

2025

**JOANA CATARINA
OLIVEIRA ALVES**

**RELAÇÃO ENTRE AS EXPERIÊNCIAS
ADVERSAS NA INFÂNCIA E
COMPORTAMENTOS OBSESSIVOS-
COMPULSIVOS: O EFEITO MEDIADOR DA
PERCEÇÃO DO STRESS**

2025

**JOANA CATARINA
OLIVEIRA ALVES**

**RELAÇÃO ENTRE AS EXPERIÊNCIAS
ADVERSAS NA INFÂNCIA E
COMPORTAMENTOS OBSESSIVOS-
COMPULSIVOS: O EFEITO MEDIADOR DA
PERCEÇÃO DO STRESS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Tecnologia da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica do Doutor Paulo Alexandre da Silva Ferrajão, Professor Auxiliar da Universidade Europeia

Dedico este trabalho à minha mãe. Obrigada por acreditar em mim.

Agradecimentos

Começo por agradecer ao Professor Paulo, por me ter apoiado ao longo desta dissertação e pelo excelente profissional que foi desde o primeiro ano de licenciatura, por ter acreditado nos seus alunos desde o primeiro dia e pela sua disponibilidade para nos ajudar sempre que precisámos. Todos os profissionais do ensino superior deviam ter a sua dedicação para com os seus alunos.

Quero agradecer à minha família por acreditarem em mim e por me apoiarem incondicionalmente, em especial à minha mãe por todos os esforços que fez e por ter criado dois filhos maravilhosos, sempre com muito amor. Espero conseguir deixar-te orgulhosa e que sintas que tudo valeu a pena. À minha melhor amiga, Filipa, por estar presente na minha vida desde o secundário e por me dar uma segunda família, que tão importante foi nestes últimos anos de ensino superior. Aos meus amigos que conheci na faculdade, Soraia e João, que estão comigo desde o primeiro dia de licenciatura, por todo o apoio emocional ao longo dos anos.

Por fim agradecer ao meu namorado que é a pessoa mais especial que conheço, sempre pronto para me ajudar, aconselhar ou confortar quando preciso. Obrigada por seres quem és e por me escolheres para viver a teu lado.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo investigar as relações diretas e indiretas das Experiências Adversas na Infância (EAI) nos comportamentos obsessivo-compulsivos (COC) em adultos da população geral, considerando o papel mediador da percepção de stress. A amostra foi composta por 208 participantes, recrutados através de uma amostragem não probabilística, que responderam a um conjunto de instrumentos validados para a avaliação de EAI, percepção de stress e COC. Recorreu-se a análises de correlação de Pearson e a Modelação de Equações Estruturais (SEM) para testar a mediação da percepção de stress nas relações entre cinco subescalas de EAI (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física) e a sintomatologia obsessiva.

Os resultados revelaram que a negligência emocional e o abuso emocional foram as subescalas de EAI mais frequentemente reportadas e que estas se associaram significativamente tanto à percepção de stress como aos comportamentos obsessivo-compulsivos. Os efeitos indiretos destas formas de adversidade, mediados pela percepção de stress, foram estatisticamente significativos, reforçando a hipótese de um modelo psicossocial de risco cumulativo. Estes achados sugerem que indivíduos expostos a múltiplos tipos de EAI desenvolvem maior sensibilidade ao stress, o que, por sua vez, potencia a manifestação de COC.

O estudo contribui para a compreensão das vias psicopatológicas entre adversidade precoce e COC, destacando a importância de modelos explicativos que considerem mecanismos mediadores como o stress percebido. Investigação futura deverá incluir variáveis contextuais e mecanismos de coping para aprofundar o entendimento desta relação complexa.

Palavras-chave: Experiências adversas na infância, Comportamentos Obsessivos-Compulsivos, Percepção de Stress

Abstract

The present study aimed to investigate the direct and indirect relationships between Adverse Childhood Experiences (ACEs) and obsessive-compulsive behaviors (OCB) in adults from the general population, considering the mediating role of perceived stress. The sample consisted of 208 participants, recruited through non-probabilistic sampling, who responded to a set of validated instruments assessing ACEs, perceived stress, and OCB. Pearson correlation analyses and Structural Equation Modeling (SEM) were used to test the mediation of perceived stress in the relationships between five ACE subscales (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect) and obsessive-compulsive symptomatology.

The results revealed that emotional neglect and emotional abuse were the most frequently reported ACE subscales and that both were significantly associated with perceived stress and obsessive-compulsive behaviors. The indirect effects of these forms of adversity, mediated by perceived stress, were statistically significant, reinforcing the hypothesis of a cumulative psychosocial risk model. These findings suggest that individuals exposed to multiple types of ACEs may develop heightened sensitivity to stress, which, in turn, enhances the expression of OCB.

This study contributes to a better understanding of the psychopathological pathways between early adversity and OCB, highlighting the importance of explanatory models that include mediating mechanisms such as perceived stress. Future research should incorporate contextual variables and coping mechanisms to deepen the understanding of this complex relationship.

Keywords: Adverse Childhood Experiences, Obsessive-Compulsive Behaviors, Perceived Stress

Índice

<i>Introdução</i>	- 14 -
<i>Revisão da Literatura</i>	- 15 -
Experiências Adversas na Infância	- 15 -
Perceção do Stress	- 16 -
Comportamentos Obsessivo-Compulsivos	- 17 -
Relações entre EAI, Stress Percebido e Comportamentos Obsessivo-Compulsivos	- 18 -
Objetivos do Estudo e Hipóteses de Investigação	- 19 -
<i>Metodologia</i>	- 20 -
Tipo de Estudo	- 20 -
Participantes	- 22 -
Procedimentos de Recolha de Dados	- 23 -
Instrumentos	- 23 -
Análise de Dados	- 25 -
Resultados	- 26 -
Intercorrelação entre as variáveis em estudo	- 28 -
Análise de Múltipla Mediação	- 30 -
<i>Discussão dos Resultados</i>	- 31 -
Principais Contributos do Estudo	- 32 -
Limitações do Estudo	- 33 -
Implicações para a Prática Clínica	- 34 -
Propostas de Investigações Futuras	- 35 -
<i>Conclusão</i>	- 35 -
Referências Bibliográficas	- 37 -
<i>Anexos</i>	- 42 -

Lista de Tabelas

Tabela 1 – *Características demográficas da amostra*

Tabela 2 – *Matriz de correlações entre as variáveis do estudo*

Lista de Figuras

Figura 1 - *Modelo de mediação em múltiplas etapas das Experiências Adversas na Infância sobre os Comportamentos Obsessivo-Compulsivos através da mediação da Percepção de Stresse.*

Lista de Abreviações

EAI – Experiências Adversas na Infância

COC – Comportamentos Obsessivos-Compulsivos

POC – Perturbação Obsessiva-Compulsiva

Introdução

Nas últimas décadas a investigação relativamente à origem e aos fatores que contribuem para o desenvolvimento de comportamentos obsessivo-compulsivos (COC) tem vindo a aumentar, com uma maior ênfase em variáveis de natureza psicossocial. Os modelos explicativos da Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC), em contextos anteriores, centravam-se predominantemente em fatores biológicos e neuroquímicos, hoje a literatura contemporânea reconhece que variáveis emocionais e desenvolvimentais, como experiências adversas na infância (EAI) e perceção do stress, desempenham um papel significativo na emergência e manutenção deste quadro clínico (McLaughlin et al., 2015; Stein et al., 2019).

A investigação sobre a origem e os fatores que contribuem para o desenvolvimento de comportamentos obsessivo-compulsivos (COC) tem-se intensificado nas últimas décadas, com destaque crescente para variáveis de natureza psicossocial. Se, em contextos anteriores, os modelos explicativos da POC centravam-se predominantemente em fatores biológicos e neuroquímicos, a literatura contemporânea reconhece que variáveis desenvolvimentais e emocionais, nomeadamente as experiências adversas na infância (EAI) e a perceção do stress, desempenham um papel relevante na emergência e manutenção deste quadro clínico (McLaughlin et al., 2015; Stein et al., 2019).

As Experiências Adversas na Infância (EAI) têm sido associadas a uma ampla gama de perturbações mentais, incluindo ansiedade, depressão, dificuldades de regulação emocional e sintomas obsessivo-compulsivos (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998). Estas experiências impactam profundamente o desenvolvimento cerebral, emocional e relacional do indivíduo, podendo moldar a forma como este interpreta o mundo e responde ao stress. A perceção do stress, por sua vez, tem sido apontada como uma variável mediadora relevante, amplificando o efeito das EAI na saúde mental (Kroska et al., 2018; Lazarus & Folkman, 1984).

Contudo, a literatura ainda apresenta limitações significativas. Muitos estudos concentram-se na associação entre EAI e POC, mas ignoram os mecanismos psicológicos que explicam essa relação. São também escassos os estudos que integram simultaneamente os três constructos (EAI, stress percebido e sintomas obsessivo-compulsivos) em modelos estatísticos mediacionais. Finalmente, existe uma necessidade de maior diversidade amostral e cultural, dado que a maioria dos estudos foi conduzida em populações ocidentais, clínicas e universitárias.

Neste contexto, torna-se fundamental analisar criticamente as evidências existentes, identificar lacunas e propor abordagens integradoras que permitam compreender como fatores desenvolvimentais,

emocionais e cognitivos interagem na origem e manutenção dos COC. A presente revisão de literatura pretende contribuir para esse objetivo, organizando o conhecimento atual em torno de três eixos principais: (1) as experiências adversas na infância, (2) a percepção do stress, e (3) os comportamentos obsessivo-compulsivos, culminando na análise da articulação entre estes constructos.

Revisão da Literatura

Experiências Adversas na Infância

As experiências adversas na infância (EAI) referem-se a eventos negativos ocorridos durante o desenvolvimento infantil que comprometem o bem-estar emocional, físico e social da criança (Felitti et al., 1998). Estes eventos podem incluir abuso físico, sexual ou emocional, negligência emocional e física, separação ou perda de cuidadores, exposição à violência doméstica, pobreza extrema, ou convivência com familiares com doença mental ou dependência de substâncias (Hughes et al., 2017). A investigação demonstra que quanto maior o número de EAI, maior a probabilidade de consequências negativas para a saúde mental, física e emocional, o que sustenta uma relação entre adversidade precoce e psicopatologia (Anda et al., 2006).

Vários estudos reforçam esta relação. O estudo de Felitti et al. (1998), com mais de 17 mil participantes, demonstrou uma associação linear entre o número de EAI relatadas e a prevalência de perturbações do foro mental, como depressão, ansiedade generalizada e sintomas obsessivo-compulsivos. Estes dados sugerem que a adversidade precoce não atua apenas como fator de risco, mas pode também ser um fator etiológico significativo.

Além dos efeitos psicopatológicos diretos, as EAI influenciam a forma como os indivíduos desenvolvem representações internas do self, dos outros e do mundo. Ambientes caóticos, instáveis ou abusivos promovem a criação de esquemas cognitivos desadaptativos, crenças rígidas de insegurança, impotência ou hipervigilância, que, uma vez consolidadas, tendem a permanecer ativas na idade adulta, influenciando negativamente o funcionamento psicológico (Salkovskis, 1985). Este processo enquadra-se no modelo da psicopatologia do desenvolvimento, que defende que as experiências precoces moldam profundamente os padrões de percepção, interpretação e resposta emocional ao longo da vida (Cicchetti & Toth, 2005).

Do ponto de vista emocional, as EAI estão fortemente associadas a dificuldades na regulação afetiva. Estudos como o de Spinhoven et al. (2014) demonstram que indivíduos com história de adversidade tendem a apresentar maiores níveis de alexitimia, maior propensão para ruminação e padrões de coping menos eficazes, o que contribui para uma maior vulnerabilidade ao sofrimento psicológico. Estes resultados são consistentes com investigações anteriores que destacam a regulação emocional como mediador central entre adversidade precoce e psicopatologia na vida adulta (Cicchetti, 2013).

Em alguns casos, estas dificuldades na regulação emocional podem manifestar-se através de sintomas obsessivo-compulsivos, nos quais os comportamentos compulsivos funcionam como tentativas rígidas e repetitivas de gerir a ansiedade e restaurar uma sensação subjetiva de controlo. Estes processos cognitivo-emocionais, como a intolerância à incerteza, o sentido inflacionado de responsabilidade e a evitação experiencial, estão frequentemente implicados na manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos (Aldao et al., 2010; Salkovskis, 1985).

Perceção do Stress

A perceção do stress diz respeito à avaliação subjetiva que o indivíduo faz das exigências do ambiente e da sua capacidade para lhes responder de forma eficaz. Segundo o modelo transacional proposto por Lazarus e Folkman (1984), não é o evento objetivo que determina a resposta emocional ao stress, mas sim a forma como a pessoa interpreta e avalia cognitivamente a situação. Neste sentido, indivíduos com histórico de EAI tendem a interpretar o mundo como um lugar mais ameaçador e a sentir-se menos capazes de lidar com as suas exigências, o que os torna particularmente vulneráveis a níveis elevados de stress percebido (McLaughlin et al., 2015).

Esta perceção elevada de stress está associada a múltiplos desfechos negativos na saúde mental. A Escala de Stress Percebido (PSS), desenvolvida por Cohen et al. (1983), tem sido frequentemente utilizada para avaliar o stress percebido pelos indivíduos, embora a escala original não tenha sido concebida para avaliar sintomas obsessivo-compulsivos, estudos subsequentes têm identificado associações entre stress percebido e comportamentos compulsivos, sugerindo que o stress pode atuar como fator de manutenção destes sintomas (Calvete et al., 2021; Kroska et al., 2018).

Adicionalmente, a perceção do stress tem vindo a ser conceptualizada como um mecanismo mediador entre a adversidade precoce e perturbações psicopatológicas na vida adulta. Slavich e Irwin

(2014) propuseram o modelo da transdução social do stress, segundo o qual a interpretação subjetiva de eventos adversos pode ativar respostas fisiológicas e inflamatórias que, ao serem prolongadas no tempo, contribuem para o desenvolvimento de diversas perturbações mentais. Este modelo ajuda a compreender de que forma estados emocionais sustentados, como a ansiedade ou a perceção elevada de ameaça, podem desencadear ou intensificar sintomas obsessivo-compulsivos, particularmente em contextos de stress crónico.

Comportamentos Obsessivo-Compulsivos

Os comportamentos obsessivo-compulsivos (COC) referem-se a um padrão caracterizado por obsessões (pensamentos, imagens ou impulsos recorrentes, intrusivos e indesejados) e compulsões (comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados para reduzir a ansiedade provocada pelas obsessões). Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013), a Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC) é definida pela presença destes sintomas com intensidade suficiente para causar sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo.

A etiologia da POC é complexa e multifatorial, envolvendo interações entre fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais. No entanto, embora os fatores biológicos sejam relevantes, os fatores psicossociais e ambientais, sobretudo os experienciados na infância, têm assumido um papel crescente nos modelos teóricos atuais sobre o desenvolvimento dos COC (Brander et al., 2016).

O modelo cognitivo-comportamental proposto por Salkovskis (1985) fornece uma perspetiva particularmente útil para compreender a origem e manutenção dos comportamentos obsessivo-compulsivos. Segundo este modelo, as obsessões não são em si patológicas; o que distingue indivíduos com POC é a interpretação catastrófica desses pensamentos e a adoção de estratégias disfuncionais para os controlar. A exposição precoce a ambientes abusivos ou negligentes pode contribuir para o desenvolvimento de crenças nucleares desadaptativas, como a necessidade de controlo absoluto, responsabilidade exagerada e intolerância à incerteza, todas elas associadas à manifestação dos COC (Coles et al., 2005).

A literatura tem apoiado a ligação entre EAI e sintomas obsessivo-compulsivos. Um estudo populacional conduzido por Brander et al. (2016) identificou uma associação significativa entre EAI e

diagnóstico de POC, mesmo após o controlo de variáveis sociodemográficas e outros fatores de risco. Da mesma forma, Lafleur et al. (2011) reportaram que experiências de abuso emocional e negligência durante a infância aumentam a vulnerabilidade a POC na vida adulta, sendo esta associação especialmente acentuada em mulheres.

Estes resultados sugerem que a adversidade precoce pode não apenas atuar como fator predisponente, mas também influenciar a gravidade, persistência e conteúdo específico dos comportamentos obsessivo-compulsivos.

Relações entre EAI, Stress Percebido e Comportamentos Obsessivo-Compulsivos

Nos últimos anos, a investigação sobre o impacto das experiências adversas na infância (EAI) tem evoluído para modelos explicativos mais integrados, que procuram compreender os mecanismos subjacentes à ligação entre EAI e psicopatologia. Kroska et al. (2018) propuseram um modelo teórico e empírico no qual as EAI influenciam diretamente os níveis de stress percebido, os quais, por sua vez, aumentam a probabilidade de desenvolvimento de sintomas obsessivo-compulsivos. Este modelo contribui para uma compreensão mais dinâmica da relação entre adversidade precoce e psicopatologia, sugerindo que o stress percebido não é apenas um sintoma ou consequência, mas um mecanismo ativo que medeia a expressão clínica do sofrimento psíquico.

Esta hipótese foi reforçada pelo estudo de Calvete et al. (2021), realizado com uma amostra de jovens adultos espanhóis. Os autores demonstraram que participantes com maior exposição a EAI apresentavam níveis significativamente mais elevados de stress percebido, os quais explicavam, em parte, a presença de sintomas obsessivo-compulsivos. Estes achados desafiam a visão tradicional da POC como uma perturbação exclusivamente neurobiológica, colocando em evidência a influência de fatores psicossociais e emocionais, particularmente experiências adversas precoces, no desenvolvimento do quadro clínico.

Além disso, estudos sugerem que esta relação não é linear nem inevitável. Fatores moderadores, como a resiliência psicológica, o suporte social e as estratégias de coping adaptativas, podem atenuar os efeitos negativos das EAI, protegendo os indivíduos da manifestação de sintomas clínicos (Bonanno, 2004; Evans et al., 2013). A presença de cuidadores emocionalmente disponíveis, por exemplo, pode funcionar

como fator protetor mesmo em contextos adversos, reduzindo a reatividade ao stress e favorecendo o desenvolvimento de competências emocionais mais saudáveis.

A inclusão sistemática destes fatores moderadores e mediadores em futuras investigações é essencial para explicar a variabilidade nos resultados clínicos entre pessoas com EAI semelhantes. Além disso, fornece direções valiosas para intervenções psicoterapêuticas mais eficazes e personalizadas, que considerem não só os sintomas atuais, mas também os contextos de desenvolvimento e os recursos internos do indivíduo.

Objetivos do Estudo e Hipóteses de Investigação

A análise crítica da literatura evidencia que as EAI constituem um fator de risco significativo para perturbações emocionais e comportamentais ao longo da vida, incluindo a Perturbação Obsessiva-Compulsiva. Estas experiências modelam as crenças e estratégias cognitivas utilizadas pelo indivíduo para lidar com situações de ameaça ou incerteza.

A percepção do stress surge, nesse contexto, como uma variável-chave, mediando o impacto das EAI e amplificando a propensão para respostas obsessivo-compulsivas como forma de autorregulação emocional. Esta interação complexa entre fatores desenvolvimentais, cognitivos e emocionais exige uma abordagem integradora, que vá além das explicações puramente biológicas ou comportamentais da POC.

O presente estudo tem como principal objetivo investigar a relação entre as EAI e a manifestação de COC na idade adulta, procurando compreender de que forma estas experiências adversas precoces e a negligência influenciam o desenvolvimento de padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais ao longo do ciclo de vida. De forma mais específica, pretende-se explorar a existência de uma associação direta entre as EAI, compreendidas enquanto eventos disruptivos ocorridos nos primeiros anos de vida e caracterizados por negligência, abuso e ausência de segurança emocional, e os sintomas de natureza obsessiva e compulsiva, frequentemente observados em quadros clínicos de POC ou em manifestações subclínicas do mesmo espectro.

Adicionalmente, o estudo propõe analisar uma possível via indireta entre as EAI e os COC, mediada pela percepção subjetiva de stress, enquanto processo psicológico que traduz a forma como os indivíduos interpretam e respondem a exigências internas ou externas percebidas como ameaçadoras ou desafiantes. Assim, examina-se a hipótese de que o stress percebido funcione como um mecanismo mediador, através

do qual as experiências adversas precoces exercem a sua influência psicopatológica, reforçando a vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomatologia obsessivo-compulsiva.

Como objetivo secundário, este trabalho procura aprofundar a análise dos efeitos específicos de diferentes dimensões das EAI nos COC, considerando as tipologias mais frequentemente identificadas na literatura: negligência emocional, negligência física, abuso físico, abuso emocional e abuso sexual. Esta abordagem diferenciada permite compreender se determinados tipos de adversidade infantil apresentam um peso relativo mais significativo na etiologia dos comportamentos obsessivo-compulsivos, contribuindo para a construção de modelos mais rigorosos e específicos de risco psicopatológico. A identificação destes padrões poderá ser útil para intervenções preventivas e terapêuticas mais direcionadas, com implicações relevantes para a prática clínica e para a formulação de políticas públicas de promoção da saúde mental.

De acordo com a literatura que demonstra que as EAI constituem um fator de risco para o desenvolvimento de COC na vida adulta e uma vez que estas experiências não influenciam apenas a estrutura cognitiva e emocional dos indivíduos, como também afetam a forma como estes percebem e gerem o stress no seu quotidiano, formulamos as seguintes hipóteses:

(H1) Maior exposição a Experiências Adversas na Infância contribui para o desenvolvimento de Comportamentos Obsessivos-Compulsivos.

(H2) Indivíduos que tiveram maior exposição a Experiências Adversas na Infância demonstram uma Perceção de Stress mais elevada levando a um agravamento dos Comportamentos Obsessivos-Compulsivos.

Metodologia

Tipo de Estudo

O presente estudo adota um paradigma quantitativo, o que implica a utilização de instrumentos padronizados, escalas psicométricas e procedimentos estatísticos com vista à análise objetiva e sistemática das relações entre variáveis previamente definidas. Esta abordagem permite testar hipóteses formuladas com base em literatura científica prévia, quantificar associações entre fenómenos e contribuir para o desenvolvimento teórico com base em evidência empírica rigorosa. A escolha do método quantitativo justifica-se pela natureza dos objetivos do estudo, centrados na identificação de padrões de associação entre as variáveis independentes (experiências adversas na infância e perceção de stress) e a variável dependente

(comportamentos obsessivo-compulsivos), bem como na quantificação da magnitude dessas relações (Creswell, 2014).

Do ponto de vista temporal, o delineamento do estudo é retrospectivo, uma vez que se baseia na recolha de informação sobre eventos passados, nomeadamente as experiências vividas durante a infância, através da memória e autoavaliação dos participantes. Embora este tipo de delineamento apresente limitações inerentes, como o potencial viés de recordação (*recall bias*), é amplamente utilizado na investigação em psicologia do desenvolvimento e psicopatologia, sobretudo quando o foco incide sobre eventos que não podem ser observados diretamente nem replicados eticamente, como é o caso de experiências adversas precoces (Hardt & Rutter, 2004).

No que se refere à sua estrutura metodológica, o estudo é transversal, o que significa que os dados foram recolhidos num único momento no tempo, fornecendo um retrato instantâneo das variáveis em análise. Este tipo de delineamento permite identificar associações estatísticas entre variáveis, mas não possibilita inferências causais nem o estabelecimento de sequências temporais de desenvolvimento psicopatológico. Contudo, dentro dos limites da abordagem transversal, os resultados obtidos podem oferecer pistas valiosas sobre as interações entre experiências adversas precoces, avaliação cognitiva do stress e sintomas psicopatológicos em adultos (Levin, 2006).

Por fim, o estudo é correlacional, na medida em que visa examinar a existência, direção e intensidade das relações entre variáveis contínuas. Não se pretende, com esta investigação, manipular variáveis independentes nem estabelecer relações de causa-efeito, mas sim explorar associações naturais, tal como ocorrem na população. Através da análise de correlações de Pearson e, eventualmente, de modelos de mediação ou regressão, procura-se avaliar se as experiências adversas na infância se associam significativamente a níveis mais elevados de perceção de stress e de sintomas obsessivo-compulsivos, contribuindo assim para o mapeamento de um modelo explicativo preliminar (Salkind, 2010).

Importa ainda referir que este tipo de desenho metodológico é particularmente adequado em fases iniciais de investigação sobre fenómenos complexos e multifatoriais, como os que envolvem a interação entre fatores desenvolvimentais, cognitivos e comportamentais. Embora não permita estabelecer relações causais definitivas, o desenho correlacional transversal constitui uma base sólida para a formulação de hipóteses mais sofisticadas que possam ser posteriormente testadas através de estudos longitudinais, experimentais ou quasi-experimentais (Shadish et al., 2002).

Participantes

A amostra incluiu 208 participantes com idades entre os 18 e os 67 anos. As características da amostra estão descritas na tabela 1. A média das idades da amostra foi de aproximadamente 34 anos ($M=33.71$; $DP=13.20$). A proporção de mulheres foi superior (72,6%), comparativamente com a proporção de homens (27,4%). A maioria dos participantes é solteiro/a (61,1%). Mais de metade da amostra frequentou/ frequenta o ensino superior (56,3%) e é trabalhador-estudante (69,2%).

Tabela 1

Características demográficas da amostra

	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	151	72.6
Masculino	57	27.4
Estado civil		
Solteiro	127	61.1
Casado(a) / União de facto	63	30.3
Divorciado(a)	11	5.3
Viúvo(a)	7	3.4
Habilitações literárias		
Ensino secundário	91	43.8
Licenciatura	82	39.4
Mestrado	33	15.9
Doutoramento	2	1.0
Estatuto Profissional		
Estudante	37	17.8
Trabalhador-Estudante	144	69.2
Trabalhador	27	13.0

Procedimentos de Recolha de Dados

Este estudo teve o objetivo de recolher dados sobre os comportamentos obsessivos-compulsivos, experiências adversas na infância e a perceção de stress no quotidiano, em indivíduos com mais de 18 anos. Foi selecionada uma amostra de conveniência não probabilística como contexto do presente estudo, dada a facilidade de acesso à população-alvo, a sua relevância sociocultural e a escassez de investigação prévia sobre esta temática neste país. O protocolo de investigação foi enviado para a Comissão de Ética, tendo sido aprovado, sob o código de aprovação TM_COC_PF_JA_24.25. A recolha de dados decorreu no ano de 2025, através da aplicação de questionários online. A técnica de amostragem utilizada foi uma amostragem por conveniência, composta por adultos com idade igual ou superior a 18 anos. Os questionários foram divulgados através de redes sociais e plataformas digitais de contacto, incluindo o WhatsApp, LinkedIn e outras redes similares.

O questionário foi construído na plataforma Microsoft Forms, e esteve disponível para preenchimento de Fevereiro de 2025 a Abril de 2025, pela equipa de investigação. Antes do início do questionário, os participantes tiveram acesso ao consentimento informado, que incluía todas as informações relevantes sobre os objetivos do estudo e os direitos dos participantes. Apenas após a aceitação explícita deste consentimento, os participantes puderam continuar e submeter as suas respostas, para os efeitos do estudo. Os contactos da equipa investigadora responsável pela tese foram disponibilizados no formulário, para que os participantes pudessem, caso necessário, esclarecer dúvidas ou solicitar mais informações sobre a investigação. A participação foi totalmente voluntária, não tendo havido qualquer tipo de compensação associada. As respostas foram recolhidas de forma anónima e os participantes foram incentivados a responder com a maior sinceridade possível.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Este questionário foi construído com o objetivo de recolher informação relevante sobre as características da amostra, permitindo um enquadramento contextual das variáveis em estudo. Incluiu perguntas relativas ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e estatuto profissional. A sua aplicação teve como finalidade a caracterização da amostra e a análise de possíveis associações com as variáveis clínicas avaliadas.

Inventário de Sintomas Breves – ISB-18 (Derogatis, 2001; Canavarro et al., 2017). O ISB-18 é um instrumento de autorresposta composto por 18 itens, cuja finalidade é avaliar sintomas psicológicos gerais em três dimensões específicas: somatização, depressão e ansiedade. Os itens referem-se à frequência com que o indivíduo experienciou determinados sintomas na última semana e são avaliados numa escala de Likert de 5 pontos, de 0 (“NUNCA”) a 4 (“EXTREMAMENTE”). Este inventário permite ainda obter um índice global de sofrimento psicológico. Para os efeitos desta dissertação, registaram-se valores de *Alfa de Chronbach* de .89.

Questionário de Trauma Infantil – Versão Breve (QTI-VB) (Bernstein et al., 2003; Calafate Ribeiro et al., 2010). A versão breve do CTQ adaptado para a população portuguesa é um instrumento de autoavaliação retrospectiva composto por 28 itens que avaliam a exposição a experiências adversas na infância. A escala avalia cinco dimensões do trauma infantil: abuso emocional (“Pessoas da minha família diziam-me coisas que me magoaram ou ofenderam”), abuso físico (“Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico”), abuso sexual (“Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente”), negligência emocional (“Achava que os meus preferiam que eu não tivesse nascido”) e negligência física (“Eu não tinha comida suficiente”). Os itens são classificados numa escala de Likert de 5 pontos, variando de 1 (NUNCA) a 5 (MUITO FREQUENTEMENTE). A pontuação total é obtida pela soma dos itens, permitindo categorizar a gravidade da exposição em níveis que vão de “nenhum a mínimo” até “grave a extremo”. No presente estudo, registaram-se valores de *Alfa de Chronbach* de .83 para a subescala Abuso Emocional, .73 para a subescala Abuso Físico, .85 para a subescala de Abuso Sexual, .78 para a subescala Negligência Emocional e de .78 para a subescala Negligência Física.

Escala de Perceção de Stress (PSS-10) (Ribeiro & Marques, 2009). A versão portuguesa da PSS-10 é composta por 10 itens que avaliam a perceção subjetiva de stress nos últimos 30 dias. Os itens referem-se à frequência com que os indivíduos percecionaram as suas vidas como imprevisíveis, incontroláveis e sobrecarregadas, sendo respondidos numa escala de Likert de 5 pontos de 0 (NUNCA) a 4 (SEMPRE). A pontuação final resulta da soma dos itens, sendo que valores mais elevados indicam maior stress percebido. Neste estudo, a escala apresentou uma boa consistência interna, com um valor de *Alfa de Chronbach* de .83.

Inventário Obsessivo de Coimbra – versão reduzida (IOC-R) (Galhardo et al., 2020). O IOC-R é um instrumento de autorresposta desenvolvido para avaliar sintomas obsessivo-compulsivos, com base em critérios clínicos e teóricos da psicopatologia obsessiva. A versão reduzida é composta por 13 itens que avaliam tanto obsessões (pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos e persistentes) como compulsões (comportamentos ou atos mentais repetitivos realizados com o objetivo de reduzir a ansiedade associada às

obsessões). Cada item do IOC-R é avaliado em dois eixos distintos: frequência com que o sintoma ocorre, numa escala de Likert de 5 pontos, variando de 0 (NUNCA) a 4 (QUASE SEMPRE) e o nível de ansiedade provocada, avaliado também de 0 (NEM UM POUCO) a 4 (EXTRAMAMENTE). A pontuação final é obtida pela soma das respostas, sendo que valores mais elevados refletem maior presença e gravidade de sintomas obsessivo-compulsivos. A consistência interna observada no presente estudo foi boa, com um valor de *Alfa de Chronbach* de .83.

Análise de Dados

A análise de dados foi conduzida com recurso ao software IBM SPSS Statistics para Windows (versão 29) e ao AMOS (versão 29), utilizando o método da Máxima Verossimilhança (*Maximum Likelihood Estimation*). Numa fase inicial, as associações bivariadas entre as variáveis do estudo foram examinadas por meio de correlações de Pearson. A interpretação da magnitude das correlações seguiu os critérios propostos por Cohen (1988), considerando-se correlações fracas quando os coeficientes se situaram abaixo de $\pm 0,29$, moderadas entre $\pm 0,30$ e $\pm 0,49$, e fortes entre $\pm 0,50$ e $\pm 1,00$.

As hipóteses do estudo foram testadas através de uma metodologia de mediação em múltiplas etapas. A análise da adequação do modelo foi realizada por meio de Modelação de Equações Estruturais (SEM), com um intervalo de confiança obtido por bootstrapping para os efeitos indiretos (Hayes, 2013). Todas as variáveis incluídas nos modelos foram tratadas como variáveis observadas. Especificamente, foram testadas as seguintes relações entre as variáveis: (a) o efeito direto da exposição a EAI (negligência emocional, negligência física, abuso emocional, abuso físico e abuso sexual) nos comportamentos obsessivo-compulsivos, (b) o efeito indireto da exposição a EAI nos comportamentos obsessivo-compulsivos através da percepção de stresse.

A análise dos efeitos indiretos foi realizada com base em intervalos de confiança *bias-corrected and accelerated* (BCa) a 95%, obtidos a partir de 5.000 amostras *bootstrapped*, conforme recomendado por Preacher e Hayes (2008). A significância estatística dos efeitos de mediação foi considerada estabelecida quando o intervalo de confiança do produto indireto “ab” não incluía o valor zero. Apenas as variáveis cujos efeitos indiretos se revelaram estatisticamente significativos numa primeira fase foram incluídas nos modelos finais de mediação.

Foi utilizada uma estratégia de Modelo de Equações Estruturais (Hoyle & Smith, 1994) utilizando o software AMOS (Versão 26; Arbuckle, 2012) e o método de máxima verossimilhança. Foram adotados os seguintes critérios para o ajuste dos modelos SEM: (a) o teste χ^2 deve ser não significativo; (b) índice de ajuste comparativo (CFI), índice de ajuste normatizado (NFI), (e) Índice de Tucker Lewis (TLI) $> 0,95$; (c) erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) e raiz quadrada média padronizada (SRMR) $< 0,08$. Um intervalo de confiança bootstrapped de 5.000 bootstrapped 20 para o efeito indireto. Não foram detetados valores omissos, uma vez que o preenchimento integral do questionário era condição obrigatória para a sua submissão, assegurando a completude dos dados recolhidos.

Resultados

Os resultados obtidos nas subescalas dos instrumentos aplicados encontram-se apresentados na Tabela 2, permitindo uma caracterização descritiva da amostra em relação às variáveis centrais do estudo: experiências adversas na infância (EAI), percepção de stress e comportamentos obsessivo-compulsivos (COC).

Relativamente às EAI, os resultados indicam que, em termos médios, os participantes reportaram níveis moderados de exposição a situações adversas na infância. A negligência emocional foi a dimensão mais prevalente, com uma média de $M = 10.72$ ($DP = 4.49$), sugerindo que uma parte significativa da amostra sentiu ausência de apoio emocional e afeto durante a infância. Seguiu-se o abuso emocional ($M = 8.73$; $DP = 4.10$), que envolve comportamentos como humilhação, rejeição e ameaças verbais por parte de cuidadores.

A negligência física obteve um valor médio de $M = 7.28$ ($DP = 2.95$), representando uma frequência moderada de ausência de cuidados básicos (como alimentação adequada ou supervisão). Por sua vez, o abuso físico registou uma média inferior ($M = 6.37$; $DP = 3.33$), sendo menos frequente, embora ainda presente. A dimensão menos pontuada foi o abuso sexual, com $M = 5.62$ ($DP = 1.64$), o que pode refletir uma menor incidência, ou uma maior tendência para a omissão deste tipo de experiência traumática.

No que diz respeito à percepção de stress, os participantes apresentaram uma média de $M = 38.58$ ($DP = 7.78$), o que indica níveis elevados de stress percebido. Este valor sugere que muitos dos inquiridos experienciam o seu quotidiano como exigente, imprevisível e difícil de controlar, o que poderá refletir vulnerabilidades emocionais associadas às EAI.

Por fim, os sintomas obsessivo-compulsivos, avaliados pelo Inventário Obsessivo de Coimbra – versão reduzida, revelaram uma média de $M = 14.45$ ($DP = 10.51$), com uma ampla variabilidade entre participantes. Este resultado indica a presença significativa de pensamentos intrusivos e comportamentos compulsivos entre os participantes, com níveis que podem ir desde manifestações subclínicas até perfis mais marcados de sintomatologia.

Importa ainda referir que os participantes reportaram, em média, 0.48 tipos distintos de experiências adversas na infância ($DP = 0.81$), com valores a variar entre 0 e 3, o que demonstra uma distribuição relativamente dispersa na amostra quanto à quantidade de EAI vivenciadas.

Tabela 2

Matriz de correlações entre as variáveis do estudo

Variáveis	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.Abuso Emocional	-	.52***	.19**	.65***	.20***	.417***	.499***
2.Abuso Físico		-	.22***	.43***	.24***	.07	.25***
3.Abuso Sexual			-	.23***	.27***	.08	.28***
4. Negligência Emocional				-	.35***	.39***	.39***
5. Negligência Física					-	.17*	.28***
6. Perceção de Stress						-	.45***
7.Sintomas Obsessivos							-
Estatística Descritiva							
Média	8.73	6.03	5.62	10.72	9.96	38.58	14.45
Desvio Padrão	4.10	2.31	1.64	4.49	1.70	7.78	10.51

Mínimo	5	5	5	5	5	18	0
Máximo	24	19	17	24	16	61	46

Nota. *** $p < .001$. ** $p < .01$. * $p < .05$.

Intercorrelação entre as variáveis em estudo

Conforme apresentado na Tabela 2, observaram-se correlações estatisticamente significativas entre as dimensões das EAI, a percepção de stress e os COC, o que permite identificar padrões consistentes de associação, os quais fornecem suporte à hipótese de que experiências adversas precoces, podem influenciar a forma como os indivíduos percebem e respondem ao stress, influenciando o desenvolvimento de sintomas obsessivo-compulsivos na idade adulta.

O abuso emocional apresentou correlações positivas significativas com todas as restantes variáveis, nomeadamente com o abuso físico ($r = .52$, $p < .001$), abuso sexual ($r = .19$, $p < .01$), negligência emocional ($r = .65$, $p < .001$), negligência física ($r = .20$, $p < .001$), percepção de stress ($r = .417$, $p < .001$) e sintomas obsessivos ($r = .499$, $p < .001$), destacando-se como uma das dimensões com associações mais robustas. As suas associações com o abuso físico, negligência emocional e sintomas obsessivos indicam que esta experiência adversa é predominante entre indivíduos com histórico de adversidade na infância e aparece implicada na sintomatologia obsessiva. A associação com a percepção de stress sugere que o abuso emocional pode comprometer precocemente os sistemas de regulação emocional e os recursos de coping, potenciando uma maior sensibilidade ao stress ao longo da vida.

A negligência emocional também se destacou como um fator relevante, demonstrando correlações positivas significativas com abuso físico ($r = .43$, $p < .001$), abuso sexual ($r = .23$, $p < .001$), negligência física ($r = .35$, $p < .001$), percepção de stress ($r = .39$, $p < .001$) e sintomas obsessivos ($r = .39$, $p < .001$). Estas associações apontam para um padrão de coexistência de múltiplas formas de adversidade, frequentemente presentes em contextos familiares disfuncionais. Estes dados corroboram investigações anteriores (e.g., Anda et al., 2006; Hughes et al., 2017) que demonstram que a exposição cumulativa a experiências adversas e negligência na infância aumenta significativamente o risco de dificuldades emocionais e comportamentais futuras.

Por sua vez, o abuso sexual apresentou associações positivas com percepção de stress ($r = .08$, n.s.) e sintomas obsessivos ($r = .28$, $p < .001$), embora com valores mais baixos em comparação com outras

dimensões das EAI. Estes dados podem refletir tanto a variabilidade da resposta individual a esse tipo de adversidade, como a possibilidade de que os seus efeitos sejam mediados por fatores como a vergonha, o evitamento ou a dissociação, que não foram avaliados diretamente neste estudo. Ainda assim, a ligação com os sintomas obsessivo-compulsivos está em linha com a literatura que aponta para a internalização da angústia como um possível desfecho deste tipo de abuso (Spinhoven et al., 2014).

A negligência física mostrou correlações positivas com a percepção de stress ($r = .17, p < .05$) e com os sintomas obsessivos ($r = .28, p < .001$), ainda que com magnitudes mais reduzidas. Estes resultados são coerentes com o conceito de que a falta de provisão adequada das necessidades básicas (alimentação, segurança, cuidados médicos) pode conduzir ao desenvolvimento de uma sensação de insegurança e imprevisibilidade, potenciando uma maior vulnerabilidade emocional e comportamental ao longo da vida. Ainda que muitas vezes subvalorizada, a negligência física está associada a disfunções neuropsicológicas e afetivas, como demonstrado por McLaughlin et al. (2015).

A percepção de stress correlacionou-se significativamente com os sintomas obsessivos ($r = .45, p < .001$), sugerindo que níveis mais elevados de stress estão associados a maior sintomatologia obsessivo-compulsiva. Este dado é particularmente relevante, pois apoia a hipótese testada no presente estudo, segundo a qual o stress percebido pode constituir um elo explicativo entre as EAI e a emergência de sintomatologia obsessiva.

Em conjunto, estes resultados sugerem a existência de um modelo relacional complexo, onde as experiências adversas na infância, sobretudo de natureza emocional, influenciam negativamente a forma como o indivíduo avalia e gere situações de stress, aumentando a propensão para o desenvolvimento de respostas obsessivo-compulsivas como uma estratégia de regulação desadequada. A consistência destas associações fornece suporte à adoção de modelos teóricos integrativos, que articulem fatores desenvolvimentais, cognitivos e emocionais na compreensão da psicopatologia obsessivo-compulsiva.

Importa ainda destacar que a magnitude moderada das correlações entre EAI e percepção de stress, bem como entre stress e COC, sugere a existência de múltiplos fatores intervenientes, o que abre caminho para futuras investigações sobre variáveis mediadoras (como a regulação emocional, a evitação experiencial ou o suporte social) e moderadoras (como a resiliência ou as diferenças individuais na personalidade).

Análise de Múltipla Mediação

Foi analisado um modelo no qual a exposição a diferentes EAI (negligência emocional, Negligência emocional, abuso emocional, abuso físico e abuso sexual) estavam diretamente associadas a associadas comportamentos obsessivo-compulsivos, assim como indiretamente ligadas à última variável através da percepção de stresse. Os resultados estandardizados são apresentados na Figura 1. O modelo apresentou um bom ajustamento ($\chi^2(7) = 13.77$, $p = .06$; NFI = .97; CFI = 0.99; TLI = 0.96; RMSEA = 0.04; SMSR = .07). O efeito direto da negligência física ($b = .47$, $p < .001$, 95% CI, .31, .63), e abuso emocional ($b = .89$, $p < .001$, 95% CI, .81, .97) e abuso sexual ($b = .36$, $p < .001$, 95% CI, .27, .45) para os comportamentos obsessivo-compulsivos eram estatisticamente significativos. O efeito indireto da negligência emocional ($b = .42$, $p < .001$, 95% CI, .28, .56), abuso emocional ($b = .72$, $p < .001$, 95% CI, .56, .88) e abuso físico ($b = .78$, $p < .001$, 95% CI, .64, .92) para os comportamentos obsessivo-compulsivos através da percepção de stresse era estatisticamente significativo. Todas as restantes associações não eram estatisticamente significativas.

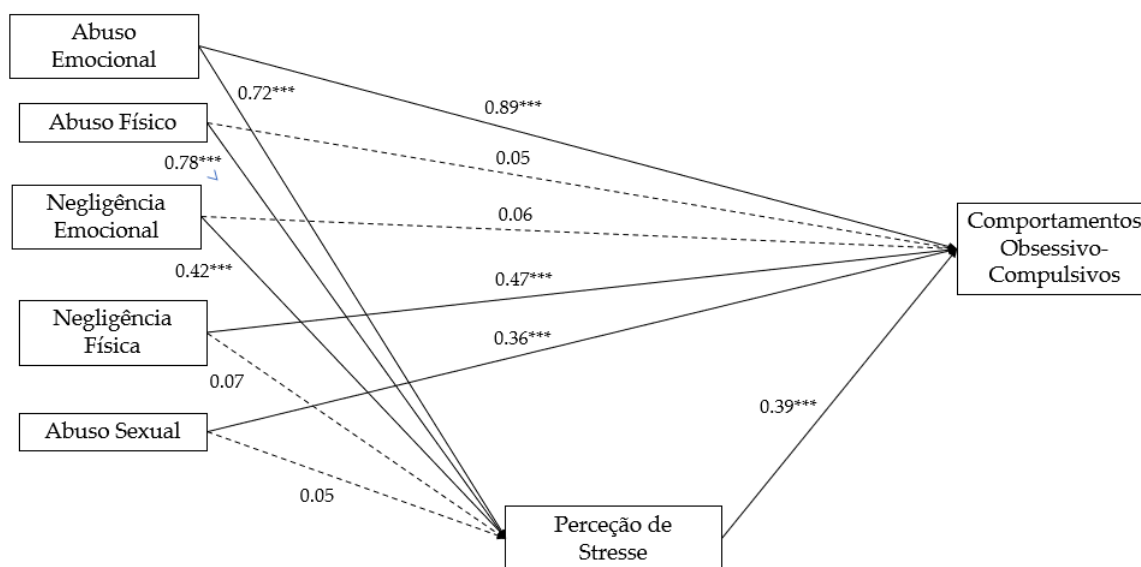


Figura 1. Modelo de mediação em múltiplas etapas das Experiências Adversas na Infância sobre os Comportamentos Obsessivo-Compulsivos através da mediação da Percepção de Stresse. Os retângulos indicam as variáveis medidas. As setas unidirecionais indicam as hipóteses de ligação entre as variáveis. Foram utilizados parâmetros de máxima verosimilhança normalizados. As linhas a negrito representam estimativas estatisticamente significativas e as linhas tracejadas representam estimativas estatisticamente não-significativas. N = 208; *** $p < .001$.

Foi testado um novo modelo com remoção das associações não significativas, no qual foi observado um bom ajustamento do modelo ($\chi^2(5) = 9.97$, $p = .08$; NFI = 0.98; CFI = 0.99; TLI = 0.96; RMSEA = 0.03; SMSR = .02). Os resultados estandardizados são apresentados na Figura 1.

Discussão dos Resultados

Esta dissertação teve como objetivo explorar a relação entre as EAI, percepção de stress e COC em adultos da população em geral. Através da análise descritiva, correlacional e do modelo de mediação, procurámos compreender de que forma as experiências adversas precoces influenciam a sintomatologia obsessivo-compulsiva, quer de forma direta, quer mediada pela percepção de stress do indivíduo. Os resultados obtidos apresentam-se em conformidade com a literatura previamente descrita, mas também revelam particularidades que merecem uma análise com maior profundidade.

Relativamente aos níveis médios de EAI reportados pelos participantes, a negligência emocional destacou-se enquanto a experiência mais prevalente. Este resultado é coerente com investigações anteriores que enfatizam o impacto duradouro da privação emocional na infância (Anda et al., 2006; Hughes et al., 2017). A ausência de apoio emocional e validação por parte das figuras cuidadoras pode comprometer o desenvolvimento de competências socioemocionais e fomentar crenças disfuncionais de desamparo e depreciação, frequentemente observadas em indivíduos com sintomatologia obsessiva (Coles et al., 2005). O abuso emocional também apresentou valores médios elevados, sugerindo que, mais do que a violência física, a violência verbal e psicológica poderá estar mais enraizada em determinados contextos familiares disfuncionais.

Em termos de correlações, observou-se que todas as subescalas das EAI tiveram uma associação positiva com a percepção de stress e a sintomatologia obsessiva. A subescala abuso emocional destacou-se como a variável com maior número de correlações significativas e robustas. A sua ligação significativa com o stress percebido sustenta a hipótese de que este tipo de experiência compromete os mecanismos de autorregulação emocional, potenciando uma maior vulnerabilidade ao stress percebido no quotidiano e, por consequência, a uma maior tendência para o uso de estratégias de coping disfuncionais como os comportamentos obsessivo-compulsivos (Salkovskis, 1985).

A percepção de stress apresentou uma associação significativa com os sintomas obsessivos, reforçando a sua importância enquanto variável mediadora. Este resultado corrobora os pressupostos do

modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), segundo o qual a forma como o indivíduo avalia e interpreta os acontecimentos da sua vida desempenha um papel determinante na sua resposta emocional e comportamental. Em indivíduos com EAI, esta avaliação tende a ser enviesada por crenças negativas sobre si próprios e sobre o mundo, amplificando a percepção de ameaça e descontrolo, características frequentemente associadas à sintomatologia obsessiva (Stein et al., 2019).

Através dos resultados da análise do modelo de mediação da relação entre EAI e COC, foram identificados efeitos diretos e indiretos significativos de diferentes formas de adversidade. O abuso emocional demonstrou tanto um impacto direto como indireto nos comportamentos obsessivos, através da percepção de stress. Este dado revela que, para além do sofrimento gerado pela adversidade, existe um impacto na forma como os indivíduos interpretam e respondem ao mundo, o que pode manter ou agravar os sintomas. Situação semelhante foi observada no caso da negligência emocional e do abuso físico, cujos efeitos indiretos através do stress foram estatisticamente significativos (Kroska et al., 2018).

Curiosamente, o abuso sexual revelou-se um preditor direto significativo dos COC, mas não apresentou um efeito mediado pelo stress percebido. Este resultado pode indicar que os mecanismos psicopatológicos envolvidos nesta subescala de adversidade são distintos, podendo incluir componentes como a vergonha, a dissociação ou a perturbação de identidade, como sugerido por Spinhoven et al. (2014). Estes mecanismos podem atuar de forma independente da percepção de stress consciente e requerem, por isso, abordagens clínicas específicas.

A negligência física, apesar de ter menos foco em estudos anteriores, emergiu neste estudo com um impacto direto significativo nos sintomas obsessivos. Este resultado é relevante, pois aponta para a importância de considerar formas de adversidade menos visíveis, mas igualmente prejudiciais. A ausência de cuidados básicos pode comprometer o sentimento de segurança e previsibilidade do mundo, fatores que são fundamentais no desenvolvimento de uma estrutura cognitiva saudável (McLaughlin, 2014).

Principais Contributos do Estudo

O presente estudo apresenta um conjunto de contributos teóricos, metodológicos e aplicados relevantes para a compreensão das relações entre EAI, percepção de stress e comportamentos obsessivo-compulsivos. Em primeiro lugar, reforça a validade do modelo biopsicossocial de compreensão da

psicopatologia, integrando fatores desenvolvimentais (experiências adversas), cognitivos (percepção do stress) e comportamentais (compulsões) num quadro explicativo coerente.

Do ponto de vista teórico, o estudo confirma a importância de considerar os efeitos duradouros das EAI, particularmente da negligência emocional, como preditores relevantes da vulnerabilidade psicológica na vida adulta. A integração da percepção do stress como variável mediadora acrescenta valor ao modelo, permitindo compreender os mecanismos pelos quais as EAI se traduzem em sintomatologia psicopatológica. Este enquadramento é consistente com a literatura recente que propõe modelos diagnósticos de vulnerabilidade ao stress e à ansiedade (Slavich & Irwin, 2014).

No plano metodológico, destaca-se a utilização de instrumentos psicometricamente validados para a população portuguesa, garantindo a fiabilidade e validade dos dados. A inclusão de subescalas específicas para os diferentes tipos de EAI permitiu uma análise diferenciada, contribuindo para uma compreensão mais precisa da relação entre experiências adversas e sintomatologia obsessiva. Adicionalmente, o recurso à análise correlacional permitiu explorar padrões consistentes de associação, mesmo numa amostra de um tamanho moderado.

Limitações do Estudo

Apesar desta dissertação corroborar algumas das evidências empíricas sobre a relação entre EAI e COC, e adicionando a percepção de stress como um possível processo mediador desta relação, existem algumas limitações que têm de ser tomadas em consideração.

Primeiramente, o design transversal não nos permite inferir causalidade. Não é possível obter inferências causais através do modelo de mediação em série. Em estudos futuros seria benéfico analisar associações entre as variáveis através de um design longitudinal.

Em segundo, esta dissertação não pode fazer conclusões generalistas sobre os resultados devido à dimensão da amostra, que não é representativa, e por ser uma amostra não-probabilística de conveniência. Futuros estudos devem ser realizados em amostras probabilísticas.

Em terceiro, a amostra era constituída maioritariamente por participantes do género feminino. Em futuras investigações as amostras deverão ter proporções mais semelhantes entre os géneros.

Em quarto, as respostas às EAI e aos COC são retrospectivas, o que pode significar um viés de memória.

Em quinto, devido ao desenho do estudo, não foi possível identificar se um evento ocorreu mais de uma vez, portanto não foi possível distinguir entre os efeitos de uma única experiência adversa ou experiências adversas repetidas.

Por fim, embora os instrumentos utilizados sejam validados e amplamente reconhecidos na literatura científica, a utilização exclusiva de medidas quantitativas impede a exploração de aspetos subjetivos da experiência individual, como o significado atribuído às EAI, os recursos de resiliência desenvolvidos ou a qualidade das relações interpessoais ao longo do desenvolvimento. Em investigações futuras, seria pertinente incluir metodologias qualitativas ou instrumentos de avaliação complementar, como entrevistas semiestruturadas (e.g., *Adult Attachment Interview* – AAI), que permitam uma compreensão mais rica e contextualizada dos fenómenos em estudo.

Tendo em conta estas limitações mencionadas, os nossos resultados devem ser interpretados com precaução e a sua generalização deve ser testada através de estudos prospetivos e a outra faixa etária.

Implicações para a Prática Clínica

Os resultados deste estudo possuem implicações práticas interessantes para a intervenção psicológica, sobretudo no âmbito da avaliação, formulação e tratamento de indivíduos com sintomas obsessivo-compulsivos e historial de experiências adversas na infância. Primeiramente, destaca-se a necessidade de uma avaliação sistemática das EAI no processo de anamnese clínica. Muitos sintomas atuais podem estar enraizados em experiências precoces de negligência ou abuso, que moldaram os padrões cognitivos e emocionais do indivíduo. A perceção do stress, como variável mediadora, deve ser integrada nos modelos de formulação do caso, permitindo uma compreensão mais abrangente da dinâmica psicopatológica.

Para além disso, os profissionais devem considerar o desenvolvimento de programas de intervenção precoce centrados na prevenção e mitigação dos efeitos das EAI. A identificação de indivíduos em risco, através de rastreios escolares, centros de saúde ou serviços sociais, pode facilitar intervenções preventivas que diminuam a perceção de stress e promovam competências de coping adaptativo. Esta abordagem

preventiva tem sido defendida por autores como Resick et al. (2002) e encontra suporte empírico em estudos sobre trauma e regulação emocional.

Propostas de Investigações Futuras

Apesar dos contributos do estudo, este apresenta algumas limitações que devem ser reconhecidas. A principal limitação prende-se com o delineamento transversal, que impossibilita a inferência de causalidade entre as variáveis. Estudos longitudinais são necessários para validar a direção das relações propostas e para investigar as trajetórias desenvolvimentais desde a infância até à idade adulta. Outra limitação reside na natureza autorrelatada dos instrumentos utilizados, que pode estar sujeita a enviesamentos de memória ou desejabilidade social.

A composição da amostra também representa uma limitação. A maioria dos participantes pertence a uma população jovem e com níveis elevados de escolaridade, o que pode restringir a generalização dos resultados. Futuras investigações devem procurar incluir amostras mais diversificadas, tanto ao nível etário como sociocultural, e explorar diferenças de género, classe social ou contexto familiar.

Para investigações futuras, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que permitam analisar a evolução temporal das relações entre EAI, stress percebido e COC; a introdução de variáveis moderadoras e mediadoras adicionais, como suporte social, estilo de vinculação, coping e resiliência; a exploração de intervenções terapêuticas que integrem estratégias de regulação do stress em indivíduos com historial de trauma; e a comparação entre populações clínicas e não clínicas, com vista à identificação de fatores de risco e proteção específicos.

Conclusão

O presente estudo procurou explorar as relações entre as experiências adversas na infância (EAI), a perceção do stress e os comportamentos obsessivo-compulsivos (COC), numa amostra da população geral. Os dados obtidos indicaram que as EAI, especialmente aquelas de natureza emocional como o abuso e a negligência emocional, se associam significativamente à presença de sintomas obsessivo-compulsivos na idade adulta. Para além disso, a perceção de stress emergiu como uma variável mediadora relevante,

contribuindo para a compreensão das vias através das quais os eventos adversos precoces influenciam a saúde mental ao longo do desenvolvimento.

A importância destes resultados reside não apenas na confirmação de hipóteses previamente fundamentadas na literatura, mas também na capacidade de iluminar percursos de sofrimento frequentemente negligenciados nos contextos clínico e social. A perceção de stress, quando associada a eventos de adversidade precoce não resolvidos, parece desempenhar um papel central na emergência de padrões comportamentais obsessivo-compulsivos, os quais, muitas vezes, funcionam como comportamentos mal-adaptativos de controlo emocional.

Deste modo, a investigação presente reforça a pertinência de considerar a integração de variáveis de natureza subjetiva (como a perceção de stress) nos modelos explicativos das perturbações mentais. Os resultados obtidos permitem lançar luz sobre um modelo mais completo da etiologia dos COC, superando leituras exclusivamente neurobiológicas ou comportamentais e abraçando uma perspetiva que integra vulnerabilidades emocionais, história de vida e resposta ao stress.

Além disso, a presente dissertação destaca a relevância de investir na deteção precoce de sinais de trauma e stress em contextos educativos, clínicos e sociais. Políticas públicas e programas escolares que promovam a resiliência, o suporte social e o acesso a acompanhamento psicológico de qualidade constituem instrumentos essenciais para mitigar o impacto das EAI. Por outro lado, os dados sugerem que o impacto das EAI é cumulativo e que diferentes formas de adversidade tendem a coexistir, particularmente em ambientes familiares disfuncionais. Em termos científicos, o estudo contribui para colmatar uma lacuna na literatura ao testar, com uma amostra portuguesa, um modelo mediacional entre EAI, stress percebido e COC.

Assim, conclui-se que as experiências adversas vividas durante a infância deixam marcas profundas e duradouras, que se manifestam de múltiplas formas ao longo da vida. Compreender essas marcas, integrando-as no quadro clínico atual e nas estratégias de intervenção, é uma condição necessária para promover a verdadeira transformação do sofrimento em saúde, da dor em resiliência, e da fragmentação psíquica em integração.

Referências Bibliográficas

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., 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. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.

[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>

Brander, G., Pérez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65, 36–62.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.011>

Calafate Ribeiro, C., Gonçalves, M., Fonseca, R., & Henriques, M. R. (2010). Adaptação do Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF) para a população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças, 11*(2), 285–298.

Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2021). Childhood trauma and stress generation: The mediating role of perceived stress. *Child Abuse & Neglect, 115*, 104993.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104993>

Canavarro, M. C., Pereira, M., & Simões, M. R. (2017). Instrumentos de Avaliação Psicológica: ISB-18 – Inventário de Sintomas Breves. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. 4, pp. 79–92)*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 409–438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>

Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children—past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(4), 402–422.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12047>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O., & Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy, 43*(2), 153–167. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.004>

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Derogatis, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18): Administration, scoring and procedures manual*. NCS Pearson.

Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342–1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2020). Development and preliminary validation of the reduced version of the Coimbra Obsessive Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 33, 10. <https://doi.org/10.1186/s41155-020-00151-8>

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. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. The Guilford Press.

Hoyle, R. H., & Smith, G. T. (1994). Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: A conceptual overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 429–440. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.429>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Kroska, E. B., Roche, A. I., Adamowicz, J. L., & Stegall, M. S. (2018). Perceived stress as a mediator of the relationship between adverse childhood experiences and adult mental health. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.005>

Lafleur, D. L., Pittenger, C., Kelmendi, B., Gardner, T., Wasylink, S., Malison, R. T., & Krystal, J. H. (2011). Traumatic events and obsessive-compulsive disorder in childhood and adulthood. *Depression and Anxiety*, 28(9), 825–830. <https://doi.org/10.1002/da.20848>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Levin, K. A. (2006). *Study design III: Cross-sectional studies*. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), 24–25. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400375>

McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2015). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 578–591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>

Ribeiro, J. L. P., & Marques, T. (2009). A avaliação da percepção de stress: A adaptação da escala de Perceived Stress Scale (PSS) para a população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 237–248.

Ribeiro, C., Silva, D. R., & Calafate, M. (2010). Questionário de Trauma na Infância (CTQ) – Versão reduzida: Estudo psicométrico da versão portuguesa. Comunicação apresentada no VII Congresso Iberoamericano de Psicologia, Oviedo, Espanha.

Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of Research Design*. SAGE Publications.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin.

Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140(3), 774–815. <https://doi.org/10.1037/a0035302>

Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Elzinga, B. M. (2014). Childhood trauma and emotion regulation in anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(5), 451–459. <https://doi.org/10.1111/acps.12300>

Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., & Fineberg, N. A. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>

Anexos

INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES - OCI

As afirmativas a seguir se referem às experiências que muitas pessoas têm em sua vida diária.

Na coluna FREQUÊNCIA, circule o número próximo a cada afirmativa que melhor descreve O QUÃO FREQUENTEMENTE VOCÊ TEVE ESSA EXPERIÊNCIA NO ÚLTIMO MÊS.

Após, na coluna ANSIEDADE, circule o número que melhor descreve O QUANTO a experiência mencionada tem lhe causado ansiedade ou incomodado NESTE ÚLTIMO MÊS.

FREQUÊNCIA

0 ————— 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4
Nunca Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

ANSIEDADE

0 ————— 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4
Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente

	FREQUÊNCIA					ANSIEDADE				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Pensamentos desagradáveis vêm à minha mente contra a minha vontade e não consigo me livrar deles.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. Acho que o contato com secreções corporais, (suor, saliva, sangue, urina, etc.) pode contaminar minhas roupas e, de alguma forma, me fazer mal.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. Peço que as pessoas repitam coisas para mim muitas vezes, mesmo que já as tenha entendido na primeira vez.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. Lavo-me e me limpo obsessivamente (excessivamente).	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. Tenho que rever mentalmente acontecimentos passados, conversas e ações para me certificar de que não fiz algo errado.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. Tenho guardado tantas coisas que elas atrapalham o caminho.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. Verifico coisas mais frequentemente que o necessário.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. Evito usar toaletes (banheiros) públicos, porque tenho medo de doenças ou contaminação.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas, etc.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. Verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. Coleciono coisas de que não preciso.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. Tenho pensamentos (ou medo) de ferir alguém e não saber.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. Tenho pensamentos de que posso querer causar danos (machucar ou ferir) a mim ou aos outros.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. Fico perturbado se os objetos não estão arrumados apropriadamente (de maneira adequada).	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. Sinto-me obrigado a seguir uma determinada sequência ao vestir-me, despir-me e lavar-me.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. Sinto-me compelido a (tenho necessidade de) contar enquanto estou fazendo coisas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. Tenho medo de, impulsivamente, fazer coisas embaraçosas ou nocivas (que possam fazer mal).	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. Preciso rezar para anular maus pensamentos ou sentimentos.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. Fico verificando os formulários (papéis, documentos) ou outras coisas que tenha escrito.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. Fico perturbado ao ver facas, tesouras, e outros objetos pontiagudos, com receio de perder o controle sobre eles.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. Sou excessivamente preocupado com limpeza.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. Acho difícil (não gosto de) tocar um objeto quando eu sei que ele já foi tocado por estranhos ou certas pessoas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. Necessito que as coisas estejam arrumadas em uma certa ordem.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. Atraso-me (demoro demais) com o meu trabalho pois repito coisas várias vezes.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25. Sinto que tenho que repetir certos números.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
26. Após fazer algo cuidadosamente, ainda tenho a impressão de que não terminei.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
27. Acho difícil tocar no lixo ou em coisas sujas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
28. Acho difícil controlar meus próprios pensamentos.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29. Tenho que fazer as coisas várias e várias vezes até sentir que está certo.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
30. Perturbo-me com coisas desagradáveis que vêm à minha mente contra a minha vontade.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
31. Antes de ir dormir eu tenho que fazer coisas de uma certa maneira.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32. Retorno aos lugares para ter certeza de que não machuquei ninguém.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33. Frequentemente tenho pensamentos sórdidos/sujos (maus ou ruins) e tenho dificuldade de me livrar deles.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
34. Evito jogar coisas fora, pois tenho receio de que possa precisar delas mais tarde.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
35. Perturbo-me se outras pessoas mudam a forma como arrumei as coisas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
36. Sinto que devo repetir certas palavras ou frases em minha mente para que possa apagar maus pensamentos, sentimentos ou ações.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
37. Após fazer certas coisas, tenho dúvidas persistentes se realmente as fiz.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
38. Às vezes tenho que me lavar ou me limpar pelo simples fato de me sentir contaminado.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
39. Sinto que há números bons e maus.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
40. Verifico repetidamente tudo que possa causar um incêndio.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
41. Mesmo quando faço algo com muito cuidado, sinto que não está totalmente certo.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
42. Lavo minhas mãos com maior frequência e por mais tempo que o necessário do que a maioria das outras pessoas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Escore Total de Frequência _____

Escore Total Ansiedade _____

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE – EPS 10
(Reis, Hino, & Rodriguez, 2010)

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os últimos 30 dias (último mês). Em cada questão indique a frequência com que você se sentiu ou pensou a respeito da situação:

- 0 = *Nunca*
1 = *Quase nunca*
2 = *Às vezes*
3 = *Pouco frequente*
4 = *Muito frequente*

Com que frequência você...

1. Ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	
2. Sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?	
3. Esteve nervoso ou estressado?	
4. Esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?	
5. Sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?	
6. Achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha para fazer?	
7. Foi capaz de controlar irritações na sua vida?	
8. Sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle?	
9. Esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle?	
10. Sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los?	

CTQ-SF Questionário de Trauma Infantil – Versão Breve
(Bernstein et al., 2003; trad. e adapt., Calafate Ribeiro et al., 2010)

Encontra abaixo um conjunto de afirmações sobre a sua infância. Por favor classifique-as de acordo com o que viveu nessa fase da sua vida

Na minha infância e juventude...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Eu não tinha comida suficiente.	☐	☐	☐	☐	☐
2 Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.	☐	☐	☐	☐	☐
3 As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpido(a), preguiçoso(a), feio(a), etc.).	☐	☐	☐	☐	☐
4 Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam.	☐	☐	☐	☐	☐
5 Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante	☐	☐	☐	☐	☐
6 Tinha que usar roupas sujas.	☐	☐	☐	☐	☐
7 Senti-me amado(a).	☐	☐	☐	☐	☐
8 Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	☐	☐	☐	☐	☐
9 Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico.	☐	☐	☐	☐	☐
10 A minha família parecia quase perfeita.	☐	☐	☐	☐	☐
11 Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
12 Batiam-me com um cinto, um pau, uma corda ou outras coisas que me magoavam.	☐	☐	☐	☐	☐
13 As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	☐	☐	☐	☐	☐
14 Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam.	☐	☐	☐	☐	☐
15 Acredito que fui fisicamente maltratado.	☐	☐	☐	☐	☐
16 Tive uma ótima infância.	☐	☐	☐	☐	☐
17 Batiam-me tanto que um professor, um vizinho ou um médico chegou a dar-se conta disso.	☐	☐	☐	☐	☐
18 Sentia que na minha família alguém me odiava.	☐	☐	☐	☐	☐
19 As pessoas da minha família eram unidas.	☐	☐	☐	☐	☐
20 Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente.	☐	☐	☐	☐	☐
21 Ameaçaram magoar-me ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	☐	☐	☐	☐	☐
22 Tive a melhor família do mundo.	☐	☐	☐	☐	☐
23 Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual.	☐	☐	☐	☐	☐
24 Alguém me assediou.	☐	☐	☐	☐	☐
25 Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	☐	☐	☐	☐	☐
26 Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisava.	☐	☐	☐	☐	☐
27 Acredito que fui abusado sexualmente.	☐	☐	☐	☐	☐
28 A minha família foi uma fonte de força e apoio.	☐	☐	☐	☐	☐