas e a depressão (Carr, Szymanski, Taha, West, & Kaslow, 2014). Assim, a objetificação sexual e o racismo podem ser vistos como dois construtos elaborados a partir da mesma ideia na sua base – o tornar-se alvo de discriminação por uma parte do seu corpo, sendo o todo complexo ignorado – o que poderá parcialmente explicar a relação negativa, encontrada no presente estudo, entre o *bullying* racista e o desejo sexual.

⁵ Refere-se a experiências opressivas associadas à interseção da raça e do género.

As Experiências Adversas Precoces e a Intimidade

Ao nível da intimidade e das suas duas dimensões (frequência e intensidade), os resultados mostraram não existir qualquer relação significativa entre este constructo e os vários tipos de experiências adversas. Contudo, na literatura, existem vários autores que concluíram que o abuso sexual precoce está associado a sentimentos como o medo e ansiedade perante a possibilidade de se envolverem em relações íntimas (Colman & Widow, 2004; Davis et al., 2001; Godbout et al., 2009), nomeadamente relações amorosas (Davis & Petretic-Jackson, 2000; Pistorello & Follette, 1998). Além da existência de uma experiência de abuso sexual na infância ou adolescência, Quanto mais precoce for a fase da vida em que as mulheres foram abusadas sexualmente, quanto maior o período de tempo da ocorrência deste tipo de experiência traumática (Pistorello e Follete, 1998), e quanto mais próximo for o/a agente de agressão (Finkelhor e Browne, 1985) maiores são as dificuldades sentidas em serem íntimas na sua relação amorosa.

Por forma a avaliar a ocorrência de um abuso sexual precoce, o presente estudo fez uso do *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire* (ACE-IQ). Contudo, os quatro itens deste instrumento que foram propostos para medir este tipo de situação traumática (4.5., 4.6., 4.7. e 4.8.; ver Anexo 3), apesar de avaliarem a frequência com que ocorreu, não medem em que fase da vida este abuso precoce ocorreu, a duração em que ocorreram e que tipo de relação tinham com o abusador. Assim, esta situação poderá também ter contribuído para inexistência de relações significativas entre a existência de uma experiência de abuso sexual na infância ou adolescência e a capacidade de ser íntimo numa relação amorosa significativa.

Contudo, importa notar que esta diferença entre o presente estudo e as investigações passadas, no que toca à relação entre o abuso sexual e a intimidade, pode estar relacionada com as características da amostra e as dimensões medidas da intimidade. Enquanto os estudos anteriores fizeram recurso a instrumentos para avaliar determinadas dimensões da intimidade, como a perceção que as vítimas de abuso sexual precoce têm sobre os comportamentos e atitudes de intimidade do seu parceiro (e.g., Colman & Widow, 2004), e analisaram uma amostra constituída por indivíduos que não se encontravam numa relação amorosa significativa (e.g., Davis et al., 2001; Pistorello & Follette, 1998), o presente estudo utilizou uma medida que avalia os comportamentos e a intensidade dos sentimentos de intimidade do próprio participante, numa amostra constituída apenas por indivíduos que disseram estar numa relação amorosa

significativa. Assim, seria interessante analisar, por um lado, as relações que o abuso sexual tem com diferentes dimensões da intimidade, e, por outro, analisar, em função destas várias relações, as diferenças entre os indivíduos que estão numa relação amorosa significativa e aqueles que se encontram sem este tipo de relação e têm de imaginar ou recordar-se de uma relação amorosa.

Esta ausência de relações significativas entre a intimidade e as experiências adversas precoces em geral, que, por sua vez, afetam os estilos de vinculação do indivíduo que as experienciou, tornando-o mais evitante ou ansioso perante relações íntimas (e.g., Godbout et al., 2009), pode também ser explicada pela permeabilidade dos estilos de vinculação, em relação às experiências relacionais ao longo da vida do indivíduo. Bowlby (1969/1982), afirma que os estilos de vinculação são passíveis de serem modificados através do ambiente social e experiências pessoais, pelo que é possível que os indivíduos que experienciaram situações traumáticas possam ter posteriormente experienciado relações apoiantes e seguras com efeitos reparadores sobre os seus estilos de vinculação (e.g. Conger, Lorenz, Elder, Simons, & Ge, 1993; McCann & Pearlman, 1990), mostrando assim um maior nível na intimidade sentida na sua relação amorosa significativa. No presente estudo, a maioria dos participantes parece demonstrar ter níveis elevados na intimidade e no desejo sexual dois construtos fundamentais para a satisfação conjugal (Narciso, 2001), podendo significar que a maioria dos participantes da amostra estão em relações satisfatórias e, conseqüentemente, apoiantes e seguras.

Diferenças de Género nas Variáveis em Estudo

O presente estudo encontrou uma associação significativa entre o género e o abuso sexual, onde ser mulher aumenta a hipótese de experienciar pelo menos um episódio de abuso sexual. Este resultado não é surpreendente visto que, segundo alguns autores, o género feminino pode constituir um de vários fatores de risco para o abuso sexual precoce (Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Finkelhor, 1993; Sobsey, Randall, & Parrila, 1997; Tolin & Foa, 2006). Contudo, é preciso ter cautela nesta interpretação. Um estudo qualitativo, realizado com uma amostra constituída por homens que foram vítimas de abuso sexual na sua infância ou adolescência, mostrou que um dos efeitos que esta situação traumática pode ter são os problemas ao nível da masculinidade (Lisak, 1994). Este investigador argumentou que as normas do género masculino, que ditam que o “ másculo adequado ” (pp. 537) não deve expor a sua dor,

vulnerabilidade ou sentimentos de desamparo, inibem os processos psicológicos necessários para adaptarem-se posteriormente ao abuso. Assim, pode-se colocar a hipótese de que, no presente estudo, há uma subestimação do número total dos participantes homens que experienciaram pelo menos um episódio de abuso sexual. Esta hipótese também pode ser colocada no caso do abuso físico, visto que nenhum participante do gênero masculino relatou ter tido pelo menos episódio de abuso físico.

No que toca aos níveis de desejo sexual e de intimidade, foram encontradas diferenças significativas nestes dois construtos, em função do gênero: as mulheres mostraram níveis mais elevados de intimidade, nomeadamente na frequência de comportamentos e na intensidade dos comportamentos e sentimentos de intimidade, e os homens mostraram níveis mais elevados de desejo sexual. Este resultado vai de encontro com a literatura: enquanto os homens tendem a apresentar níveis de desejo sexual mais elevados (Regan & Atkins, 2006; Breznsnyak & Whisman, 2004) e a destacar a proximidade física e a sexualidade, as mulheres destacam, para além do amor, o afeto e a sua expressão (Hook et al., 2003; Narciso & Ribeiro, 2009).

Limitações e Direções Futuras

A presente investigação traz consigo algumas limitações. Uma delas refere-se ao uso de autorrelatos, possivelmente influenciados por um conjunto de fontes de distorção, como a simulação, a desejabilidade social e as tendências de resposta (Fernández-Ballesteros, 2004). Para além disso, no caso dos autorrelatos retrospectivos sobre experiências adversas vividas durante a infância ou adolescência – como o ACE-IQ – apresenta um número substancial de falsos negativos (i.e., o participante ter de facto experienciado uma situação adversa e responder que não a experienciou), podendo ser justificado pela negação, esquecimento, recalçamento ou vergonha da experiência adversa precoce (Briere, 1992; Hardt & Rutter, 2004). Assim, sugere-se que no futuro, sejam incluídas variáveis relevantes para controlar possíveis fontes de enviesamento, como a desejabilidade social, as atitudes perante a autorrevelação da experiência adversa precoce, e a tendência para o recalçamento (Briere, 1992). Para além dos autorrelatos, também seria benéfico fazer recurso a entrevistas. Este tipo de técnica poderá enriquecer os dados verbais ao oferecer dados não-verbais (Cohen & Swerdlik, 2009), possibilitando análises mais ricas e seguras. Para além disso, é importante que não sejam feitas perguntas de rastreio (i.e., para avaliar a ausência ou presença do fenómeno) pois, segundo Wyatt (1991), no caso dos abusos sexuais, muitas pessoas

acabam por responder negativamente às questões, fazendo com que o número de vítimas seja uma subvalorização do número atual. Sugere-se, também, que estas entrevistas sejam feitas com os casais por forma a obter uma informação mais precisa sobre as dinâmicas de cada um.

A estratégia de amostragem utilizada – por conveniência – constitui uma limitação deste estudo, na medida em que pode ter limitado algumas características da amostra recolhida, podendo pôr em causa a validade externa das descobertas. A amostra apresentou uma média de idades de 28,7 anos, a grande maioria era caucasiana (97.9%) e está concentrada na zona de Lisboa e Vale do Tejo (75%). Adicionalmente, mais de metade da amostra é constituída por mulheres (66.1%), o que acaba também por limitar a validade externa dos resultados encontrados relativamente às diferenças entre género, nomeadamente a maior incidência de pelo menos um episódio de abuso sexual, encontrada nas mulheres. Para além disso, nenhum participante homem relatou ter experienciado um abuso físico, impossibilitando que fosse verificada as diferenças de género no que toca ao valor preditivo do abuso físico sobre o desejo sexual. Assim, propõe-se que no futuro se recolha também uma amostra clínica, por forma a garantir que existam participantes suficientes com experiências adversas precoces e que, conseqüentemente, as análises sejam possíveis e válidas.

Por outro lado, o facto da aplicação do protocolo de investigação ter sido feita sem a presença do investigador pode não ter garantido a compreensão adequada, por parte participantes, das instruções fornecidas, e não ter contribuído para o preenchimento total do protocolo. Também importa referir que o facto do protocolo não pedir informação sobre a duração da relação amorosa significativa – pede apenas do casamento ou coabitação – também constitui uma limitação para a análise de resultados.

O presente estudo utilizou um método transversal, i.e., os dados foram recolhidos uma única vez. Apesar de ser um método económico em termos de tempo e de outros recursos, não possibilita analisar em vários momentos do tempo da sua relação conjugal. Assim, recomenda-se o recurso a um método longitudinal (Boyd & Bee, 2011), acompanhando, assim, os mesmos casais durante um período de tempo, por forma a analisar a variabilidade do casal e de cada membro no decorrer deste período temporal. Adicionalmente, como método alternativo, sugere-se o recurso a um método sequencial (Boyd & Bee, 2011), de modo a analisar, com uma maior precisão, o efeito da duração da relação amorosa nas variáveis medidas e nas suas relações, e as

diferenças neste efeito e destas associações em função dos grupos criados (e.g., dividir a amostra em três grupos de acordo com a presença e discrepância de EAP's).

Uma outra limitação prende-se ao facto do estudo não ser diádico, com amostras emparelhadas (casais), impossibilitando a análise das possíveis discrepâncias intraconjugais quanto ao desejo sexual, à intimidade, ao número e ao tipo de experiências adversas precoces vivenciadas, que são apontadas como relevantes na literatura (e.g., Ferreira, 2013; Lev-Wiesel & Amir, 2003). Propõe-se, assim, que sejam feitos estudos sobre estas variáveis com uma amostra diádica, fazendo recurso ao *actor-partner interdependence model* (APIM; Cook & Kenny, 2005), por forma a analisar as interinfluências que existem entre os parceiros da relação amorosa, i.e., as influências das variáveis de cada parceiro – variáveis “ator” – e das variáveis do outro parceiro – variáveis “parceiro”.

Visto existirem vários estudos que demonstram existir diferenças de género no que toca aos efeitos que os vários tipos de maus tratos têm sobre a intimidade e a sexualidade (e.g., Belt & Abidin, 1996; Heath, Bean, & Feinauer, 1996; Naiman, Dunne, Purdie, Boyle, & Coxeter, 2005; Perera, Reece, Monahan, Billingham, & Finn, 2009; Easton, Coohy, O’Leary, Zhang, & Hua, 2011), e a presente investigação ter encontrado um efeito preditivo do abuso físico e do abuso sexual sobre os níveis de desejo sexual, seria interessante analisar de que forma o género modera estas relações. Assim, através da técnica da análise de regressão linear hierárquica (Field, 2009; Pallant, 2010), seria possível analisar a contribuição do género feminino e masculino sobre para a relação entre o abuso – sexual e físico – e o desejo sexual.

A multidimensionalidade da intimidade e da resposta sexual também nos leva a concluir que seria interessante incluir, no futuro, outras dimensões da intimidade – como o medo da intimidade (Hook et al., 2003) – e da resposta sexual – a excitação sexual. Para além disso, também seria importante incluir a variável relativa às fantasias sexuais, avaliando-as através de um construto adequado, como, por exemplo, uma adaptação do *Wilson Sex Fantasy Questionnaire* (Wilson & Lang, citados em Joyal, Cossette, & Lapierre, 2014).

Para além destas dimensões da intimidade e do desejo sexual, também seria interessante incluir, no futuro, construtos paralelos e intimamente ligados à sexualidade e intimidade do casal, como a satisfação conjugal e a diferenciação do *self* (e.g., Brezsnayk & Whisman, 2004; Ferreira, 2013; Narciso, 2001). A resiliência social-ecológica também seria uma variável fundamental a ser explorada, visto que a

capacidade das redes sociais da criança vitimizada, formais e informais, para facilitarem um desenvolvimento positivo, pode moderar os efeitos negativos que as experiências adversas precoces costumam ter (Ungar, 2013; Ungar, Ghazinour, & Richter, 2013).

Conclusão

Apesar das limitações apresentadas, este estudo apresentou resultados interessantes relativamente à relação que as experiências adversas precoces. Por um lado, mostrou existir relações entre o desejo sexual em relação ao parceiro amoroso significativo e três tipos de experiências adversas precoces: o abuso físico, o abuso sexual e o *bullying*. Por outro, mostrou também que o abuso físico e o abuso sexual são preditores significativos do desejo sexual. Assim, este estudo abre portas para novos caminhos ainda pouco explorados pela comunidade científica, nomeadamente analisar de que forma determinados tipos de experiências adversas precoces que não o abuso sexual, como o *bullying* ou o abuso físico, se relacionam com o desejo sexual, no contexto de uma relação amorosa significativa. Adicionalmente, os resultados poderão levar à reflexão sobre a importância de realizar estudos que incidam sobre estas temáticas, visto não termos encontrado quaisquer estudos portugueses sobre as mesmas.

Por outro lado, estes resultados podem sugerir algumas pistas para reflexão ao nível da prática clínica, nomeadamente na terapia conjugal. Os resultados vêm reforçar a importância da avaliação sobre vitimizações precoces nos processos de intervenção com o casal (e.g., Basham & Miehl, 2004; Dalton, Greenman, Classen, & Johnson, 2013; Johnson & Williams-Keeler, 1998; Mills & Turnbull, 2004). Adicionalmente, a presente investigação também aponta para a necessidade de se ter em consideração as diferenças de género nos níveis de desejo sexual e de intimidade.

Assim, apesar das limitações apresentadas, a presente investigação poderá constituir um primeiro passo para serem realizados estudos mais profundos e complexos sobre os efeitos que as vivências traumáticas precoces, para que sejam oferecidos, aos terapeutas conjugais, mapas que poderão ajudar o “sobrevivente” e o seu parceiro amoroso significativo a construir uma relação reparadora – um “porto seguro” (Collins & Feeney, 2000, pp. 1055) – e, conseqüentemente, a atingir níveis de bem-estar físico e psicológico mais elevados.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Al-Shawi, A. F., & Lafta, R. K. (2015). Effect of adverse childhood experiences on physical health in adulthood: Results of a study conducted in Baghdad city. *Journal of Family and Community Medicine*, 22(2), pp. 78-84. Doi: 10.4103/2230-8229.155374
- Almuneef, M., Qayad, M., Aleissa, M., & Albuhairan, F. (2014). Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 38(11), 1787-1793. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.06.003
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.
- Apt, C. V., & Hurlbert, D. F. (1992). Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*, 18(2), 104-114.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vida [APAV]. (2015). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2015*. Recuperado de http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2015.pdf
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178.
- Basham, K. K., & Miehl, D. (2004). Phase-Oriented Couple Therapy Model. In *Transforming the legacy: Couple therapy with survivors of childhood trauma* (pp. 154-211). Columbia: University Press.

- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Schover, L. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 40-48.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Schover, L. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(4), 221-229.
- Baumeister, R. F., & Bratslavsky, E. (1999). Passion, Intimacy, and Time: Passionate Love as a Function of Change in Intimacy. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 49-67.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R., & Cichon, J. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women & Health*, 9(4), 5-20.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Hardcastle, K. A., Perkins, C., & Lowey, H. (2014^a). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *Journal of Public Health*, 37(3), 445-454. Doi: 10.1093/pubmed/fdu065
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., ... & Terzic, N. (2014^b). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ*, 92(9), 641-655. Doi: 10.2471/BLT.13.129247
- Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2013). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36(1), 81-91. Doi: 10.1093/pubmed/fdt038
- Belt, W., & Abidin, R. R. (1996). The relation of childhood abuse and early parenting experiences to current marital quality in a nonclinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1019-1030.
- Berthelot, N., Hébert, M., Godbout, N., Goulet, M., Bergeron, S., & Boucher, S. (2014). Childhood maltreatment increases the risk of intimate partner violence via PTSD and anger personality traits in individuals consulting for sexual problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(9), 982-998. Doi: 10.1080/10926771.2014.960631

- Beutel, M. E., Stöbel-Richter, Y., & Brähler, E. (2008). Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey. *BJU International*, *101*(1), 76-82.
- Bigras, N., Daspe, M. È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2016). Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: Mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *43*(4), 1-20. Doi: 10.1080/0092623X.2016.1176609
- Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015). Child Sexual Abuse, Sexual Anxiety, and Sexual Satisfaction: The Role of Self-Capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, *24*(5), 464-483. Doi: 10.1080/10538712.2015.1042184
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, G. M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P., & Motzko, G. R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, *113*(2), 353-364. Doi: 10.2466/07.10.15.17.PMS.113.5.353-364
- Bogaert, A. F., & Fawcett, C. (2006). Sexual Desire Issues and Problems. In R. D. McAnulty, & M. M. Burnette (Eds.), *Sex and Sexuality, vol. 2 – Sexual Function and Dysfunction* (pp. 115-134). London: Praeger Perspectives.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Boyd, D., & Bee, H. (2011). Conceitos Básicos e Métodos. In *A Criança em Crescimento* (pp. 29-49). Porto Alegre: Artmed.
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., Capellic, S., McCarthy, G., Innisa, R. B., & Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse - a preliminary report. *Biological Psychiatry*, *41*(1), 23-32.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., ... & Charney, S. D. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160*(5), 924-932.

- Brezsnyak, M., & Whisman, M. A. (2004). Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex & Marital Therapy, 30*(3), 199-217.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 196.
- Briere, J., & Elliott, 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*(10), 1205-1222.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post Sexual Abuse Trauma: Data and Implications for Clinical Practice. *Journal of Interpersonal Violence, 2*(4), 367-379.
- Briere, J., Smiljanich, K., & Henschel, D. (1994). Sexual fantasies, gender, and molestation history. *Child Abuse & Neglect, 18*(2), 131-137.
- Brown, M. J., Perera, R. A., Masho, S. W., Mezuk, B., & Cohen, S. A. (2015). Adverse childhood experiences and intimate partner aggression in the US: Sex differences and similarities in psychosocial mediation. *Social Science & Medicine, 131*, 48-57. Doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.044
- Buchanan, T. S., Fischer, A. R., Tokar, D. M., & Yoder, J. D. (2008). Testing a culture-specific extension of objectification theory regarding African American women's body image. *The Counseling Psychologist, 36*(5), 697-718.
- Byng-Hall, J. O. H. N. (1995). Creating a secure family base: Some implications of attachment theory for family therapy. *Family Process, 34*(1), 45-58.
- Carr, E. R., Szymanski, D. M., Taha, F., West, L. M., & Kaslow, N. J. (2014). Understanding the link between multiple oppressions and depression among African American women: The role of internalization. *Psychology of Women Quarterly, 38*(2), 233-245. Doi: 10.1177/0361684313499900
- Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. *The Counseling Psychologist, 35*(1), 13-105.
- Casper, R. C., Redmond, D. E., Katz, M. M., Schaffer, C. B., Davis, J. M., & Koslow, S. H. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder: presence and relationship to the classification of depression. *Archives of General Psychiatry, 42*(11), 1098-1104.

- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225.
- Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychologist*, 54(10), 805.
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2009). Psychological Testing and Assessment. In *Psychological Testing and Assessment: An introduction to Tests and Measurement* (7th ed., pp. 13-46). USA: McGraw-Hill Companies.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053.
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1133-1151.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2017). *Relatório de Avaliação das Atividades das CPCJ - 2016*. Recuperado de: <https://criancasatortoeadireitos.wordpress.com/2017/06/29/relatorio-de-avaliacao-da-atividade-das-cpcj-2016/>
- Conger, R. D., Lorenz, F. O., Elder Jr, G. H., Simons, R. L., & Ge, X. (1993). Husband and wife differences in response to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(1), 71-88.
- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The Actor–Partner Interdependence Model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *Journal of Behavioral Development*, 29(2), 101-109.
- Crawford, I., Allison, K. W., Zamboni, B. D., & Soto, T. (2002). The influence of dual-identity development on the psychosocial functioning of African-American gay and bisexual men. *Journal of Sex Research*, 39(3), 179-189.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Cherry, C., Houck, P., & Kupfer, D. J. (2004). Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38(3), 267-273.
- Dalton, E. J., Greenman, P. S., Classen, C. C., & Johnson, S. M. (2013). Nurturing connections in the aftermath of childhood trauma: A randomized controlled trial of

- emotionally focused couple therapy for female survivors of childhood abuse. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2(3), 209. Doi: 10.1037/a0032772
- Davis, J. L., & Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328.
- Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A., & Ting, L. (2001). Intimacy Dysfunction and Trauma Symptomatology: Long-Term Correlates of Different Types of Child Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 63-79.
- Delfabbro, P., Winefield, T., Trainor, S., Dollard, M., Anderson, S., Metzger, J., & Hammarstrom, A. (2006). Peer and teacher bullying/victimization of South Australian secondary school students: Prevalence and psychosocial profiles. *British Journal of Educational Psychology*, 76(1), 71-90.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 553-576.
- DiLillo, D., Lewis, T., & Loreto-Colgan, A. D. (2007). Child maltreatment history and subsequent romantic relationships: Exploring a psychological route to dyadic difficulties. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 15(1), 19-36.
- DiLillo, D., Peugh, J., Walsh, K., Panuzio, J., & Traks, E. (2009). Child Maltreatment History Among Newlywed Couples: A Longitudinal Study of Marital Outcomes and Mediating Pathways. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 680-692.
- Dimock, P. T. (1988). Adult males sexually abused as children: Characteristics and implications for treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(2), 203-221.
- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P., & Anda, R. F. (2004). Insights Into Causal Pathways for Ischemic Heart Disease. *Circulation*, 110(13), 1761-1766.
- Dunlop, B. W., Hill, E., Johnson, B. N., Klein, D. N., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., & Kocsis, J. H. (2015). Mediators of sexual functioning and marital quality in chronically depressed adults with and without a history of childhood sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 813-823. Doi: 10.1111/jsm.12727

- Easton, S., 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*, 41–50. Doi: 10.1007/s10896-010-9340-6
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & 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.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(10), 1355-1364.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & 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
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Los autoinformes. In R. Fernández-Ballesteros, *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudios de casos* (pp. 231-268). Madrid: PiráPmide.
- Ferreira, L. C. (2013). *Intimidade e desejo sexual nas relações de casal: o paradoxo da diferenciação conjugal*. (Tese de Doutorado). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10316/31617>
- Ferreira, L. C., Narciso, I., & Novo, R. (2013). Authenticity, work and change: A qualitative study on couple intimacy. *Families, Relationships and Societies, 2*(3), 339-354. Doi: 10.1332/204674313X668569
- Ferreira, L. C., Narciso, I., Novo, R. F., & Pereira, C. R. (2014). Predicting couple satisfaction: the role of differentiation of self, sexual desire and intimacy in heterosexual individuals. *Sexual and Relationship Therapy, 29*(4), 390-404. Doi: 10.1080/14681994.2014.957498
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. (3rd)
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 17*(1), 67-70.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530-541.

- Firestone, R. W., Firestone, L. A., & Catlett, J. (2006). Factors That Affect and Individual's Sexuality. In R. W. Firestone, L. A. Firestone, & J. Catlett (Eds.), *Sex and Love in Intimate Relationships* (pp. 43-74). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fisher, C. B., Wallace, S. A., & Fenton, R. E. (2000). Discrimination Distress During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(6), 679-695.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 145-159.
- Fowers, B. J. (1998). Psychology and the Good Marriage. *American Behavioral Scientist*, 41(4), 516-541.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
- Freund, K., Watson, R., & Dickey, R. (1990). Does sexual abuse in childhood cause pedophilia: An exploratory study. *Archives of Sexual Behavior*, 19(6), 557-568.
- Glenn, N. D., & Weaver, C. N. (1981). The Contribution of Marital Happiness to Global Happiness. *Journal of Marriage and Family*, 43(1), 161-168.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365-384.
- Gold, S. R. (1991). History of child sexual abuse and adult sexual fantasies. *Violence and Victims*, 6(1), 75-82.
- Gottman, J. M. (1998). Psychology and the study of marital processes. *Annual Review of Psychology*, 49(1), 169-197.
- Gove, W. R., Style, C. B., & Hughes, M. (1990). The Effect of Marriage on the Well-Being of Adults: A Theoretical Analysis. *Journal of Family Issues*, 11(1), 4-35.
- Greenfield, E. A. (2010). Child abuse as a life-course social determinant of adult health. *Maturitas*, 66(1), 51-55. Doi: 10.1016/j.maturitas.2010.02.002
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273.

- Harrell, S. P. (2000). A multidimensional conceptualization of racism-related stress: Implications for the well-being of people of color. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 42-57.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511.
- Heath, V., Bean, R., & Feinauer, L. (1996). Severity of childhood sexual abuse: Symptom differences between men and women. *The American Journal of Family Therapy*, 24(4), 305–314.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is There Something Unique about Marriage? The Relative Impact of Marital Status, Relationship Quality, and Network Social Support on Ambulatory Blood Pressure and Mental Health. *The Society of Behavioral Medicine*, 35(2), 239-244.
- Hook, M. K., Gerstein, L. H., Detterich, L., & Gridley, B. (2003). How Close Are We? Measuring Intimacy and Examining Gender Differences. *Journal of Counseling & Development*, 81(4), 462-472.
- Horwitz, A. V., White, H. R., & Howell-White, S. (1996). Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study of a Cohort of Young Adults. *Journal of Marriage and Family*, 58(4), 895-907.
- Hussey, D. L., Strom, G., & Singer, M. (1992). Male victims of sexual abuse: An analysis of adolescent psychiatric inpatients. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 9(6), 491-503.
- Instituto de Apoio à Criança. (2015). *Relatório de Atividades/Estatístico 2015*. Recuperado de: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac-sos/relatorio-estatistico-anual>
- Iversen, S., Kupfermann, I., & Kandel, E. R. (2000). Emotional States and Feelings. In E. R. Kandel, J. H. Schwartz, & T. M. Jessell (Eds.), *Principles of Neural Science* (4th ed., pp. 982-997). New York: McGraw-Hill Companies.
- Jackson, J. L., Calhoun, K. S., Amick, A. E., Maddever, H. M., & Habif, V. L. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: Subsequent adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 19(3), 211-221.
- Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., Jama, P. N., & Puren, A. (2010). Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2

- incident infections in rural South African youth. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 833-841. Doi: 10.1016/j.chiabu.2010.05.002
- Johnson, S. M., & Williams-Keeler, L. (1998). Creating healing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(1), 25-40.
- Johnstone, B., Velakoulis, D., Yuan, C. Y., Ang, A., Steward, C., Desmond, P., & O'Brien, T. J. (2016). Early childhood trauma and hippocampal volumes in patients with epileptic and psychogenic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 64, 180-185. Doi: 10.1016/j.yebeh.2016.09.015
- Joyal, C. C., Cossette, A., & Lapierre, V. (2014). What Exactly Is and Unusual Sexual Fantasy? *International Society for Sexual Medicine*, 12(2), 328-340. Doi: 10.1111/jsm.12734
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26(6), 715-729.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499
- Kinzl, J. F., Mangweth, B., Traweger, C., & Wilfried, B. (1996). Sexual Dysfunction in males: Significance of adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 759-766.
- 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.
- Kuyper, L., & Vanwesenbeeck, I. (2011). Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: The role of sociodemographics, sexual behavior characteristics, and minority stress. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 263-274. Doi: 10.1080/00224491003654473
- Lee, G. R., Seccombe, K., & Shehan, C. L. (1991). Marital Status and Personal Happiness: An Analysis of Trend Data. *National Council on Family Relations*, 53(4), 839-844.
- Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117(3), 469-496.

- Lev-Wiesel, R., & Amir, M. (2003). Posttraumatic growth among Holocaust child survivors. *Journal of Loss & Trauma*, 8(4), 229-237.
- Lisak, D. (1994). The Psychological Impact of Sexual Abuse: Content Analysis of Interviews with Male Survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 525-548.
- Loeb, T. B., Rivkin, I., Williams, J. K., Wyatt, G. E., Carmona, J. V., & Chin, D. (2002). Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 307-345.
- Lunde, C., & Frisé, A. (2011). On being victimized by peers in the advent of adolescence: Prospective relationships to objectified body consciousness. *Body Image*, 8(4), 309-314. Doi: 10.1016/j.bodyim.2011.04.010
- Madruga, C. S., Laranjeira, R., Caetano, R., Ribeiro, W., Zaleski, M., Pinsky, I., & Ferri, C. P. (2011). Early life exposure to violence and substance misuse in adulthood—The first Brazilian national survey. *Addictive Behaviors*, 36(3), 251-255. Doi: 10.1016/j.addbeh.2010.10.011
- Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-Term Consequences of Childhood Physical Abuse. *Psychological Bulletin*, 114(1), 68-79.
- Maneta, E. K., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2015). Linkages between childhood emotional abuse and marital satisfaction: The mediating role of empathic accuracy for hostile emotions. *Child Abuse & Neglect*, 44, 8-17. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.07.017
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- McCann, L. I., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J., Storck, M., Eisner, A., & Smith, C. (1997). Relationship between sexual abuse, gender, and sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 959-965.
- McMahon, E. M., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I. J., & Arensman, E. (2010). “Bullying victimisation, self-harm and associated factors in Irish adolescent boys”. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1300-1307. Doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.001

- Miller, R. S., & Lefcourt, H. M. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment*, 46(5), 514-518.
- Mills, B., & Turnbull, G. (2004). Broken hearts and mending bodies: The impact of trauma on intimacy. *Sexual and Relationship Therapy*, 19(3), 265-289.
- Mohr, J. J., & Daly, C. A. (2008). Sexual minority stress and changes in relationship quality in same-sex couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(6), 989-1007.
- Murthi, M., Servaty-Seib, H. L., & Elliott, A. N. (2006). Childhood sexual abuse and multiple dimensions of self-concept. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(8), 982-999.
- Najman, J., Dunne, M., Purdie, D., Boyle, F., & Coxeter, P. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 517-526.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades Satisfeitas mas Não Perfeitas – À Procura do Padrão que Liga* (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a Conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Nelson, B. S., & Wampler, K. S. (2000). Systemic effects of trauma in clinic couples: An exploratory study of secondary trauma resulting from childhood abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(2), 171-184.
- Nobre, P. (2006). Descrição, sistemas de classificação e diagnóstico das disfunções sexuais. In P. Nobre, *Disfunções sexuais* (pp. 31-54). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, R. L., & Chaloner, D. A. (2013). Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: A preliminary description. *Anorexia Nervosa and Bulimic Disorders: Current Perspectives*, 19(2-3), 357-361. Doi: 10.1016/0022-3956(85)90040-8
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (4th ed.). England: McGraw Hill.
- Paradies, Y. C. (2006). *Race, racism, stress and Indigenous health*. (Tese de Doutoramento). Recuperado de: <https://minerva-access.unimelb.edu.au/handle/11343/39147>

- Pechtel, P., Lyons-Ruth, K., Anderson, C. M., & Teicher, M. H. (2014). Sensitive periods of amygdala development: the role of maltreatment in preadolescence. *Neuroimage*, *97*, 236-244. Doi: 10.1016/j.neuroimage.2014.04.025
- Perera, B., Reece, M., Monahan, P., Billingham, R., & Finn, P. (2009). Childhood characteristics and personal dispositions to sexually compulsive behavior among young adults. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *16*, 131–145.
- Pinto, V. C. P., Alves, J. F. C., & Maia, Â. C. (2015). Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *32*(4), 617-625. Doi: 10.1590/0103-166X2015000400005
- Pistorello, J., & Follette, V. M. (1998). Childhood sexual abuse and couples' relationships: Female survivors' reports in therapy groups. *Journal of Marital and Family Therapy*, *24*(4), 473-485.
- 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.
- Pournaghash-Tehrani, S., & Feizabadi, Z. (2009). Predictability of physical and psychological violence by early adverse childhood experiences. *Journal of Family Violence*, *24*(6), 417-422.
- Pulverman, C., & Meston, C. (2016). Sexual Dysfunction among Women with a History of Childhood Sexual Abuse: The Role of Negative Appraisal of Genital Sexual Arousal and Sexual Shame. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(6), S240-S241. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.005>
- Regan, P. C., & Atkins, L. (2006). Sex differences and similarities in frequency and intensity of sexual desire. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, *34*(1), 95-102.
- Sacks, V., Murphey, D., & Moore, K. (2014). *Adverse childhood experiences: national and state-level prevalence*. Wisconsin Avenue: Child Trends. Recuperado de: <https://www.childtrends.org/publications/adverse-childhood-experiences-national-and-state-level-prevalence/>
- Sarwer, D. B., & Durlak, J. A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy. *Child Abuse & Neglect*, *20*(10), 963-972.

- Shackelford, T. K., & Buss, D. M. (1997). Spousal Esteem. *Journal of Family Psychology, 11*(4), 478-488.
- Shenk, C. E., Putnam, F. W., & Noll, J. G. (2012). Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptoms: Preliminary evidence. *Child Abuse & Neglect, 36*(2), 118-126. Doi: 10.1016/j.chiabu.2011.09.012
- Smith, S. G. (1996). *Parental sexual communication as a moderator of adult sexual functioning in women reporting histories of childhood sexual abuse* (Tese de Doutorado). Recuperado de: <https://elibrary.ru/item.asp?id=5581277>
- Sobsey, D., Randall, W., & Parrila, R. K. (1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse & Neglect, 21*(8), 707-720.
- Szymanski, D. M., Moffitt, L. B., & Carr, E. R. (2011). Sexual Objectification of Women: Advances to Theory and Research. *The Counseling Psychologist, 39*(1), 6-38. Doi: 10.1177/0011000010378402
- Teicher, M. H. (2000). Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse. *Cerebrum, 2*(4), 50-67.
- Tiggemann, M., & Williams, E. (2011). The Role of Self-Objectification in Disordered Eating, Depressed Mood, and Sexual Functioning Among Women: A Comprehensive Test of Objectification Theory. *Psychology of Women Quarterly, 36*(1), 66-75. Doi: 10.1177/0361684311420250
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*(6), 959-992.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Liu, H., & Needham, B. (2006). You Make Me Sick: Marital Quality and Health Over the Life Course. *Journal of Health and Social Behavior, 47*(1), 1-16.
- Ungar, M. (2013). Resilience, Trauma, Context, and Culture. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(3), 255-266. Doi: 10.1177/1524838013487805
- Ungar, M., Ghazinour, M., & Richter, J. (2013). Annual Research Review: What is resilience within the social ecology of human development? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(4), 348-366. Doi: 10.1111/jcpp.12025
- Vaillancourt-Morel, M., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors

- of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 40, 48-59. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.024
- Vaillancourt-Morel, M., Godbout, N., Sabourin, S., Péloquin, K. & Wright, J. (2014). Les séquelles conjugales d'une agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence. *Carnet de Notes sur les Maltraitances Infantiles*, 1(1), 21-41. Recuperado: <http://www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitances-infantiles-2014-1-page-21.htm>.
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital intimacy: Conceptualization and assessment. *Clinical Psychology Review*, 15(3), 217-233.
- van Gerko, K., Hughes, M. L., Hamill, M., & Waller, G. (2005). Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 375-382.
- Van Minnen, A., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(1), 47-57.
- Vearnals, S., & Campbell, T. (2001). Male victims of male sexual assault: A review of psychological consequences and treatment. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(3), 279-286.
- Watson, L. B., Robinson, D., Dispenza, F., & Nazari, N. (2012). African American women's sexual objectification experiences: A qualitative study. *Psychology of Women Quarterly*, 36(4), 458-475. Doi: 10.1177/0361684312454724
- Williams, K., & Reynolds, M. F. (2006). Sexual dysfunction in major depression. *CNS Spectrums*, 11(S9), 19-23.
- Wincze, J. P. (2009). Problems With Sexual Desire. In *Enhancing Sexuality: A Problem-Solving Approach to Treating Dysfunction* (2nd ed., pp. 47-52). New York: Oxford University Press.
- Wincze, J. P., & Carey, M. P. (2001). Sexual Desire Disorders. In *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment* (2nd ed., pp. 13-19). New York: The Guilford Press.
- World Health Organization. (2011). Adverse Childhood Experiences International Questionnaire: Pilot study review and finalization meeting. Meeting report presented at Geneva, Switzerland. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network/en/

- World Health Organization [WHO]. (2016). *Child maltreatment (Fact sheet No. 150)* [On-line]. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>
- World Health Organization [WHO]. (n.d.^a). *Data management: Guidance for analysing ACE-IQ*. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/data/en/
- World Health Organization [WHO]. (n.d.^b). *Violence and Injury Prevention*. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/
- Wyatt, G. E. (1991). Child sexual abuse and its effects on sexual functioning. *Annual Review of Sex Research*, 2(1), 249-266.
- Zwickl, S., & Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(1), 16-32. Doi: 10.1080/14681994.2010.530251

Anexos

Anexo 1. Consentimento informado incluído no protocolo de investigação

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E CONSENTIMENTO INFORMADO

Experiências adversas vivenciadas na infância e adolescência – Contributos para a intervenção psicológica

A pesquisa para a qual pedimos a sua colaboração decorre no âmbito do um projecto de investigação da mestranda Sara Silva, em Psicologia Clínica, orientada pela Professora Doutora Luana Cunha Ferreira, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, com a finalidade de compreender a relação entre o bem-estar do adulto das experiências adversas vivenciadas na infância e adolescência.

A sua participação nesta pesquisa deve ter um carácter voluntário e não envolve nenhuma remuneração, podendo desistir a qualquer momento. Neste sentido, pode recusar e/ou retirar este consentimento, informando os investigadores, sem prejuízo para ambas as partes, a qualquer momento que o desejar. Tem o direito também de determinar que sejam excluídas do material da pesquisa as informações que já tenham sido dadas. A sua participação terá a duração aproximada de 45 minutos e consiste em responder, por escrito, a um conjunto de questionários.

Como possíveis benefícios, os resultados da pesquisa poderão contribuir para a prevenção e intervenção psicológica com menores expostos a situações de violência. Como possíveis riscos, o preenchimento dos questionários poderá causar algum desconforto para o participante, o qual a investigadora tentará minimizar. Se necessário e se o desejar, poderá ser encaminhado(a) para o atendimento por profissionais da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A equipa de investigação garantirá a confidencialidade dos dados recolhidos. Apenas os elementos da equipa da investigação terão acesso aos dados recolhidos. As respostas não serão analisadas individualmente, mas sim em conjunto com as respostas de todos os outros participantes. Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos internacionais aplicados à investigação em Psicologia.

O contacto para qualquer esclarecimento de que se necessite será realizado com a investigadora responsável Luana Cunha Ferreira, pelo correio electrónico: lcferreira@psicologia.ulisboa.pt.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Após ter lido os termos contidos neste consentimento informado, concordo colaborar nesta investigação. A minha participação é voluntária e está formalizada por meio da aceitação deste termo. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Li o termo e concordo em participar da pesquisa.

(Rubrica do participante)

Rubrica do investigador _____

Data

___ / ___ / ____

Anexo 2. Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
01. Código da Ficha: 02. Data de Preenchimento: 03. Local: _____	
04. Sexo: Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/>	07. Identificação étnica/cultural Caucasiana/branca <input type="radio"/> Africana <input type="radio"/> Asiática <input type="radio"/> Outra (especifique) _____
05. Idade: ____ anos	
06. Data de nascimento ____/____/____	
08. Nível de escolaridade: Ano académico _____ Curso _____	10. Tipo de ocupação: _____
09. Situação Profissional: Funcionário público <input type="radio"/> Funcionário não Público <input type="radio"/> Trabalhador por conta própria <input type="radio"/> Empregado(a) <input type="radio"/> Voluntário <input type="radio"/> Estudante <input type="radio"/> Doméstico <input type="radio"/> Desempregado(a) <input type="radio"/> Reformado(a) <input type="radio"/> Outra (especifique) _____	11. Situação Conjugal e Parental: 11.1. Atualmente, encontra-se: Casado/a <input type="radio"/> desde ____ Coabitação/união de facto <input type="radio"/> desde ____ Divorciado/a <input type="radio"/> desde ____ Viúvo/a <input type="radio"/> desde ____ Sem relação conjugal <input type="radio"/> desde ____ 11.2. Anteriormente: Quantos casamentos teve? ____ Quantas coabitações ou uniões de facto teve? ____ Quantas relações terminaram por divórcio? ____ Quantas relações terminaram por separação? ____ Quantas relações terminaram por viuvez? ____ 11.3. Dados sobre o Primeiro (1º) Casamento Que idade tinha quando casou pela primeira vez? ____ No seu primeiro casamento, a escolha do seu marido/esposa foi sua? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/Não tenho a certeza <input type="radio"/> Se, no seu primeiro casamento, a escolha do seu marido/esposa não foi sua, deu o seu consentimento? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei/Não tenho a certeza <input type="radio"/> 11.4. Quantos filhos tem? ____ Que idade tinha, quando nasceu o primeiro filho? ____
13. Acompanhamento Psicológico ou Psiquiátrico: Nunca teve <input type="radio"/> Já teve <input type="radio"/> Está tendo atualmente <input type="radio"/>	
14. Residência Actual: Localidade _____ Distrito _____ Habita com _____	
15. Durante os Primeiros 18 Anos de sua Vida: 15.1. Habitou com _____ 15.2. Residiu, sobretudo, no: Centro da cidade <input type="radio"/> Subúrbio <input type="radio"/> Aldeia <input type="radio"/> Cidade <input type="radio"/> Vila <input type="radio"/> Outro (especifique) _____ 15.2. Nessa altura, a renda familiar mensal situava-se: Até 1 salário mínimo <input type="radio"/> Entre 1 e 2 salários mínimos <input type="radio"/> Entre 3 e 4 salários mínimos <input type="radio"/> Acima de 4 salários mínimos <input type="radio"/> Não sabe especificar <input type="radio"/> Quantas pessoas dependiam desta renda? ____ 15.3. Nessa altura, o tipo de habitação da família era: Apartamento <input type="radio"/> Vivenda <input type="radio"/> Construção precária <input type="radio"/> Construção convencional própria <input type="radio"/> Outro (especifique) _____	
	12. Frequenta alguma religião? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> 12.1. Se sim, indique a religião que frequenta: Católica <input type="radio"/> Anglicana <input type="radio"/> Metodista <input type="radio"/> Evangélica <input type="radio"/> Adventista <input type="radio"/> Zione <input type="radio"/> Islâmica <input type="radio"/> Hindu <input type="radio"/> Testemunha de Jeová <input type="radio"/> Outra (especifique) _____

Anexo 3. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)

Em cada uma das afirmações que se seguem, assinale com (X) apenas uma opção que melhor caracteriza a sua experiência na infância e adolescência, portanto, até aos seus 18 anos de vida.

1. Relação com pais/cuidadores		
Durante os primeiros 18 anos da sua vida, à medida que crescia...		
1.1.	Os seus pais/cuidadores entendiam os seus problemas e preocupações?	Sempre <input type="radio"/> A maioria das vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
1.2.	Os seus pais/cuidadores sabiam realmente o que fazia nos seus tempos livres quando não estava na escola ou no trabalho?	Sempre <input type="radio"/> A maioria das vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
2.		
2.1.	Com que frequência os seus pais/cuidadores não lhe davam comida suficiente mesmo quando facilmente o podiam fazer?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
2.2.	Os seus pais/cuidadores estavam demasiado embriagados ou drogados para tomar conta de si?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
2.3.	Com que frequência os seus pais/cuidadores não o mandaram para a escola mesmo quando tal era possível?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
3. Contexto Familiar:		
Durante os primeiros 18 anos da sua vida, à medida que crescia...		
3.1.	Em casa, viveu com alguém alcoólico ou com problemas com a bebida, ou que consumisse drogas?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se lembra <input type="radio"/>
3.2.	Em casa, viveu com alguém que tivesse uma depressão, uma doença mental ou comportamentos suicidas?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se lembra <input type="radio"/>
3.3.	Em casa, viveu com alguém que alguma vez tivesse estado preso?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se lembra <input type="radio"/>
3.4.	Os seus pais alguma vez se separaram ou divorciaram?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se lembra <input type="radio"/>
3.5.	A sua mãe, o seu pai, ou o seu cuidador morreram?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se lembra <input type="radio"/>
As próximas questões são sobre algumas coisas que pode ter ouvido ou visto NA SUA CASA. São coisas que podem ter sido feitas a outra pessoa na sua casa, mas não necessariamente a si.		
Durante os primeiros 18 anos da sua vida, à medida que crescia...		
3.6.	Viu ou ouviu, na sua casa, alguém gritar com, chamar nomes, insultar ou humilhar algum dos seus pais ou outra pessoa que lá vivesse?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>

3.7.	Viu ou ouviu, na sua casa, alguém dar bofetadas, pontapés, murros ou espancar algum dos seus pais ou outra pessoa que lá vivesse?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
3.8.	Viu ou ouviu, na sua casa, alguém atingir ou ferir algum dos seus pais, ou outra pessoa que lá vivesse, com um objeto como um pau (ou vara), garrafa, taco, faca, chicote, etc.?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
4. As próximas questões são sobre algumas coisas que lhe podem ter acontecido.		
Durante os primeiros 18 anos da sua vida, à medida que crescia...		
4.1.	Algum dos seus pais, cuidador, ou outra pessoa que vivesse na sua casa, gritou consigo, chamou-lhe nomes, insultou-o ou humilhou-o?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
4.2.	Algum dos seus pais, cuidador, ou outra pessoa que vivesse na sua casa, o ameaçou, abandonou, ou pô-lo fora de casa?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
4.3.	Algum dos seus pais, cuidador, ou outra pessoa que vivesse na sua casa, o espancou, esbofeteou, pontapeou ou esmurrou?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
4.4.	Algum dos seus pais, cuidador, ou outra pessoa que vivesse na sua casa, o atingiu ou feriu com um objeto como um pau (ou vara), garrafa, taco, faca, chicote, etc.?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
4.5.	Alguém lhe tocou ou o acariciou sexualmente quando não queria?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
4.6.	Foi forçado a tocar sexualmente no corpo de alguém, contra a sua vontade?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
4.7.	Alguém o tentou obrigar, contra a sua vontade, a ter relações sexuais vaginais, anais ou orais?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
4.8.	Alguém o obrigou efetivamente a ter relações sexuais vaginais, anais ou orais, contra a sua vontade?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
5. Violência de Pares		
As próximas questões são sobre TER SIDO VÍTIMA DE BULLYING durante o seu crescimento.		
<p><i>Bullying</i> é quando um jovem ou grupo de jovens dizem ou fazem coisas más e desagradáveis a outro jovem. Também é <i>bullying</i> quando um jovem é muito provocado de uma maneira desagradável ou quando um jovem é marginalizado propositadamente. Não é <i>bullying</i> quando dois jovens com força ou poder semelhante discutem ou lutam, ou quando a provocação é amigável e divertida.</p>		
Durante os primeiros 18 anos da sua vida, à medida que crescia...		
5.1.	Com que frequência foi vítima de <i>bullying</i> ?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/>

		Uma vez <input type="radio"/>
		Nunca <input type="radio"/>
5.2.	Na maior parte das vezes, que tipo de <i>bullying</i> sofria?	<input type="radio"/> Atiravam-me com objetos, empurravam-me, davam-me encontrões, trancavam-me em sítios <input type="radio"/> Era gozado por causa da minha raça, nacionalidade ou cor <input type="radio"/> Era gozado por causa da minha religião <input type="radio"/> Era gozado com piadas, comentários ou gestos sexuais <input type="radio"/> Era propositadamente deixado de fora de atividades ou completamente ignorado <input type="radio"/> Era gozado por causa da minha aparência física (corpo ou cara) <input type="radio"/> Sofria outros tipos de <i>bullying</i>
<p>A próxima questão é sobre LUTAS FÍSICAS. Uma luta física ocorre quando dois jovens com força ou poder semelhante decidem lutar um com o outro.</p> <p>Durante os primeiros 18 anos da sua vida, à medida que crescia...</p>		
5.3.	Com que frequência se envolvia em lutas físicas?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>

6. Testemunhar violência comunitária

As próximas questões são sobre a frequência com que, durante o seu crescimento, viu ou ouviu algumas coisas na sua VIZINHANÇA OU COMUNIDADE (não em sua casa, na TV, filmes ou rádio)

Durante os primeiros 18 anos da sua vida, à medida que crescia...

6.1.	Viu ou ouviu alguém ser espancado na vida real?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
6.2.	Viu ou ouviu alguém ser esfaqueado ou baleado na vida real?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
6.3.	Viu ou ouviu alguém ser ameaçado com uma faca ou uma arma na vida real?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>

7. Exposição a violência coletiva/guerra

Estas questões são sobre se experienciou, durante o seu crescimento, acontecimentos de violência coletiva, incluindo guerras, terrorismo, conflitos políticos ou étnicos, genocídio, repressão, desaparecimentos, tortura e crime violento organizado tal como banditismo e guerras entre gangues.

Durante os primeiros 18 anos da sua vida, à medida que crescia...

7.1.	Foi forçado a partir e viver noutra lugar devido a algum destes acontecimentos?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>
7.2.	Assistiu à destruição propositada da sua casa devido a algum destes acontecimentos?	Muitas vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/>

7.3.	Foi espancado por soldados, polícia, milícias ou gangues?	Muitas vezes <input type="radio"/>
		Algumas vezes <input type="radio"/>
		Uma vez <input type="radio"/>
		Nunca <input type="radio"/>
7.4.	Algum familiar ou amigo seu foi morto ou espancado por soldados, polícia, milícias ou gangues?	Muitas vezes <input type="radio"/>
		Algumas vezes <input type="radio"/>
		Uma vez <input type="radio"/>
		Nunca <input type="radio"/>

8. Em relação aos acontecimentos negativos que viveu durante os primeiros 18 anos da sua vida:		
8.1.	Culpo-me a mim	Concordo totalmente <input type="radio"/>
		Concordo <input type="radio"/>
		Discordo <input type="radio"/>
		Discordo totalmente <input type="radio"/>
8.2.	Culpo a minha família por não me ter protegido	Concordo totalmente <input type="radio"/>
		Concordo <input type="radio"/>
		Discordo <input type="radio"/>
		Discordo totalmente <input type="radio"/>
8.3.	Culpo o agressor/abusador (pessoa da minha família)	Concordo totalmente <input type="radio"/>
		Concordo <input type="radio"/>
		Discordo <input type="radio"/>
		Discordo totalmente <input type="radio"/>
8.4.	Culpo o agressor/abusador(pessoa que não fazia parte da minha família)	Concordo totalmente <input type="radio"/>
		Concordo <input type="radio"/>
		Discordo <input type="radio"/>
		Discordo totalmente <input type="radio"/>

Anexo 4. Miller Social Intimacy Scale (MSIS)

Por favor, responda ao seguinte questionário **pensando no/a seu/sua companheiro/a atual**. Assinale a sua resposta com um círculo à volta do número que corresponde à resposta que mais se adequa. Por favor, tente ser genuíno/a nas suas respostas.

Nas afirmações de 1 a 6, assinale a sua resposta numa **escala de 1 (Muito raramente) a 10 (Quase sempre)**.

Nas afirmações de 7 a 17, assinale a sua resposta numa **escala de 1 (Pouco/a) a 10 (Muito/a)**.

		Muito Raramente			Algumas vezes				Quase Sempre		
1	Quando tem tempo livre, com que frequência escolhe passar esse tempo com ele/ela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Com que frequência mantém em privado informação pessoal, não a partilhando com ele/ela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Com que frequência expressa o seu afecto por ele/ela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Com que frequência lhe confia informação muito pessoal?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Com que frequência é capaz de compreender os sentimentos dele/dela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Com que frequência se sente próximo dele/dela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Pouco/a			Mais ou menos				Muito/a		
7	Quanto é que gosta de passar tempo com ele/ela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Quando ele/ela se sente triste, quanto é que lhe apetece dar-lhe apoio e encorajamento?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	De uma forma geral, sente-se próximo dele/dela ?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Quanto é que é importante para si escutar as revelações pessoais dele/dela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	A sua relação com ele/ela é satisfatória?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Sente-se afectuoso/a em relação a ele/ela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	É importante para si que ele/ela compreenda os seus sentimentos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Quando discutem, os danos causados na vossa relação são importantes?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Quando se sente triste, qual a importância de ele/ela lhe expressar apoio e encorajamento?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	É importante para si a expressão de afecto da parte dela/dela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	Na sua vida, que importância tem a sua relação com ele/ela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 5. Hurlbert Index of Sexual Desire (HISD)

Para cada afirmação, por favor assinale um círculo à volta do número que melhor ilustra os seus pensamentos e sentimentos. **Por favor, tente ser genuíno/a nas suas respostas. As suas respostas são confidenciais.**

		Sempre	A maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	Fico excitado/a só de pensar no/a meu/minha companheiro/a.	0	1	2	3	4
2	Tento evitar situações que poderiam encorajar o/a meu/minha companheiro/a a querer ter relações sexuais.	0	1	2	3	4
3	Sonho acordado/a com sexo.	0	1	2	3	4
4	É difícil para mim ficar com disposição para ter relações sexuais.	0	1	2	3	4
5	Tenho mais desejo sexual do que o meu/minha companheiro/a.	0	1	2	3	4
6	É difícil para mim fantasiar sobre temas sexuais.	0	1	2	3	4
7	Antecipo com prazer os momentos sexuais com o meu/minha companheiro/a.	0	1	2	3	4
8	Tenho um enorme apetite sexual.	0	1	2	3	4
9	Gosto de ter fantasias sexuais durante os momentos sexuais com o meu/minha companheiro/a.	0	1	2	3	4
10	É fácil para mim entrar num "estado de espírito" sexual.	0	1	2	3	4
11	O meu desejo sexual deveria ser mais forte.	0	1	2	3	4
12	Gosto de pensar sobre sexo.	0	1	2	3	4
13	Desejo sexo.	0	1	2	3	4
14	É fácil para mim passar semanas sem ter relações sexuais com o/a meu/minha companheiro/a.	0	1	2	3	4
15	A minha motivação para ter relações sexuais com o/a meu/minha companheiro/a é baixa.	0	1	2	3	4
16	Sinto que quero menos sexo do que a maioria das pessoas.	0	1	2	3	4
17	É fácil para mim criar fantasias sexuais na minha imaginação.	0	1	2	3	4
18	Tenho um forte instinto sexual.	0	1	2	3	4
19	Gosto de pensar sobre ter relações sexuais com o/a meu/minha companheiro/a.	0	1	2	3	4
20	O meu desejo de ter relações sexuais com o/a meu/minha companheiro/a é forte.	0	1	2	3	4
21	Sinto que o sexo não é um aspecto importante na minha relação com o/a meu/minha companheiro/a.	0	1	2	3	4
22	Penso que o meu nível de energia para ter relações sexuais com o/a meu/minha companheiro/a é demasiado baixo.	0	1	2	3	4
23	É complicado para mim ficar com disposição para ter relações sexuais.	0	1	2	3	4
24	Não tenho desejo suficiente para procurar ter relações sexuais com o/a meu/minha companheiro/a.	0	1	2	3	4
25	Tento evitar ter relações sexuais com o/a meu/minha companheiro/a.	0	1	2	3	4