



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**A ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA E  
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

FERNANDO J. PORTO DE ALMEIDA

SÃO CARLOS

2025

FERNANDO J. PORTO DE ALMEIDA

**A ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA E  
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

**ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND BORDERLINE PERSONALITY  
DISORDER ASSOCIATION**

**LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS DE LA INFANCIA Y  
EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Projeto de monografia apresentado como parte integrante da disciplina de Monografia 2 do curso de formação de Psicólogo da Universidade Federal de São Carlos.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sabrina Mazo  
D’Affonseca

SÃO CARLOS

2025

*À minha avó Rosa que, sob muito sol, me ajudou a chegar aqui, na sombra.*

## AGRADECIMENTOS

À minha família, por me ensinar ambos, o amor e os desafios da coletividade. Ao meu irmão gêmeo, Carlos, por nossa eterna parceria, e por ser luz nos momentos de tempestade. À minha mãe, Isabel, por não me dar tudo, mas tudo que precisei. À minha irmã, Clara, por me ensinar a importância do carinho enquanto escudo do sofrimento. À minha avó, Rosa, por, mais que me ensinar, me permitir viver o amor na sua forma mais pura e benevolente.

Às almas bondosas que, pelo entrelaçar do encontro, cruzaram meu caminho, e nele foram pontes para que eu pudesse caminhar. Ao Júnior e sua família, que gentilmente me ajudaram a conhecer um mundo melhor que aquele que eu vivia. À Maria Lúcia, que me deu sapatos para que eu pudesse correr neste chão de pedras. À Dani Zuza, que foi travesseiro confortável para que eu descansasse os olhos. À Eliana que, com a firmeza e o carinho de uma mãe, me apontou, mais de uma vez, a direção correta.

Aos meus amigos, que me escutaram incansavelmente, sentiram comigo o brilho, e o peso, dos meus sonhos e me incentivaram a ser eu mesmo, em todos os aspectos e dimensões em que isso foi possível. À Dudinha, Cailane, Amanda, Camily, Vic, Letícia, Maria, Gabriel, Douglas, Biel, Marina, Madu, Lívia, Paulinha, Wendy, Marlon, Pedro, Tia Sandra, Jeferson, Madrinha Nilza, Angélica, Zélia, Bel, Grazie, Flávia, Camila, Mamá, Fran, Julia, Bete e Anie que, cada um ao seu tempo, me foi um tesouro precioso, e uma cama macia.

À professora Sabrina, minha orientadora querida e uma inspiração valiosa, que com muita paciência e carinho me ajudou a construir esse estudo. À todas as pessoas que atendi, cada um por suas razões, e à Manu, Mário e Rosa, pelos momentos valiosos de trabalho.

Aos meus Orixás e Guias amados, por me darem propósito, sentido e por estarem comigo, seja no choro ou no sorriso. Por me ajudarem a sentir sem precisar saber. À Patrícia, por seu olhar e suas palavras gentis e seu cuidado de mãe. À Mari, por cuidar de mim.



**Apoio financeiro:** Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq-Brasil) por meio do Edital ProPq 001/2024 PIBIC, PIBIC-AF, PIBIC-AF (INDÍGENA) E PIBITI: SELEÇÃO 2024-2025 da Coordenadoria dos Programas de Iniciação Científica e Tecnológica (CoPICT) da Pró-Reitoria de Pesquisa (ProPq) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

*(...) E as lágrimas que por ti choro  
fossem o orvalho desses campos,  
— os espelhos que refletissem  
— vôo e silêncio — os teus encantos,  
com a ternura humilde e o remorso  
dos meus desacertos humanos!*  
- Cecília Meireles

*Don't you speak over my voice,  
I will return from the shadows  
And I'll bleed in your bed, Turn it red  
Like the ground outside your window  
Love is wild*  
- Aurora

## RESUMO

O desenvolvimento infantil é uma sequência de eventos críticos sensíveis a estressores extremos. Nesse sentido, as experiências adversas na infância (EAI) constituem um ambiente desenvolvimental tóxico potencialmente associado a graves e permanentes prejuízos no funcionamento do indivíduo. Dentre as EAIs, os abusos e negligências emocional e físico, bem como a violência sexual, possuem significativa relação com o desenvolvimento de transtornos de personalidade e, sobretudo, o transtorno de personalidade borderline (TPB). Dessa forma, marcado por intensa instabilidade emocional associada a grandes prejuízos funcionais e alto risco de suicídio, o TPB mostra-se intimamente ligado à traumatizações infantis. O presente estudo teve por objetivo investigar a associação entre experiências adversas na infância e o transtorno de personalidade borderline, partindo da hipótese de que EAIs, contribuem para o desenvolvimento de TPB, estando intimamente associadas. Participaram da pesquisa 141 participantes com idade média de 27 anos, sendo majoritariamente mulheres brancas estudantes do ensino superior. Os participantes foram separados em 2 grupos, (1): com suspeita ou diagnóstico de TPB e (2): sem suspeita ou diagnóstico e responderam a um formulário online composto pela versão brasileira do *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire*, o Big Five Inventory 2 - Short Version (BFI-2-S) e o Inventário Clínico Dimensional da Personalidade - Borderline Personality Disorder (IDCP-BPD). Os dados obtidos foram organizados e analisados estatisticamente através de estatísticas descritivas e inferenciais (correlação). Os resultados indicam associações significativas entre as EAI e o TPB, indicando que, quanto maior o escore total de EAI, maior a probabilidade do indivíduo ter sido vítima de abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e bullying ou testemunhado violência entre membros da família ou na comunidade; maiores os traços de personalidade típicos do funcionamento limítrofe. Da mesma forma, o grupo 1 obteve maiores escores na escala de EAI, em especial nos fatores a abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional, membro da família encarcerado, membro da família tratado com violência, presença de um ou nenhum dos pais, separação ou divórcio dos pais, bullying, violência comunitária, violência coletiva e o escore total de EAI, obtendo, também, maiores escores, com diferenças estatisticamente significativas, nos fatores associados aos traços patológicos de personalidade característicos do TPB.

**Palavras-chave:** transtorno-de-personalidade-borderline, experiências-adversas-na-infância, violência-sexual, big-five.

## ABSTRACT

Child development is a sequence of critical events that are highly sensitive to extreme stressors. In this context, adverse childhood experiences (ACEs) create a toxic developmental environment potentially associated with severe and lasting impairments in an individual's functioning. Among ACEs, emotional and physical abuse and neglect, as well as sexual violence, are significantly related to the development of personality disorders, particularly borderline personality disorder (BPD). Characterized by intense emotional instability, significant functional impairments, and a high risk of suicide, BPD is closely linked to childhood trauma. This study aimed to investigate the association between adverse childhood experiences and borderline personality disorder, based on the hypothesis that ACEs contribute to the development of BPD and are closely related. The study included 141 participants with a mean age of 27 years, predominantly White female university students. Participants were divided into two groups: (1) individuals with suspected or diagnosed BPD and (2) individuals without suspicion or diagnosis. They completed an online questionnaire comprising the Brazilian version of the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire, the Big Five Inventory 2 - Short Version (BFI-2-S), and the Dimensional Clinical Personality Inventory - Borderline Personality Disorder (IDCP-BPD). The data were organized and analyzed using descriptive and inferential statistics (correlation). The results indicate significant associations between ACEs and BPD, showing that higher total ACE scores correspond to a greater likelihood of having experienced physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, emotional neglect, and bullying, or of having witnessed violence within the family or community. These individuals also exhibited more pronounced borderline personality traits. Similarly, Group 1 had higher ACE scores, particularly in the domains of physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, emotional neglect, having an incarcerated family member, family violence, the presence of one or no parents, parental separation or divorce, bullying, community violence, collective violence, and total ACE score. Additionally, this group displayed significantly higher scores in factors related to pathological personality traits characteristic of BPD.

**Keywords:** borderline personality disorder, adverse childhood experiences, sexual violence, Big Five.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	9
MÉTODO .....	19
Participantes.....	19
Tabela 1.....	20
Instrumentos.....	20
Procedimento.....	23
Etapa 1 - Submissão ao Comitê de Ética.....	23
Etapa 2 - Recrutamento dos Participantes.....	24
Etapa 3 - Coleta de Dados.....	24
ANÁLISE DOS DADOS.....	24
RESULTADOS.....	25
Tabela 2.....	26
Tabela 3.....	27
Tabela 4.....	28
Tabela 5.....	31
DISCUSSÃO .....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXOS .....	62
Anexo I – IDCP-BPD .....	62
Anexo II – BFI-2-S.....	68
Anexo III – ACE-IQ.....	71
Anexo IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	87

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil, caracterizado por uma sequência relativamente estável de mudanças biológicas, psicológicas e sociais interrelacionadas (Branco e Linhares, 2018), é um processo vital que possui pontos críticos sensíveis a eventos estressores extremos, repetitivos e/ou anormais, que podem resultar em danos neuropsicológicos permanentes, prejudicando a saúde física e emocional do indivíduo (Anda *et al.*, 2006).

Segundo a teoria biodesenvolvimental de Shonkoff (2010, 2012), experiências vividas na infância podem gerar três tipos diferentes de respostas fisiológicas no organismo: (1) estresse positivo/saudável, (2) estresse tolerável e (3) estresse tóxico. Nesse sentido, o estresse positivo caracteriza-se por aumentos moderados e de curta duração na frequência cardíaca, pressão arterial, glicose sérica e níveis circulantes de hormônios do estresse e citocinas inflamatórias. Seus fatores precipitantes relacionam-se a atividades do dia-a-dia e, portanto, incluem os desafios de lidar com a frustração, ajustar-se a um novo ambiente de cuidados infantis e outras experiências normativas, sendo vivenciado no contexto de relacionamentos estáveis e de apoio que facilitam respostas adaptativas (Shonkoff, 2010).

Enquanto isso, o estresse tolerável refere-se a um estado fisiológico potencialmente perturbador à arquitetura cerebral (através de danos induzidos pelo cortisol nos circuitos neuronais no hipocampo, por exemplo), mas que é amortecido por relações de apoio que facilitam o enfrentamento adaptativo. Seus fatores precipitantes incluem a morte ou doença grave de um membro da família, o divórcio dos pais, a falta de moradia, um desastre natural ou a violência comunitária, sendo vividos com o apoio fornecido por adultos que ajudam a restaurar os sistemas de resposta ao estresse do corpo ao nível basal (Shonkoff, 2010).

O estresse tóxico, no entanto, representa uma forte, frequente e prolongada ativação dos sistemas metabólicos de resposta ao estresse na ausência de suporte da família ou cuidadores primários, sendo resultado, em geral, de fatores de risco que incluem pobreza extrema, abuso físico e/ou emocional recorrente, abuso sexual, negligência, depressão materna grave, abuso de substâncias pelos pais e violência familiar, aumentando o risco do desenvolvimento de doenças relacionadas ao estresse ou uma futura ruptura no funcionamento psicológico e cognitivo (Shonkoff, 2010).

As experiências sugeridas por Shonkoff (201) relativas ao estresse tóxico estão relacionadas ao conceito de experiências adversas na infância (EAI) proposto por Felitti et al (1998). As EAI podem ser definidas como um conjunto de eventos potencialmente traumáticos que ocorrem entre 0 e 17 anos de idade (Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), caracterizam-se como parte desse conjunto os seguintes eventos: maus tratos (violência física, psicológica, sexual e negligências), ambiente familiar disfuncional (problemas de saúde dos pais, abuso de substâncias, criminalidade e violências), perdas interpessoais (morte dos pais ou cuidadores e divórcio), doenças, dificuldades econômicas, violência entre pares (bullying e mais recentemente cyberbullying) e violência comunitária e coletiva (conflitos e guerras) (OPAS, 2019).

Os estudos de Felitti *et al* (2011) concluíram que as EAIs são relativamente comuns e tendem a ser mantidas em segredo pela família, causando grande impacto na vida do indivíduo. Segundo eles, são inúmeras as consequências físicas e neurofisiológicas das EAI, como, por exemplo, alterações nas estruturas neurológicas como redução do hipocampo e da amígdala somado ao possível aumento na probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, hipertensão, obesidade, infecções e outras doenças físicas (Anda *et al*, 2011). Ademais, indivíduos podem adotar comportamentos desadaptativos como

estratégias de enfrentamento a essas situações, a exemplo do uso abusivo de drogas, comer compulsivo entre outros, os quais podem levar a dificuldades nos relacionamentos, problemas sociais e de saúde.

Além disso, identificou-se também que quadros psicopatológicos possuem relação com as EAI. Acredita-se que os chamados transtornos do espectro do trauma (depressão, transtorno de estresse pós traumático - TEPT, transtornos dissociativos, abuso de substâncias e transtorno de personalidade borderline, por exemplo) tenham uma etiologia comum, sendo modulados por fatores genéticos (Costa *et al.*, 2024) e exposição repetitiva ao estresse, como maus tratos infantis (Costa *et al.*, 2024; Anda *et al.*, 2011). Nesse sentido, um estudo com 1.117 jovens do estado do Rio de Janeiro (Andrade, Avanci & Oliveira, 2022) observou que a sobreposição de experiências adversas na infância é um fator de risco para depressão e que, inversamente, sintomas depressivos tendem a aumentar a exposição a EAIs, estabelecendo íntima relação entre si, sendo agravados por questões de vulnerabilidade social como gênero, escolaridade, etnia e classe social.

A partir do exposto anteriormente, tem-se que as EAIs se constituem como experiências de estresse tóxico que podem afetar o funcionamento do indivíduo, estando associado a diversos problemas de saúde física e psicológica. Pesquisadores como, por exemplo, Johnson e colaboradores (2000), Kessler *et al.* (2010), Belsky e colaboradores (2012), Hecht, Cicchetti, e Rogosch (2014), Infurna e colaboradores (2016), Porter e colaboradores (2019), Bozzatello e colaboradores (2021) e Souza e colaboradores (2023) exploraram a ligação entre o transtorno de personalidade borderline (TPB) e as experiências adversas na infância, enfatizando a sobreposição de EAIs no agravamento de sintomas. Foram observados, dessa forma, aumento no número de episódios dissociativos, bem como na instabilidade e dificuldade na regulação das emoções, agravamento de comportamentos auto-destrutivos, maior desregulação no comportamento interpessoal e

agravamento significativo de sintomas comórbidos associados à ansiedade e depressão (Kessler *et al.*, 2010). Outrossim, Souza e colaboradores (2023) enfatizam a íntima relação entre as EAIs e o TPB, observando que traumas precoces (especialmente abuso físico, emocional e sexual), estão diretamente ligados à impulsividade e às dificuldades de regulação emocional, aspectos centrais no TPB.

Um estudo de Bozzatello e colaboradores (2021), realizou a revisão sistemática de 20 anos de literatura científica acerca da relação entre o trauma infantil e o TPB. Os resultados indicam que diferentes tipos de trauma desempenham um papel crucial na manifestação do TPB, revelando que crianças que experienciaram múltiplos tipos de abuso e vitimização ao longo do desenvolvimento apresentam uma gravidade maior dos sintomas. Da mesma forma, uma meta-análise de Porter e colaboradores (2019) sobre o tema observou que aproximadamente 71.1% dos participantes com TPB relataram pelo menos uma EAI, sendo que negligência física, abuso emocional, abuso físico, abuso sexual e negligência emocional foram formas as adversidades mais frequentemente relatadas entre os indivíduos com TPB.

Nesse sentido, o abuso físico é mencionado como uma das formas mais prevalentes de trauma que pode contribuir para a manifestação do TPB. Belsky e colaboradores (2012) num estudo comparativo entre crianças de 12 anos indicaram que indivíduos que sofreram esse tipo de abuso apresentam maiores taxas de desenvolvimento de características borderline, sendo que o tratamento abusivo associado à vulnerabilidade herdada parecem desempenhar um papel sinérgico na promoção dessas características. De igual modo, o estudo Hecht, Cicchetti e Rogosch (2014) observou que o efeito do trauma físico afeta muitos domínios da personalidade, como desregulação afetiva, difusão de identidade, relacionamentos perturbados e automutilação, apontando que crianças que foram abusadas fisicamente eram mais propensas a serem reconhecidas

como indivíduos de alto risco para TPB (Bozzatello *et al.*, 2021). Outrossim, o estudo de Infurna *et al.* (2016), mostrou que o abuso físico por parte do pai previu o desenvolvimento de TPB em um modelo de regressão univariada.

Da mesma forma, o estudo de Bozzatello e colaboradores (2021) aponta que o abuso verbal e emocional parece ter efeitos similares aos do abuso físico, sendo que o estudo de Johnson e colaboradores (2000) associou experiências de abuso verbal na infância com um aumento significativo na propensão ao desenvolvimento de diversas Personalidades Distróficas, incluindo TPB.

Enquanto isso, no que diz respeito a negligência, os estudos de Bozzatello e colaboradores (2021) enfatizam seu papel junto ao abuso físico e emocional, evidenciando que crianças com maiores características associadas ao borderline relatam significativamente mais experiências de negligência física e emocional. Tal concepção vai ao encontro ao observado na meta-análise de Porter e colaboradores (2019), revelando que a negligência emocional tem um efeito consideravelmente grande em indivíduos com TPB, possuindo um *odds ratio* (OR) de 17,73 (IC 95% = 13,01–24,17,  $P < 0,001$ ), indicando que os indivíduos com TPB têm uma probabilidade muito maior de ter experimentado negligência emocional na infância em comparação com controles não clínicos. Além disso, estando a negligência emocional destacada ao lado de outras formas de abuso, como o abuso físico e emocional, evidencia-se que, apesar de todas as experiências adversas serem relevantes para a compreensão do TPB, a negligência emocional é particularmente associada a características específicas do transtorno (ligando-se aos sintomas associados a questões de invalidação emocional e sensibilidade à rejeição), sublinhando sua gravidade. Outrossim, no estudo longitudinal de Johnson e colaboradores (2000) a negligência supervisionada durante a infância foi significativamente associada a sintomas de TPB em uma amostra com 738 crianças.

Por outro lado, outros estudos (Batista et al, 2014; Balbinotti, 2008; Boarati, 2009; Florentino e Bérghamo, 2015; Habigzang et al, 2008; Huh & Cavalini, 2011; Maniglio 2009) enfocam o papel da violência sexual (VS) na infância, apontando significativa relação com o aumento na probabilidade de desenvolvimento de uma série de problemas ligados a saúde mental envolvendo graves prejuízos psicossociais e verificando especial influência no desenvolvimento do transtorno de personalidade borderline/limítrofe (Maniglio, 2009).

Uma revisão sistemática realizada por De Aquino Ferreira e colaboradores (2018) concluiu que a violência sexual na infância é um preditor válido para o diagnóstico de TPB na vida adulta, estabelecendo íntima ligação entre si. Além disso, pacientes com TPB que sofreram violência sexual na infância apresentam condições clínicas mais severas, com maiores números de internações hospitalares, maior severidade de comportamentos autolesivos não-suicidas, maior número de tentativas de suicídio, abuso de substâncias e comportamento sexual de risco (Turnianky et al, 2019) somado a alta relação com resistente e recorrente TEPT comórbido, intenso nível de dissociação e cronicidade do TPB, maior comprometimento psicossocial, mais distúrbios de identidade e apego e maior sentimento de vergonha (De Aquino Ferreira et al, 2018). Em vista disso, diversos autores consideram que o TPB deveria ser melhor conceituado como um tipo de TEPT relacionado à violência sexual (Ford & Courtois, 2014; Kulkarni, 2017; Lewis & Grenyer, 2009; MacIntosh et al., 2015; *apud* De Aquino Ferreira et al, 2018).

De acordo com o Manual Diagnóstico para Transtornos Mentais, quinta edição revisada (DSM-V-TR) (*American Psychiatric Association - APA, 2023*), para um diagnóstico de TPB, o indivíduo deve exibir um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na auto imagem e nos afetos, e uma acentuada impulsividade. Este padrão deve estar presente desde o início da vida adulta e se manifestar em diversos contextos. O

diagnóstico é feito quando pelo menos cinco (ou mais) dos seguintes critérios são atendidos: (1) esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado; (2) um padrão de relacionamentos interpessoais intensos e instáveis, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização; (3) perturbação da identidade: autoimagem ou sentido de si mesmo marcadamente e persistentemente instável; (4) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente); (5) comportamento suicida recorrente, gestos, ameaças ou automutilação; (6) instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade do humor (por exemplo, disforia intensa episódica, irritabilidade ou ansiedade que geralmente duram algumas horas e apenas raramente mais do que alguns dias); (7) sentimentos crônicos de vazio; (8) raiva intensa e inadequada ou dificuldade em controlá-la (por exemplo, explosões frequentes de raiva, raiva constante, lutas físicas recorrentes); e (9) ideação paranoide transitória relacionada ao estresse ou sintomas dissociativos graves.

Assim, verifica-se que o TPB é um transtorno mental complexo, caracterizado por um padrão generalizado de instabilidade na regulação das emoções, relações interpessoais, auto-imagem e no controle dos impulsos, estando associado a comprometimentos funcionais graves, utilização substancial de tratamento e altas taxas de transtornos mentais comórbidos ligados a autoestima, auto-lesões e comportamento suicida (CRIPPA, 2023).

Cumprе destacar que os transtornos de personalidade podem ser abordados a partir de dois principais modelos de diagnóstico: o modelo categorial (ou classificatório) e o modelo dimensional. Ambos têm suas próprias abordagens e vantagens na compreensão e tratamento dos transtornos de personalidade. O modelo categorial é o mais tradicional e amplamente utilizado. Esse modelo categoriza os transtornos de personalidade em tipos distintos, cada um com um conjunto específico de critérios diagnósticos. Para ser

diagnosticado como um transtorno de personalidade específico, o indivíduo deve atender a um número predeterminado de critérios, como visto no DSM 5 TR, por exemplo.

Já o modelo dimensional não categoriza os transtornos de personalidade em tipos distintos, mas como variações ao longo de um contínuo de traços de personalidade. Este modelo sugere que os transtornos de personalidade são melhor compreendidos em termos de dimensões ou espectros de traços de personalidade, onde cada indivíduo pode ter uma combinação única e grau de intensidade desses traços. A 11ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) apresenta um modelo dimensional baseado principalmente no nível de gravidade dos sintomas dos TP (Oliveira, 2021). Tal atualização surge a partir das críticas às limitações do diagnóstico classificatório das perturbações da personalidade e partem, portanto, do princípio de que os TP são melhor conceituados como variações mal-adaptativas/disfuncionais de traços de personalidade comuns (Kendler, Myers, & Reichborn-Kjennerud, 2010; Trull, 2012; Varela, 2018; Verardi et al, 2008).

Oliveira (2021) encontrou correlações significativas entre o modelo utilizado pela CID 11 e os modelos de avaliação da personalidade comumente utilizados no Brasil, em especial o modelo dos 5 grandes fatores. Os 5 grandes fatores da personalidade (*Big Five* ou CGF) é atualmente o modelo de avaliação da personalidade mais aceito na literatura, configurando-se como um referencial consistente da personalidade, que permite a expansão da utilização desse construto para a análise dos diversos fenômenos sociais (Passos & Laros, 2014). O modelo funciona a partir de uma estrutura de 5 fatores bipolares básicos no qual os traços de personalidade podem ser descritos e avaliados a partir de sua localização entre os extremos do fator, em um nível mais abstrato (De Raad & Perugini, 2002). Para tal, os 5 fatores que compõem o modelo são: (1) Extroversão (vs. Introversão); (2) Amabilidade/Agradabilidade (vs. Antagonismo); (3) Conscienciosidade (vs.

Negligência); (4) Neuroticismo (vs. Estabilidade Emocional) e (5) Abertura à Experiência (vs. Indisponibilidade à Experiência).

Por Extroversão entende-se a característica de tendência a apresentar facilidade em interagir com outras pessoas, realizar falas em público e fazer amizades, estando associado a afeto positivo e motivação (Wilt & Revelle, 2009). Já Amabilidade/Agradabilidade, tida como sociabilidade no contexto brasileiro (Hutz, Nunes & Nunes, 2010), descreve a tendência em estabelecer relações interpessoais harmônicas, indicando a qualidade das relações interpessoais entre os indivíduos (Passos & Laros, 2015). Conscienciosidade, também entendida como realização no contexto brasileiro (Hutz, Nunes & Nunes, 2010), refere-se a características de pessoas focadas em metas e normas, tendo alto controle sobre seus impulsos (Roberts et al, 2009). Neuroticismo descreve a característica de sentir as emoções de forma especialmente negativa, estando associado a depressão, ansiedade e estados de irritabilidade, sendo também o fator mais consistente nas mais diversas culturas (Passos & Laros, 2015). Já a Abertura à Experiência denota a disponibilidade em vivenciar novos ambientes e ter acesso a novas informações e experiências, estando associado a curiosidade, pensamento liberal, intelectualidade, comportamento não-dogmático e imaginação (DeYoung, 2014).

Varela (2018) aponta o potencial positivo do modelo CGF em descrever tanto os padrões gerais quanto os padrões patológicos de funcionamento da personalidade, estando ou não presente uma perturbação desses padrões nos extremos dos fatores. Com relação ao TPB, foco deste estudo, a perturbação surge significativamente associada a altos níveis de neuroticismo junto a baixos níveis de amabilidade/gradabilidade e conscienciosidade (Fossati et al., 2012; Varela, 2018; Zanarini & Frankenburg, 2007), relacionando-se à descrição patológica do TPB no DSM-V-TR quanto ao comportamento pautado nas instabilidades emocional e de relações interpessoais, além da impulsividade. Dessa forma,

a diminuição dos sintomas do TPB mostra-se significativamente associada a diminuição dos níveis de neuroticismo bem como o aumento dos níveis de amabilidade e conscienciosidade (Wright *et al.*, 2015).

Em uma revisão da literatura sobre Transtornos da Personalidade, relacionando-os com vivências traumáticas na infância, Rebeschini (2017) identificou carência de material sobre esses transtornos no Brasil. De acordo com a autora, a etiologia e epidemiologia desses transtornos ainda são pouco estudadas, dificultando a correlação com eventos estressores na infância dos pacientes. Assim, o presente estudo tem como objetivos: (1) investigar a associação entre experiências adversas na infância e traços de personalidade e (2) avaliar a diferença nas médias dos escores entre as escalas de experiências adversas na infância e traços de personalidade de indivíduos com diagnóstico ou suspeita de diagnóstico de TPB e indivíduos sem tal diagnóstico.

## MÉTODO

### Participantes

Um total de 176 pessoas participaram da pesquisa. Destas, 35 foram excluídas por não atenderem a algum dos critérios de inclusão (ter idade igual ou superior a 18 anos) ou exclusão (não ter respondido um item das escalas ou tê-las preenchido de forma incorreta). Sendo assim, a amostra final foi composta por 141 indivíduos com idade variando entre 18 e 56 anos ( $M = 27$ ;  $DP = 9,030$ ), a maioria do gênero feminino (76,6%), brancas (68%), solteiras (64%) e que estavam cursando o ensino superior (55.3%). De modo a responder ao objetivo de comparação entre os grupos com e sem diagnóstico de TPB, os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo 1 (com suspeita/diagnóstico de TPB) e Grupo 2 (Sem suspeita/diagnóstico de TPB). A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização dos participantes.

No Grupo 1, a idade dos participantes variou entre 18 e 54 anos ( $M=26.94$ ;  $DP=7.96$ ) e no Grupo 2 entre 18 e 56 anos ( $M=26.8$ ;  $DP=9.42$ ). A maioria dos participantes de ambos os grupos era do gênero feminino (86.48%; 75.24%), branca (71.05%; 67%), estudante do ensino superior (44.73%; 59.22%) e solteiro (55.26%; 67.96%).

**Tabela 1.***Dados de caracterização dos participantes*

	Suspeita/diagnóstico de TPB (N=38)		Sem diagnóstico TPB (N=103)	
	M=26.94	DP=7.96	M=26.80	DP=9.42
	N	%	N	%
<b>Autoidentificação étnica racial</b>				
Branca	27	71.053	69	66.990
Preta	1	2.632	5	4.854
Parda	7	18.421	26	25.243
Amarela	2	5.263	1	0.971
Não informado	1	2.632	2	1.942
<b>Gênero</b>				
Feminino	32	86.48	76	75.24
Masculino	5	13.51	25	24.75
<b>Escolaridade</b>				
Ensino fundamental completo	1	2.632	1	0.971
Ensino médio incompleto	1	2.632	0	0.000
Ensino médio completo	9	23.684	7	6.796
Ensino superior incompleto	17	44.737	61	59.223
Ensino superior completo	5	13.158	12	11.650
Pós graduação incompleta	2	5.263	7	6.796
Pós graduação completa	3	7.895	15	14.563
<b>Estado civil</b>				
Casado	9	23.684	13	12.621
Vive em companhia	7	18.421	8	7.767
Separado	1	2.632	8	7.767
Solteiro	21	55.263	70	67.961
Outro			2	1.942
Não informado			2	1.942

**Instrumentos*****Adverse Childhood Experiences - International Questionnaire (ACE-IQ)*** -

Desenvolvido originalmente em 2011 pela OMS em parceria com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa brasileira por Pereira e Viana (2021), o *Adverse Childhood Experiences Questionnaire* é um instrumento de caráter retrospectivo do tipo rastreio e de auto relato criado com a finalidade de analisar os efeitos a longo prazo do trauma infantil na vida adulta em diferentes realidades sociais e culturais (Ferraz, 2021), buscando avaliar e auxiliar de forma padronizada na vigilância de EAI de forma a favorecer ações e políticas

contra maus-tratos infantis (Pereira & Viana, 2021). Composto por 45 perguntas, distribuiu-se entre experiências vividas e testemunhadas pela criança (31 questões), além de possuir uma sessão para obtenção de dados sociodemográficos (7 questões) e outra para identificação de casamento precoce/forçado (3 questões).

O questionário identifica e avalia a exposição progressiva a 13 classes de EAI na população adulta (>18 anos), incluindo uso de álcool/drogas, abuso sexual, emocional e físico, violência familiar, negligência emocional e física, doença mental ou suicídio no âmbito domiciliar, envolvimento da família com atividades criminais, separação ou divórcio parental, violência comunitária, violência coletiva e bullying (OMS, 2011). Para tal, o instrumento adota diferentes formas de resposta em diferentes seções, sendo elas 1) “sim”, “não” e “prefiro não responder” nas seções sociodemográfica e de identificação de casamento precoce/forçado e 2) Escala Likert de 1 a 4 que avalia frequência ou intensidade, onde 1 corresponde a alta frequência/intensidade e 4 nenhuma frequência/intensidade, havendo ainda uma quinta opção com a alternativa “prefiro não responder/não quero responder” nas seções dedicadas às EAI.

O questionário, por fim, possibilita calcular o Índice Total de Adversidade, denominado *ACE-Score*, que corresponde ao somatório dos valores das 13 escalas. Nesse sentido, o cálculo do *ACE-Score* pode ser realizado de duas formas diferentes: Numa perspectiva binária, mais simplificada, os resultados podem ser analisados baseando-se na presença ou ausência (sim/não) de cada item segundo a resposta afirmativa, podendo variar de 0 (quando não há relato de qualquer EAI) a 13 (quando há relato de EAI de todos os tipos). Por outro lado, pode-se realizar também uma análise de frequência dos itens relacionados a abuso físico, emocional e sexual, negligência e violência doméstica, enquanto os outros itens são analisados segundo a presença ou ausência de cada um

(sim/não) (Basto-Pereira e Maia, 2019 *apud* Ferraz, 2021). No presente estudo foi utilizada a análise da frequência dos itens.

***Big Five Inventory 2 - Short Version (BFI-2-S)*** - Desenvolvido por Soto e John (2017) e traduzido transculturalmente para o contexto brasileiro a partir de sua versão completa (BFI-2) por Pires e colaboradores (BFI-2; Pires *et al.*, 2023), o *Big Five Inventory 2 - Short Version*, é um instrumento de auto-relato elaborado com a finalidade de avaliar os 5 grandes fatores da personalidade: Extroversão (6 itens), Agradabilidade/Amabilidade (6 itens), Conscienciosidade (6 itens) Neuroticismo (6 itens) e Abertura à Experiência (6 itens) bem como 15 subfatores associados: Sociabilidade, Assertividade e Nível de Energia (Extroversão), Compaixão, Respeito e Confiança (Agradabilidade/Amabilidade), Organização, Produtividade e Responsabilidade (Conscienciosidade), Ansiedade, Depressão e Volatilidade Emocional (Neuroticismo) e Senso Estético, Curiosidade Intelectual e Imaginação/Criatividade (Abertura à Experiência), sendo 2 itens para cada subfator. Para tal, utiliza um questionário com 30 afirmações descritivas acerca de si que o participante deve responder a partir de uma escala likert de 1 a 5 pontos, em que (1) = Discordo totalmente e (5) = Concordo totalmente.

A análise do instrumento se dá a partir da somatória dos pontos na escala de cada fator ou subfator. Dessa forma, o resultado geral de cada fator pode variar entre 6 e 30 pontos, sendo que o questionário completo pode variar de 30 a 150 pontos. Nesse sentido, cada subfator pode, ainda, gerar uma pontuação que compreende entre 2 e 10 pontos.

***Inventário Clínico Dimensional da Personalidade - Borderline Personality Disorder (IDCP-BPD)*** - desenvolvido no Brasil por Carvalho e colaboradores a partir do Inventário Clínico Dimensional da Personalidade Revisado (IDCP-2) (Carvalho *et al.*, 2019) e com

base na Taxonomia Hierárquica da Psicopatologia (HiTOP) proposta por Kotov e colaboradores (2017), o Inventário Clínico Dimensional - Borderline Personality Disorder (IDCP-BPD), ainda não publicado, é um instrumento de auto-relato para adultos com foco no rastreio de traços patológicos de personalidade associados ao transtorno de personalidade borderline. O instrumento se baseia na descrição do TPB apresentado pela quinta edição do Manual Estatístico e Diagnóstico para Transtornos Mentais (DSM-V-TR) bem como a teoria da personalidade de Millon (2004). Nesse sentido, o IDCP-BPD consiste em um inventário que avalia a personalidade a partir da resposta acerca de afirmações sobre si, divididas em 3 fatores: (1) Dependência Interpessoal (29 itens); (2) Externalização Emocional (27 itens) e (3) Angústia Internalizante (23 itens). Os fatores são, por sua vez, divididos em 5 subfatores cada, a serem: (1) Evitação de abandono (6 itens), Insegurança (4 itens), Preocupação Ansiosa (6 itens), Submissividade (4 itens), Perseveração (5 itens); (2) Violência (9 itens), Vulnerabilidade (6 itens), Descontrole emocional (4 itens), Desconfiança irritada (3 itens) e Flerte (5 itens) e (3) Desesperança autodirigida (4 itens), Ansiedade (4 itens), Problemas de Identidade (5 itens), Relacionamentos Negativos (5 itens), Fragilidade (5 itens) e Impotência (4 itens). Para tal, o questionário utiliza 79 itens dispostos segundo uma escala likert de 5 pontos em que (1) = Discordo totalmente e (5) = Concordo totalmente. A análise do instrumento se dá a partir da somatória dos pontos totais e divididos por cada fator, podendo variar entre 75 e 375 pontos totais. Variando entre 25 a 125 pontos no fator 1, 27 a 135 pontos no fator 2 e 23 a 115 pontos no fator 3.

## **Procedimento**

### **Etapa 1 - Submissão ao Comitê de Ética**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos CAAE:

81596424.4.0000.5504.

## **Etapa 2 - Recrutamento dos Participantes**

Os participantes foram recrutados através de divulgação do formulário de pesquisa na plataforma digital Inforede (Universidade Federal de São Carlos) e redes sociais: Instagram e Facebook e Telegram, incluindo grupos e páginas com a temática do TPB. O estudo também foi divulgado via e-mail da Universidade Federal de São Carlos.

## **Etapa 3 - Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada em ambiente virtual através de plataforma própria do Laboratório de Desenvolvimento Humano e Cognição - LADHECO (Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos) sob o domínio: <https://psicologi.co/personalidade>. O procedimento teve início com o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foram apresentadas as escalas *Adverse Childhood Experiences (ACE-IQ)*, *Big Five Inventory 2 - Short Version (BFI-2-S)* e o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade - Borderline Personality Disorder (IDCP-BPD).

## **Análise dos dados**

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados e analisados com o software estatístico JASP 0.18.3.0. Foram realizadas análises descritivas (média, desvio padrão, valores mínimos e máximos e frequência) de todas as variáveis do estudo. Posteriormente foi verificada a normalidade dos dados por meio do teste de Shapiro-Wilk considerando o nível de significância de 5% ( $p = 0,05$ ) (Dancey & Reidy, 2018), indicando que todas as variáveis analisadas apresentaram valores  $p < 0,001$ , indicando a não normalidade dos dados.

Sendo assim, para responder ao objetivo (1) investigar a associação entre

experiências adversas na infância e traços de personalidade, foi realizado o teste de correlação de Spearman entre os escores das subescalas do ACE e o ACE-Score com as subescalas do IDCP-BPD. Para analisar a correlação entre as variáveis foi verificada: (1) a significância estatística (se  $p < 0,05$ ); (2) a direção (positiva ou negativa) e (3) o grau ou a força da correlação - nula 0,00; fraca 0,10 - 0,39; moderada 0,40-0,69; forte 0,70-0,89; muito forte 0,90-0,99; perfeita 1,00 (Schoeber, Boer & Schwarte, 2018).

Para responder o objetivo (2) avaliar a diferença nas médias dos escores entre as escalas de experiências adversas na infância e traços de personalidade de indivíduos com diagnóstico ou suspeita de diagnóstico de TPB e indivíduos sem tal diagnóstico, foi utilizado o teste de comparação de médias não paramétrico Mann Whitney.

## **RESULTADOS**

A Tabela 2 apresenta as análises descritivas das subescalas do ACE-IQ e o ACE-Score dos grupos 1 (com suspeita/diagnóstico) e grupo 2 (sem suspeita/diagnóstico).

Os dados da Tabela 2 indicam médias maiores em todas as categorias de EAI para os participantes com suspeita ou diagnóstico de TPB quando comparadas ao grupo sem suspeita ou diagnóstico, sendo que essas diferenças foram estatisticamente significativas para: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional, membro da família encarcerado, membro da família tratado com violência, presença de um ou nenhum dos pais, separação ou divórcio dos pais, bullying, violência comunitária, violência coletiva e o escore total de EAI.

A Tabela 3 apresenta os dados relativos ao BFI-2-S. Os dados da Tabela 3 indicam que houveram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em alguns fatores de personalidade. O grupo sem diagnóstico de TPB apresentou médias maiores nos fatores: (a) amabilidade/gradabilidade, tendência em estabelecer relações interpessoais

harmônicas, indicando a qualidade das relações interpessoais entre os indivíduos (Passos & Laros, 2015); (b) conscienciosidade, pessoas focadas em metas e normas, tendo alto controle sobre seus impulsos (Roberts et al, 2009); (c) respeitabilidade; (d) organização; e (e) responsabilidade.

**Tabela 2**

*Experiências adversas na infância e ACE-Score - comparação entre os grupos*

Experiências adversas na infância	Suspeita/diagnóstico de TPB (N=38)		Sem diagnóstico TPB (N=103)		W	p
	M	DP	M	DP		
Abuso Físico	0.526	0.506	0.233	0.425	2.531.0	< .001
Abuso Emocional	0.816	0.393	0.427	0.497	2.717.5	< .001
Abuso Sexual	0.737	0.446	0.417	0.496	2.582.0	< .001
Abuso de álcool e/ou drogas no ambiente familiar.	0.447	0.504	0.301	0.461	2.243.5	0.105
Membro da família encarcerado	0.237	0.431	0.058	0.235	2.306.5	0.002
Alguém com depressão crônica, doença mental, institucionalizado ou com comportamento suicida	0.632	0.489	0.466	0.501	2.281.0	0.083
Membro da família tratado com violência	0.842	0.370	0.592	0.494	2.446.0	0.006
Presença de um ou nenhum dos pais, separação ou divórcio dos pais	0.816	0.393	0.466	0.501	2.641.5	< .001
Negligência Emocional	0.868	0.343	0.466	0.501	2.744.5	< .001
Negligência Física	0.263	0.446	0.204	0.405	2.073.0	0.454
Bullying	0.500	0.507	0.311	0.465	2.327.5	0.039
Violência Comunitária	0.263	0.446	0.049	0.216	2.377.0	< .001
Violência Coletiva	0.342	0.481	0.155	0.364	2.322.5	0.015
ACE Score	7.289	2.192	4.146	2.854	3.175.5	< .001

Já o grupo de pessoas com suspeita/diagnóstico de TPB apresentou médias estatisticamente significativamente maiores nos fatores: (a) neuroticismo, descreve a característica de sentir as emoções de forma especialmente negativa (Passos & Laros, 2015); (b) abertura à experiência, disponibilidade em vivenciar novos ambientes e ter acesso a novas informações e experiências, estando associado a curiosidade, pensamento liberal, intelectualidade, comportamento não-dogmático e imaginação (DeYoung, 2014); (c) ansiedade; (d) depressão; (e) volatilidade emocional; e (f) imaginação criativa.

**Tabela 3**

*Big Five Inventory 2 - Short Version (BFI-2-S) - comparação entre os grupos*

Fator	Suspeita/Diagnóstico (N=38)		Sem Diagnóstico/Suspeita (N=103)		W	P
	M	DP	M	DP		
Extroversão	17.105	5.172	17.728	3.949	1.751.000	0.338
Agradabilidade	19.342	3.700	21.223	2.807	1.352.500	0.005
Conscienciosidade	17.947	5.281	20.262	4.494	1.366.500	0.006
Neuroticismo	25.684	3.473	19.806	4.323	3.336.000	< .001
Abertura à Experiência	23.237	4.321	21.816	3.849	2.396.500	0.041
Sociabilidade	5.789	2.220	5.835	1.810	1.890.000	0.755
Assertividade	5.921	2.005	5.961	1.836	1.878.500	0.713
Nível de Energia	5.395	2.021	5.932	1.629	1.667.500	0.172
Compaixão	6.842	1.701	7.136	1.379	1.727.000	0.275
Respeitosidade	6.658	1.713	8.146	1.033	906.000	< .001
Confiança	5.842	2.034	5.942	1.514	1.894.500	0.769
Organização	5.368	2.432	6.262	1.990	1.491.000	0.029
Produtividade	5.263	2.390	5.990	2.017	1.541.000	0.051
Responsabilidade	7.316	1.741	8.010	1.404	1.515.500	0.037
Ansiedade	8.632	1.364	7.184	1.564	2.982.500	< .001
Depressão	8.447	1.389	6.214	1.882	3.219.500	< .001
Volatilidade Emocional	8.605	1.636	6.408	1.751	3.181.500	< .001
Senso Estético	7.974	2.033	7.777	1.765	2.149.000	0.366
Curiosidade Intelectual	7.921	1.302	7.359	1.638	2.313.500	0.091

A Tabela 4 apresenta os dados relativos ao IDCP-TPB.

**Tabela 4**  
*Análise descritiva IDCP-TPB*

FATOR IDCP	Grupo	N	M	DP	P
Desconfiança Irritada	1	38	2.053×10 <sup>+9</sup>	1.420×10 <sup>+9</sup>	< .001
	2	100	1.353×10 <sup>+9</sup>	1.140×10 <sup>+9</sup>	
Desesperança Autodirigida	1	38	3.303	0.610	< .001
	2	100	2.197	0.743	
Evitação de Abandono	1	38	1.294×10 <sup>+9</sup>	1.646×10 <sup>+9</sup>	0.916
	2	100	1.698×10 <sup>+9</sup>	1.331×10 <sup>+9</sup>	
Submissividade	1	38	2.974	0.636	< .001
	2	100	2.085	0.817	
Vulnerabilidade	1	38	1.899×10 <sup>+9</sup>	1.764×10 <sup>+9</sup>	0.003
	2	100	1.415×10 <sup>+9</sup>	1.235×10 <sup>+9</sup>	
Insegurança	1	38	3.039	0.651	< .001
	2	100	2.335	0.827	
Ansiedade	1	38	3.586	0.459	< .001
	2	100	2.995	0.757	
Violência	1	38	2.102×10 <sup>+9</sup>	1.164×10 <sup>+9</sup>	< .001
	2	100	1.483×10 <sup>+9</sup>	7.573×10 <sup>+8</sup>	
Preocupação Ansiosa	1	38	2.474×10 <sup>+9</sup>	1.636×10 <sup>+9</sup>	0.002
	2	100	1.977×10 <sup>+9</sup>	1.363×10 <sup>+9</sup>	
Flerte	1	38	2.753	0.831	0.004
	2	100	2.280	0.810	
Perseveração	1	38	2.674	0.675	0.009
	2	100	2.326	0.573	

Descontrole Emocional	1	38	3.164	0.763	< .001
	2	100	2.340	0.735	
Problemas Identidade	1	38	3.505	0.561	< .001
	2	100	2.424	0.941	
Relacionamentos Negativos	1	38	3.079	0.649	< .001
	2	100	1.918	0.743	
Fragilidade	1	38	3.421	0.609	< .001
	2	100	2.020	0.881	
Impotência	1	38	3.039	0.833	< .001
	2	100	1.992	0.841	
Dependência Interpessoal	1	38	2.690×10 <sup>+9</sup>	1.223×10 <sup>+9</sup>	< .001
	2	100	2.110×10 <sup>+9</sup>	1.028×10 <sup>+9</sup>	
Externalização Emocional	1	38	2.775×10 <sup>+9</sup>	8.931×10 <sup>+8</sup>	< .001
	2	100	1.894×10 <sup>+9</sup>	8.365×10 <sup>+8</sup>	
Angústia Internalizante	1	38	3.269	0.484	< .001
	2	100	2.110	0.679	

Nota: 3 participantes foram excluídos em razão da não preenchimento completo do IDCP  
1 = Com Suspeita/Diagnóstico; 2 = Sem Suspeita/Diagnóstico

Na tabela 4, é possível observar médias maiores em todas as subescalas do IDCP-BPD para o grupo com suspeita ou diagnóstico de TPB quando comparado ao grupo sem suspeita/diagnóstico, com destaque para os subfatores de relacionamentos negativos, fragilidade, impotência e os fatores externalização emocional e angústia internalizante, que obtiveram maiores diferenças entre os grupos. Apenas o fator “Evitação de Abandono” obteve valores próximos entre os dois grupos, sendo este maior no grupo sem suspeita/diagnóstico de TPB.

A Tabela 5 apresenta os dados de correlação entre as EAIs e traços de personalidade dos participantes. Neste estudo, a partir da mensuração do instrumento IDCP-BPD, foi utilizada uma abordagem classificatória para avaliação dos traços

patológicos da personalidade associados ao TPB. Tal definição, proposta pelo estudo de Kotov e colaboradores (2017) na elaboração da Taxonomia Hierárquica da Psicopatologia (HiTOP), agrupa os fatores associados ao borderline em 3 diferentes domínios: Dependência Interpessoal, Externalização Emocional (Antagônica) e Angústia Internalizante. Esses fatores refletem os aspectos comportamentais, relacionais e emocionais característicos do TPB, oferecendo uma estrutura compreensiva para sua avaliação e entendimento. O primeiro fator, externalização emocional, descreve a expressão desregulada de emoções, frequentemente manifestada por comportamentos impulsivos, autodestrutivos e explosões de raiva. Essa dimensão inclui atos como automutilação, tentativas de suicídio e reações agressivas, que são comuns em indivíduos com TPB, refletindo a incapacidade de modular respostas emocionais intensas, levando a ações impulsivas (Kotov *et al.*, 2017).

O segundo fator, dependência interpessoal, refere-se a padrões disfuncionais de relacionamento, nos quais há uma necessidade excessiva de aprovação e apoio dos outros, acompanhada de um medo intenso de abandono. Indivíduos com TPB tendem a alternar entre idealização e desvalorização das figuras significativas em suas vidas, resultando em relacionamentos instáveis e conflituosos (Kotov *et al.*, 2017).

Por fim, o terceiro fator, angústia internalizante, descreve um estado emocional marcado por intensa dor psicológica, sentimentos crônicos de vazio, desespero e autodepreciação. Indivíduos com TPB frequentemente experimentam sintomas internalizantes, como ansiedade elevada, depressão, culpa excessiva e tendência a ruminar sobre problemas pessoais. Essa dimensão captura a instabilidade emocional interna, que é uma característica central do transtorno, refletindo a dificuldade em regular emoções de forma adaptativa (Kotov *et al.*, 2017).

**Tabela 5***Correlação entre as escalas ACE-IQ (X) e IDCP-BPD (Y)*

Experiências Adversas na Infância		Dependência Interpessoal	Externalização Emocional	Angústia Internalizante
Abuso Físico	Rho	0.329 ***	0.323 ***	0.376 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001
Abuso Emocional	Rho	0.407 ***	0.400 ***	0.452 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001
Abuso Sexual	Rho	0.191 *	0.234 **	0.285 ***
	p-value	0.025	0.006	< .001
Abuso de álcool e/ou drogas no ambiente familiar	Rho	0.168 *	0.112	0.106
	p-value	0.049	0.189	0.218
Membro da família encarcerado	Rho	0.168 *	0.162	0.157
	p-value	0.049	0.057	0.066
Alguém com depressão crônica, doença mental, institucionalizado ou com comportamento suicida	Rho	0.160	0.226 **	0.167
	p-value	0.061	0.008	0.051
Membro da família tratado com violência	Rho	0.338 ***	0.286 ***	0.341 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001
Presença de um ou nenhum dos pais, separação ou divórcio dos pais	Rho	0.289 ***	0.275 **	0.127
	p-value	< .001	0.001	0.137
Negligência Emocional	Rho	0.353 ***	0.373 ***	0.448 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001

Negligência Física	Rho	0.173 *	0.121	0.077
	p-value	0.042	0.158	0.371
Bullying	Rho	0.275 **	0.231 **	0.207 *
	p-value	0.001	0.006	0.015
Violência Comunitária	Rho	0.340 ***	0.297 ***	0.303 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001
Violência Coletiva	Rho	0.197 *	0.175 *	0.120
	p-value	0.021	0.040	0.161
ACE Score	Rho	0.514 ***	0.501 ***	0.493 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Os dados da Tabela 5 indicam que o fator Dependência Interpessoal apresentou correlações significativas e positivas com todas as subescalas de EAIs e com o ACEScore, exceto com a subescala “Alguém com depressão crônica, doença mental, institucionalizado ou com comportamento suicida”. Em relação a força das correlações, observa-se correlações fracas com abuso físico ( $r=0.329$ ); abuso sexual ( $r=0.191$ ); abuso de álcool e drogas no ambiente familiar ( $r=0.168$ ); membro da família encarcerado ( $r=0.168$ ); membro da família tratado com violência ( $r=0.338$ ); presença de um ou nenhum dos pais, separação ou divórcio dos pais ( $r=0.289$ ); negligência emocional ( $r=0.353$ ); negligência física ( $r=0.173$ ); bullying ( $r=0.275$ ); violência comunitária ( $r=0.340$ ) e violência coletiva ( $r=0.197$ ). E correlações moderadas com abuso emocional ( $r=0.407$ ) e o ACEScore ( $r=0.514$ ).

O fator externalização emocional apresentou correlações positivas, significativas e fracas com abuso físico ( $r=0.323$ ); abuso sexual ( $r=0.234$ ); alguém com depressão crônica, doença mental, institucionalizado ou com comportamento suicida ( $r=0.226$ ); membro da família tratado com violência ( $r=0.286$ ); presença de um ou nenhum dos pais, separação ou divórcio dos pais ( $r=0.275$ ); negligência emocional ( $r=0.373$ ); bullying ( $r=0.231$ ); violência comunitária ( $r=0.297$ ); e violência coletiva ( $r=0.175$ ). E correlações significativas, positivas e moderadas com abuso emocional ( $r=0.400$ ) e o ACEScore ( $r=0.501$ ).

Quanto ao fator angústia internalizante apresentou correlações significativas, positivas e fracas com abuso físico ( $r=0.376$ ), abuso sexual ( $r=0.285$ ), membro da família tratado com violência ( $r=0.341$ ), bullying ( $r=0.207$ ) e violência comunitária ( $r=0.303$ ). E correlações significativas, positivas e moderadas com abuso emocional ( $r=0.452$ ), negligência emocional ( $r=0.448$ ) e ACEScore ( $r=0.493$ ).

Ao analisar as EAIs que estão associadas aos três fatores de personalidade, tem-se: abuso físico; abuso emocional; abuso sexual; membro da família tratado com violência; negligência emocional; bullying; violência comunitária e o escore total de experiências adversas (ACEScore).

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivos: (1) investigar a associação entre experiências adversas na infância e traços de personalidade e (2) avaliar a diferença nas médias dos escores entre as escalas de experiências adversas na infância e traços de personalidade de indivíduos com diagnóstico ou suspeita de diagnóstico de TPB e indivíduos sem tal diagnóstico.

Com relação ao primeiro objetivo, os dados obtidos indicaram correlações positivas e significativas entre os três fatores de personalidade avaliados e abuso físico; abuso emocional; abuso sexual; membro da família tratado com violência; negligência emocional; bullying; violência comunitária e o escore total de experiências adversas (ACEScore). A força das correlações variaram de baixa a moderada. Tais associações indicam que quanto maior o escore total de EAI e a ter sido vítima de abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e bullying ou testemunhado violência entre membros da família ou na comunidade; maiores os traços de personalidade típicos do funcionamento limítrofe.

Tais resultados vão ao encontro do proposto por Anda e colaboradores (2011) bem como por Andrade e colaboradores (2022) a respeito da sobreposição de EAIs enquanto uma etiologia comum dos transtornos do espectro do trauma, o qual o TPB faz parte. Da mesma forma, os dados do presente estudo convergem com as pesquisas de Johnson e colaboradores (2000), Lewis e Grenyer (2009), Belsky e colaboradores (2012), Ford e Courtois (2014), Hecht, Cicchetti, e Rogosch (2014), MacIntosh e colaboradores (2015), Infurna e colaboradores (2016), Kulkarni (2017), De Aquino Ferreira e colaboradores (2018), Porter e colaboradores (2019), Bozzatello e colaboradores (2021) e Souza e colaboradores (2023) que encontraram associações entre abuso e negligência emocional e físico, bem como a violência sexual, como fatores mais significativamente associados,

sendo centrais no desenvolvimento do TPB. Contudo, vale ressaltar que para além das violências sofridas pelo indivíduo, os dados do presente estudo parecem indicar que experiências adversas contextuais (e.g. membro da família sofrer violência) e em outros contextos para além do ambiente familiar (e.g. violência comunitária e bullying), também contribuem para o desenvolvimento de TPB.

O abuso emocional foi o tipo de violência que apresentou correlações moderadas com os três fatores de personalidade analisados (externalização emocional; dependência interpessoal e angústia internalizante). De acordo com a OMS (2006), o abuso emocional é uma forma ativa de violência psicológica composta por um conjunto de comportamentos intencionais que visam desvalorizar ou prejudicar emocionalmente uma criança, incluindo insultos ou críticas constantes, ameaças de violência ou rejeição, humilhação pública ou particular, ridicularização, isolamento social forçado e menosprezo do potencial e individualidade da criança. Da mesma forma, a negligência emocional é entendida pela OMS (2006) como uma forma de maus-tratos relacionada ao não atendimento de necessidades emocionais básicas de uma criança por parte dos cuidadores. Isso inclui a falta de atenção, apoio, afeto e estímulo necessários para o desenvolvimento saudável, podendo manifestar-se de diversas maneiras, como na ausência de interação afetiva, desinteresse pelas atividades ou conquistas da criança e a falta de resposta às suas necessidades emocionais.

Nesse sentido, o modelo biossocial de Marsha Linehan (1993) oferece uma proposta de explicação para a associação entre o TPB e o abuso/negligência emocional por meio da interação entre vulnerabilidade biológica e um ambiente invalidante. Segundo esse modelo, indivíduos com TPB possuem uma predisposição biológica para uma reatividade emocional intensa, o que significa que experimentam emoções de forma mais profunda, demoram mais tempo para retornar ao estado basal e apresentam dificuldades na

regulação emocional, podendo estar associados a experiências de estresse crônico (Shonkoff, 2010, 2012). Quando essa vulnerabilidade inata é combinada com um ambiente invalidante, caracterizado por diversas experiências adversas, as dificuldades emocionais são amplificadas, contribuindo para o desenvolvimento do transtorno.

O abuso emocional é, dessa forma, um dos principais exemplos de ambiente invalidante, conceito-chave da teoria biossocial que Linehan define como sendo aquele em que as expressões emocionais e experiências internas do indivíduo são sistematicamente ignoradas, desconsideradas ou punidas. Esse tipo de experiência reforça a ideia de que as emoções do indivíduo são inadequadas ou exageradas, o que gera dificuldades em elaborar e processar os próprios sentimentos. Como resultado, há um impacto significativo na capacidade de regulação emocional, levando a oscilações emocionais intensas e comportamentos impulsivos, características centrais do TPB (Linehan, 1993).

A invalidação pode ocorrer por meio da minimização do sofrimento, quando os sentimentos do indivíduo são desconsiderados ou ridicularizados, ou por meio do reforço intermitente da emoção extrema, no qual a pessoa só recebe atenção quando suas reações atingem níveis elevados de intensidade (cenário comum em ambientes com alto nível de negligência). Esse ambiente gera um aprendizado em que expressões emocionais extremas são a única forma de obter validação, o que pode contribuir para comportamentos desregulados, como explosões emocionais, automutilação e instabilidade nos relacionamentos (Linehan, 1993, 2015). Além disso, o medo do abandono se torna uma preocupação central, pois essas experiências constituem uma representação ambígua de afeto, que pode ser retirado a qualquer momento, decorrendo no surgimento de padrões de relacionamentos intensos e instáveis, marcados por uma oscilação entre idealização e desvalorização dos outros. Cabe ressaltar, dessa forma, a diferença significativa nas facetas de descontrole emocional e relacionamentos negativos bem como nos fatores de

externalização emocional (disfuncional) e dependência interpessoal, que foram maiores no grupo de participantes com suspeita ou diagnóstico de TPB.

Desse modo, o modelo biossocial proposto por Linehan (1993) sugere que o abuso/negligência emocionais exercem um papel crucial no desenvolvimento do TPB, pois intensificam a vulnerabilidade emocional inata e impedem o aprendizado de estratégias eficazes de regulação emocional, levando o indivíduo a recorrer a formas desadaptativas de regulação de emoções intensas.

Com relação aos abusos físicos - uso intencional de força física contra uma criança, resultando, ou com alta probabilidade de resultar, em danos à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança. Esse uso pode incluir ações como bater, chutar, sacudir, morder, estrangular, queimar e outros atos que causem ferimentos físicos (WHO, 2006), e abuso sexual - qualquer ato ou tentativa de obter um ato sexual de forma não consensual, comentários ou avanços sexuais indesejados, ou atos para tráfico ou direcionados contra a sexualidade de uma pessoa, usando coerção, o que pode incluir força física, ameaças, intimidação ou uso de um ambiente de poder sobre alguém incapaz de dar consentimento (como crianças ou pessoas com deficiência mental), independentemente do relacionamento com a vítima (WHO, 2002); os mesmos são entendidos pelo modelo biossocial como uma forma extrema de invalidação emocional, pois ensinam à criança que suas emoções e reações são irrelevantes ou inaceitáveis. Quando um cuidador responde à expressão emocional de uma criança com agressão física, a mensagem transmitida não é apenas a de que a emoção não é válida, mas também a de que sua manifestação pode resultar em dor e punição, podendo levar ao aprendizado de que emoções devem ser suprimidas ou, em contrapartida, expressas de forma intensa (externalização emocional disfuncional) para serem reconhecidas (Linehan, 1993, 2015).

Ademais, os abusos físico e sexual podem gerar um estado de hiperativação emocional crônica, despertando um estado de vigilância constante com extrema sensibilidade a sinais de rejeição ou ameaça, levando a formação reativa de respostas emocionais intensas e reações impulsivas como mecanismo defensivo (Linehan, 1993, 2015). Tal tratativa converge com os resultados deste estudo, em que o fator de desconfiança irritada obteve diferença significativa entre os grupos, sendo maior no grupo com suspeita ou diagnóstico de TPB. Por conseguinte, essa experiência pode, também, contribuir para padrões interpessoais instáveis, pois a pessoa pode alternar entre a busca desesperada por conexão e a raiva intensa contra aqueles que percebe como fontes de perigo ou invalidação, relacionando-se, também, ao abuso emocional (Linehan, 1993, 2015).

Outra consequência do abuso físico é a desregulação do senso de identidade e autoestima, um dos critérios diagnósticos do TPB (DSM-V-TR; APA, 2023), no qual o fator problemas de identidade obteve diferença significativa entre os grupos, sendo maior nos participantes com suspeita ou diagnóstico de TPB. Entende-se que o abuso pode contribuir na constituição de um funcionamento relacional em que a criança representa negativamente seu auto-valor ou aprende que o afeto está condicionado ao medo e à obediência, cabendo destacar a relação com uma maior pontuação no fator de submissividade do IDCP-BPD para o grupo com suspeita ou diagnóstico de TPB. Tal aprendizado pode levar à autocrítica severa, tentativas de autodestruição e dificuldades em estabelecer limites saudáveis nos relacionamentos interpessoais.

Já no contexto específico da violência sexual, o modelo biossocial o entende enquanto uma negativa extrema da autonomia e a dignidade da vítima, muitas vezes em um contexto de poder e controle. Primeiramente, ela desorganiza a percepção de segurança e confiança no ambiente e nos relacionamentos, levando a uma visão instável e distorcida

sobre si mesmo e os outros, de forma que crianças ou adolescentes que passam por essa experiência frequentemente internalizem sentimentos de vergonha, culpa e desamparo, o que pode resultar em dificuldades na formação da identidade e na regulação emocional (Linehan, 1993, 2015). Assim, a vulnerabilidade emocional inata do indivíduo interage com a violência no contexto de produzir uma formação reativa das expressões emocionais. Da mesma forma, após a violência sexual, muitas vítimas enfrentam respostas invalidantes de seu entorno, como culpa da vítima, negação do ocorrido ou falta de apoio emocional, que pode constituir, também, um ambiente de negligência. Essa invalidação adicional pode intensificar sentimentos de vergonha, desesperança e desconfiança, exacerbando a desregulação emocional (Linehan, 1993, 2002).

Adiante, as experiências adversas associadas ao bullying, violência comunitária e violência coletiva obtiveram correlações significativas com os 3 fatores de traços patológicos da personalidade analisados. Tais experiências podem ser entendidas, por sua natureza, enquanto EAIs contextuais, visto que não estão ligadas apenas ao ambiente familiar mas abrangem o ambiente coletivo no entorno da criança.

Nesse sentido, a teoria bioecodesenvolvimental de Bronfenbrenner (1996) destaca que o desenvolvimento da criança ocorre em um contexto multidimensional, no qual fatores externos ao ambiente familiar exercem grande influência, ainda que de maneira indireta, enfatizando a importância das interações sociais e da sociedade na formação do indivíduo. Nesse modelo, o desenvolvimento é influenciado por várias esferas sociais que interagem mutuamente. Desse modo, o chamado microsistema corresponde ao ambiente imediato da criança, incluindo família, escola, amigos e cuidadores, exercendo influência direta sobre seu desenvolvimento. O mesossistema representa as interações entre esses elementos, como a relação entre pais e professores e seu impacto na aprendizagem. Já o exossistema abrange contextos que, embora não envolvam a criança diretamente, afetam

sua vida, como o trabalho dos pais, políticas educacionais e acesso a serviços de saúde. Enquanto isso, o macrosistema engloba aspectos culturais, econômicos e políticos que moldam os demais sistemas, como normas sociais e valores culturais. Por fim, o cronossistema refere-se às mudanças que ocorrem ao longo do tempo, tanto no desenvolvimento individual quanto em eventos históricos que influenciam a sociedade (Bronfenbrenner, 1996).

Através do ângulo exposto, pode-se inferir, portanto, que as experiências adversas retratadas até então (abuso físico, emocional e sexual bem como negligência emocional) localizam-se especificamente no microsistema, por envolverem majoritariamente o núcleo familiar, enquanto a violência comunitária e bullying podem ser entendidas como parte do exossistema e a violência coletiva, por fim, como parte do macrosistema, constituindo-se como EAIs contextuais.

O Bullying é considerado por Olweus (1993) como um comportamento agressivo, intencional e repetitivo, que ocorre sem provocação e é praticado dentro de uma relação desigual de poder, podendo manifestar-se de diversas formas, incluindo agressões físicas, verbais, psicológicas ou sociais. Além disso, o bullying é caracterizado pela repetição das ações e pela intenção de causar dano, sendo frequentemente observado em contextos escolares, podendo ocorrer, no entanto, também em ambientes de trabalho ou comunidades (Espelage & Swearer, 2003).

Do mesmo modo como enfatizado anteriormente para os demais tipos de EAI, o Bullying pode ser entendido, no contexto da Terapia Comportamental Dialética (DBT; Linehan, 1993, 2015), enquanto uma forma de ambiente invalidante, a partir do qual os fatores inatos do indivíduo interagem no desenvolvimento de expressões emocionais reativas e desreguladas, semelhantes ao que acontece no abuso e negligência emocional e físico, enfatizando-se a desigualdade de poder entre os envolvidos e a falta de acolhimento

dos pares, característicos da situação de bullying, em que as testemunhas tendem a não intervir na perturbação (Espelage & Swearer, 2003). Outrossim, o contexto ambiental do bullying pode atuar enquanto um gatilho externo para essa desregulação, sendo a falta de apoio emocional adequado e a rejeição social, que acompanham o bullying, reforçadores da distorção de percepção da realidade que contribui para a manutenção de sentimentos de desconfiança nos outros e instabilidade identitária, aspectos comuns do TPB e aos quais os itens mensurados pelo IDCP-BPD, problemas de identidade e desconfiança irritada, obtiveram diferenças de média significativas entre os grupos, sendo maior no grupo de participantes com suspeita ou diagnóstico de TPB.

A violência comunitária, mensurada no ACE-IQ sob a definição “membro da família tratado com violência”, “testemunhar violência” ou apenas “violência comunitária”, por sua vez, é entendida como associada a atos de agressão que ocorrem dentro da comunidade ou do contexto social imediato, à exemplo da violência entre grupos ou indivíduos dentro de um mesmo bairro ou cidade (Felliti *et al.*, 1998). Pode incluir agressões físicas, ameaças, roubos, violência doméstica, entre outros comportamentos agressivos, envolvendo geralmente situações de convivência próxima, como a criança testemunhar os cuidadores sendo agredidos física ou psicologicamente/emocionalmente (Felliti *et al.*, 1998).

Enquanto isso, a violência coletiva refere-se a formas de violência que afetam grandes grupos ou populações, como guerras, genocídios, desastres naturais, conflitos étnicos ou religiosos, à exemplo de serem mais comumente observadas no Brasil enquanto violências de caráter discriminatório como o racismo, xenofobia e lgbtfobia bem como por situação de miséria, conflitos entre facções rivais, violência policial etc. Essas formas de violência não são limitadas ao contexto individual, mas têm efeitos sistêmicos e amplificados, afetando comunidades inteiras, levando a traumas coletivos que podem

perdurar por gerações (Felliti *et al.*, 1998).

Um estudo de Mrug e Windle (2010) indicou que a exposição à violência, como testemunhar alguém sendo agredido ou violentado, está relacionada ao desenvolvimento de transtornos de personalidade, em concordância com a revisão de Borges e Dell'Aglio (2008), que destacou que situações de violência geram impactos significativos no desenvolvimento da personalidade, podendo levar a alterações emocionais e comportamentais. Embora este estudo foque na violência sexual, ele sugere uma ligação entre comportamentos violentos e transtornos de personalidade, o que pode ser extrapolado para contextos de violência comunitária.

Observa-se, no entanto, uma escassez de estudos que investiguem e discutam a associação entre as experiências adversas na infância contextuais e os transtornos de personalidade, em especial o TPB, havendo também, nesse sentido, pouca fundamentação para explicar essa relação. Tal problemática é ainda pior no contexto da violência coletiva.

Nesse sentido, uma proposta de explicação possível para a relação entre essas EAIs contextuais e o TPB, em particular a violência coletiva, pode centrar-se na hiperativação emocional crônica, como salientado por Linehan (1993, 2015) a respeito dos efeitos do abuso físico no desenvolvimento do TPB. Segundo ela, a exposição repetitiva a um ambiente invalidante, neste caso associado a um coletivo extremamente abusivo, desperta um estado de vigilância constante com extrema sensibilidade a sinais de rejeição ou ameaça, o que levaria a formação reativa de respostas emocionais intensas e reações impulsivas como mecanismo defensivo. No contexto específico do testemunho da violência, tal relação pode ser comparada ao estudo de Bandura (1961, 1963) com o Boneco Bobo, em que a criança era exposta a um ambiente desconhecido no qual um adulto encenava um ato de agressão contra o brinquedo inflável de figura humanoide. Bandura, neste estudo, observou a transmissão do comportamento agressivo em crianças

que testemunharam a violência. No entanto, a partir do exposto no presente trabalho, cabe presumir efeitos que extrapolam a transmissão do comportamento mas que, também, internalizam estados de estresse prejudiciais ao funcionamento psicológico que contribuem na desregulação emocional característica do TPB.

Com relação ao segundo objetivo, avaliar a diferença nas médias dos escores entre as escalas de experiências adversas na infância e traços de personalidade de indivíduos com diagnóstico ou suspeita de diagnóstico de TPB e indivíduos sem tal diagnóstico, pode-se verificar que os participantes com suspeita/diagnóstico de TPB apresentaram, em média, escores mais altos em relação a abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional, membro da família encarcerado, membro da família tratado com violência, presença de um ou nenhum dos pais, separação ou divórcio dos pais, bullying, violência

comunitária, violência coletiva e o escore total de EAI.

No presente estudo, a média do ACESCore dos participantes com TPB foi de 7.289 (DP=2.192), variando de 1 a 12, enquanto no outro grupo, a média foi de 4.146 (DP=2.854), variando de 0 a 13, indicando que os participantes com TPB tinham experienciado, em média, mais EAI do que o outro grupo, sendo a mesma estatisticamente significativa (3.175.5;  $p < 0.001$ ). Alhowaymel et al (2023) buscaram identificar qual seria o ponto de corte no qual as EAI estejam significativamente associadas a desfechos negativos de saúde crônica. Para tal empreitada, os autores realizaram uma análise secundária utilizando dados de um estudo transversal realizado com 10.047 adultos que responderam ao Questionário Internacional de Experiências Adversas na Infância (ACE-IQ) e medidas autorrelatadas de saúde. Os dados obtidos indicaram que um ponto de corte de quatro ou mais EAIs estava significativamente associado a taxas aumentadas de doenças crônicas. Tendo em vista esse dado, ao olharmos os escores totais dos

participantes com TPB, verificamos que a média deles foi superior ao ponto de corte sugerido na literatura, corroborando que escores mais elevados estão associados a desfechos clínicos mais crônicos.

Quanto às diferenças entre os participantes com ou sem diagnóstico de TPB em relação aos traços de personalidade, verificou-se que houveram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que os indivíduos sem diagnóstico apresentaram médias mais elevadas a fatores relativos a amabilidade/agradabilidade, conscienciosidade, respeitabilidade, organização e responsabilidade; enquanto os indivíduos com suspeita/diagnóstico de TPB apresentaram médias maiores nos fatores neuroticismo, abertura à experiência, ansiedade, depressão, volatilidade emocional; e imaginação criativa (ver Tabela 03). Tais resultados convergem com os achados de Widiger e Trull (1992), Saulsman e Page (2004), Trull e Sher (1994), e Lynam e Widiger (2001) que, através de diferentes métodos empíricos de análise associativa, buscaram avaliar os 5 grandes fatores em indivíduos com diferentes psicopatologias, observando significativa relação com o TPB. Segundo eles, indivíduos com TPB demonstraram maiores níveis de neuroticismo bem como menores níveis de agradabilidade e conscienciosidade.

Sendo o neuroticismo caracterizado pela instabilidade emocional e tendência a experimentar emoções negativas intensas, como ansiedade, raiva e depressão, observa-se que indivíduos com TPB frequentemente apresentam altos escores nessa dimensão devido a dificuldades na regulação emocional características do transtorno, incluindo hiperatividade na amígdala e funcionamento reduzido do córtex pré-frontal, que contribuem no emprego de respostas emocionais exageradas e dificuldades em inibir reações impulsivas (Schulze et al., 2016).

Cabe destacar a convergência com a teoria de Shonkoff (2010, 2012) acerca dos prejuízos das experiências de estresse crônico no desenvolvimento e funcionamento da

arquitetura cerebral. Por esse ângulo, o histórico de múltiplas experiências adversas na infância está associado a um desenvolvimento emocional instável, reforçando padrões de reatividade emocional intensa (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009), como pode ser constatado a partir da análise dos traços patológicos de personalidade mensurados através do ICDP-BPD em que os escores associados aos fatores de externalização emocional (disfuncional) e angústia internalizante, como violência, descontrole emocional, desconfiança irritada (associados a externalização emocional), desesperança autodirigida, problemas de identidade, relacionamentos negativos, fragilidade e impotência (associados a angústia internalizante) obtiveram resultados significativamente maiores no grupo com suspeita ou diagnóstico de TPB quando comparados aos sem suspeita ou diagnóstico. A vulnerabilidade genética também pode desempenhar um papel importante, pois estudos sugerem que altos níveis de neuroticismo são parcialmente hereditários e podem predispor certos indivíduos ao desenvolvimento do TPB (Distel *et al.*, 2009; Costa *et al.*, 2024).

A baixa agradabilidade, por sua vez, pode estar relacionada a dificuldades interpessoais significativas. Indivíduos com TPB frequentemente experimentam medo intenso de abandono e relações interpessoais instáveis, como pode ser observado nos resultados da escala IDCP-BPD em que as subescalas associadas a relacionamentos negativos, fragilidade, impotência e os fatores de dependência interpessoal e externalização emocional (disfuncional) foram relevantemente maiores no grupo com suspeita ou diagnóstico de TPB. Além disso, como apontado pelos indicadores de experiências adversas na infância, observa-se que muitos indivíduos com TPB cresceram em ambientes familiares caóticos ou abusivos, nos quais confiar nos outros não era seguro, o que pode comprometer o desenvolvimento da empatia e da cooperação (Zanarini *et al.*, 2006), associados a agradabilidade.

A baixa Conscienciosidade em indivíduos com TPB, por fim, pode ser explicada

pela impulsividade extrema e dificuldades em planejamento e organização. Estudos indicam que essas pessoas apresentam dificuldades em inibir respostas impulsivas, especialmente em situações de estresse, o que compromete a tomada de decisões e a execução de tarefas estruturadas (Sebastian et al., 2014). Além disso, a sensibilidade à recompensa imediata e a busca por gratificação instantânea prejudicam a capacidade de seguir planos de longo prazo e manter hábitos organizados (Chapman, Leung, & Lynch, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivos: (1) investigar a associação entre experiências adversas na infância e traços de personalidade e (2) avaliar a diferença nas médias dos escores entre as escalas de experiências adversas na infância e traços de personalidade de indivíduos com diagnóstico ou suspeita de diagnóstico de TPB e indivíduos sem tal diagnóstico.

Em vista de tais objetivos, foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas 3 escalas utilizadas entre os grupos (1) com suspeita ou diagnóstico de TPB e (2) sem suspeita ou diagnóstico de TPB. Nesse sentido, o grupo 1 obteve maiores escores na escala de experiências adversas na infância, em especial nos fatores a abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional, membro da família encarcerado, membro da família tratado com violência, presença de um ou nenhum dos pais, separação ou divórcio dos pais, bullying, violência comunitária, violência coletiva e o escore total de EAI, obtendo, também, maiores escores, com diferenças estatisticamente significativas nos fatores associados aos traços patológicos de personalidade característicos do transtorno de personalidade borderline, excluindo-se apenas 5 das 16 facetas avaliadas. Da mesma forma, observou-se que os participantes do grupo 1 obtiveram resultados significativamente diferentes entre os 5 grandes fatores da personalidade, obtendo resultados maiores no fator de neuroticismo (e facetas associadas) e menores nos fatores de conscienciosidade e agradabilidade (bem como facetas associadas).

Os resultados vão de encontro ao proposto pela literatura, observando que pessoas com características borderline tendem a ter sofrido maior e mais significativa quantidade de experiências adversas ao longo da infância. Tal conjuntura remete a possibilidade de associação significativa entre essas experiências e o desenvolvimento do transtorno, fato

que foi proposto por diversas teorias, incluindo o modelo biossocial da terapia comportamental dialética de Linehan (1993, 2015).

Da mesma forma, este estudo encontrou associações significativas entre as EAI e o TPB, indicando que, quanto maior o escore total de EAI, maior a probabilidade do indivíduo ter sido vítima de abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e bullying ou testemunhado violência entre membros da família ou na comunidade; maiores os traços de personalidade típicos do funcionamento limítrofe.

Os resultados, novamente, vão ao encontro do proposto pela literatura, tendo, no entanto, a característica inédita de observar correlações significativas entre as EAIs contextuais, que extrapolam o ambiente familiar, comumente associados ao desenvolvimento de TPB. Desse modo, os fatores de experiências adversas na infância associados a bullying, testemunho de violência na família ou comunidade e violência coletiva demandam novas formas de entendimento e explicação de sua relação com o transtorno, bem como maiores esforços na investigação de como esses fatores atuam no ambiente social das famílias brasileiras.

Faz-se importante destacar, também, as limitações do estudo, que envolveram majoritariamente o alcance de participantes, bem como sua variabilidade. Foi observada uma amostra com valores díspares entre os grupos de participantes, em que o grupo sem suspeita ou diagnóstico de TPB possuiu uma amostra populacional quase 3 vezes superior ao grupo com suspeita ou diagnóstico de TPB. Da mesma forma, houveram poucos indivíduos com suspeita ou com diagnóstico de TPB especificamente, levando a necessidade de unir os grupos em um único para viabilizar a análise, havendo também que ater-se ao viés da amostra, caracterizado por participantes do sexo feminino, brancas, de classe média e alta escolaridade. Tais dificuldades no alcance e diversidade amostral podem estar relacionados ao método de recrutamento de participantes, que utilizou apenas

a divulgação em redes sociais, como Instagram e Facebook, bem como em redes de informação associadas a Universidade Federal de São Carlos.

Esses fatos podem diminuir a variabilidade dos dados e demandam, dessa forma, cautela na generalização dos mesmos.

Outra limitação, por fim, faz-se na condição de participação, em que o participante autodeclarava seu estado de saúde mental enquanto suspeita ou diagnóstico de TPB, sem que houvesse uma comprovação por laudo médico e/ou psicológico.

Em vista do exposto, enfatiza-se, portanto, a importância de estudos futuros que abordem de forma mais específica a associação entre as experiências adversas na infância de cunho contextual e que, para isso, utilizem novas formas de divulgação e comprovação de presença ou ausência de TPB, aumentando a diversidade e confiabilidade do público amostral.

Cabe ressaltar, também, a importância do estudo no campo de entendimento e desenvolvimento de conhecimento acerca das experiências adversas na infância e o transtorno de personalidade borderline, no qual faz-se particularmente relevante entender a relação entre esses construtos. Em especial, destaca-se o potencial no estudo dessas variáveis em contexto da realidade brasileira, visto que a maior parte das pesquisas no assunto encontram-se localizadas em ambiente internacional, o que pode divergir quanto ao contexto sócio-cultural. Da mesma forma, faz-se necessário entender a relação entre o transtorno e seus possíveis determinantes para que este conhecimento seja útil no desenvolvimento de ações práticas de enfrentamento da violência e adversidades infantis que possam estar associadas ao desenvolvimento de tais condições, tão severas, de saúde mental. Outrossim, o estudo deste tema na ciência psicológica faz-se de suma importância na construção de conhecimento de base, que pode ser útil em futuros aprimoramentos da prática clínica no tratamento destes transtornos.

Por fim, considera-se que este estudo cumpriu o proposto por seus objetivos de pesquisa, contribuindo na construção de conhecimento acerca das experiências adversas na infância, do transtorno de personalidade borderline, e da associação entre eles.

## REFERÊNCIAS

- Alhowaymel FM, Kalmakis KA, Chiodo LM, Kent NM, Almuneef M. Adverse Childhood Experiences and Chronic Diseases: Identifying a Cut-Point for ACE Scores. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 16;20(2):1651. doi: 10.3390/ijerph20021651. PMID: 36674405; PMCID: PMC9863315.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>.
- Andrade, C. R. de ., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. de V. C. de .. (2022). Experiências adversas na infância, características sociodemográficas e sintomas de depressão em adolescentes de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 38(6), e00269921. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT269921>.
- Balbinotti, C. (2008). A violência sexual infantil intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítima do abuso. *Temas em Psicologia*, 35(1).
- Batista, K. G., Corbelino, R.I.R., & Henrique, Y.D. (2014). Abuso e a violência sexual infantojuvenil incestogênico e seus aspectos psicológicos. Trabalho de Conclusão de Curso; (Graduação em Psicologia) - Faculdade do Pantanal.
- Beck AT, Freeman A, Davis DD. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*: Guilford Publications;

- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press. Publicado pela Artmed Editora sob o título: *Terapia cognitiva do transtornos da personalidade*.
- Belsky DW, Caspi A, Arseneault L, Bleidorn W, Fonagy P, Goodman M, et al. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev Psychopathol.* 24:251–65. doi: 10.1017/S0954579411000812
- Boarati, M. C., Brisighello; S.M.B., & Arruda, S.L.S. (2009). Abuso Sexual na Infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 19(3), 412-425.
- Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Abuso sexual na infância e a teoria da personalidade de Carl Rogers. *Revista do NUFEN*, 1(1), 1-15.
- Bozzatello, P., Rocca, C., Baldassarri, F., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The role of trauma in early onset borderline personality disorder: A biopsychosocial perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 721361. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361>
- Brasil (2017, 5 abr.). Lei Nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). *Diário Oficial da União*.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Carvalho L. F., Hauck Filho N., Pianowski G., Muner L.C. (2019). Latent structure of antisocial and borderline personality disorders: a taxometric research . *Paideia*; 29 :

e2902 . <https://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2902>. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2902>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a ed.). Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis. Current Directions in Psychological Science*.
- Costa, A. S. A., Araújo, J. de O. T., & Serra, M. B. (2024). Aspectos epigenéticos e ferramentas diagnóstico-terapêuticas do Transtorno de Personalidade Borderline. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(1), e15165. <https://doi.org/10.25248/reas.e15165.2024>
- CRIPPA, Souza, J. A. (coord.). (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM -5 -TR. 5, texto revisado*. Porto Alegre: Artmed Editora LTDA, 2023, ISBN: 978-65-5882-093-2
- Dancey C., Reidy J. (2018). *Estatística Sem Matemática para Psicologia - 7. ed. Métodos de Pesquisa*. Penso Editora. ISBN: 584291431, 9788584291434
- De Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70–77. doi:10.1016/j.psychres.2018.01.043
- De Raad, B., & Perugini, M. (2002). Big five assessment: Introduction. In B. De Raad & M. Perugini (Eds.), *Big five assessment* (pp.01-26). Germany: Hogrefe & Huber Publishers.
- DeYoung, C. G. (2014). Openness/Intellect: A dimension of personality reflecting cognitive exploration. *Handbook of Personality: Theory and Research* (4th ed., pp. 369–399). Guilford Press.

- Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2003). Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here? *School Psychology Review*, 32(3), 365-383.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Ferraz, M. M. P. (2021). *Autores de Agressão Sexual de Crianças e Adolescentes: Experiências Adversas na Infância e Fatores Associados*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém do Pará. Recuperado em 21 de outubro de 2023. Disponível em: [https://repositorio.ufpa.br/bitstream/2011/13801/1/Dissertacao\\_AutoresAgressaoSexual.pdf](https://repositorio.ufpa.br/bitstream/2011/13801/1/Dissertacao_AutoresAgressaoSexual.pdf)
- Ferreira, J. P., & Costa, L. M. (2023). Experiências adversas na infância como preditoras de transtornos de humor e outras comorbidades em jovens adultos. *Revista Brasileira de Psicologia*, 38(4), 789-805.
- Florentino, B.R., Bérnago, A. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia*, 27(2), 139-144.
- Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Bord. Personal. Disord. Emot. Dysregulation* 1, 9. <http://dx.doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>.
- Fossati, A., Borroni, S., Feeney, J., & Maffei, C. (2012). Predicting borderline personality disorder features from personality traits, identity orientation, and attachment styles in

- italian nonclinical adults: Issues of consistency across age ranges. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 280–297. doi:4710.1521/pedi.2012.26.2.280.
- Habigzang, L.F., Corte, F. Dala; Hatzenberger, R.; Stroehel, F. & Koller, S.H. (2008). Avaliação Psicológica em Casos de Abuso Sexual na Infância e Adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 338-344.
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58(1), 78-79. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.78>.
- Huh, D. M. J., & Cavalini, S. F. S. (2011). Consequências do Abuso Sexual Infantil no Processo de Desenvolvimento da Criança: Contribuições da Teoria Psicanalítica. Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Hutz, C., Nunes, C.H., & Nunes, M. (2010). Manual da Bateria Fatorial de Personalidade. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Infurna MR, Brunner R, Holz B, Parzer P, Giannone F, Reichl C, et al. (2016). The specific role of childhood abuse, parental bonding, and family functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *J Pers Disord*; 30:177–92. doi: 10.1521/pedi\_2015\_29\_186.
- Johnson JG, Smailes EM, Cohen P, Brown J, Bernstein DP. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *J Pers Disord*. 14:171–87. doi: 10.1521/pedi.2000.14.2.17.
- Kendler, K. S., Myers, J., & Reichborn-Kjennerud, R. T. (2010). Borderline personality disorder traits and their relationship with dimensions of normative personality : A web-based cohort and twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 349–359. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01653.

- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, A., Kawakami, N., Lee, S., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tsang, A., Ustün, T. B., Vassilev, S., Viana, M. C., & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
- Kulkarni, J. (2017). Complex PTSD – a better description for borderline personality disorder? *Australas. Psychiatry* 1–3. <http://dx.doi.org/10.1177/1039856217700284>.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>.
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). Calculation of Effect Sizes. *Psychometrica*.
- Lewis, K. L., Grenyer, B. F. S. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harv. Rev. Psychiatry* 17, 322–328. <http://dx.doi.org/10.3109/10673220903271848>.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using a general model of personality to identify the basic elements of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 15-27.
- Masten, A. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6-20. doi: 10.1111/cdev.12205.

- MacIntosh, H. B., Godbout, N., Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. Spec. Issue Personal. / Personnal. 56, 227–241. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000028>.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. Clinical Psychology Review, 29(7), 647-657. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.08.003.
- Millon T., Millon C.M., Meagher S.E., Grossman S.D., Ramnath R. (2004). Personality disorders in modern life. 2nd ed. New Jersey : John Wiley & Sons.
- Mrug, S., & Windle, M. (2010). Prospective effects of violence exposure across multiple contexts on early adolescents' internalizing and externalizing problems. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51(8), 953-961. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02222.x>
- Oliveira, N. P. (2021). O modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11: estudos psicométricos. 2021. 164 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) — Universidade de Brasília, Brasília.
- Olweus, D. (1993). Bullying at school: What we know and what we can do. Blackwell.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2019). Saúde mental dos adolescentes. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. (Acesso em 10/01/2024).
- Passos M. F. D., Laros, J. A. (2014). O modelo dos cinco grandes fatores de personalidade: Revisão de literatura. In Revista Peritia v.21. (pp.13-21). ISSN: 1647-3973.
- Pereira, F. G., & Viana, M. C. (2021). *Cross-cultural Adaptation of the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire*. Revista De Saúde Pública, 55, 79. Recuperado em 21 de outubro de 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003140>.

- Pires, J. G., Nunes, C. H. S. da S., Nunes, M. F. O., & Primi, R.. (2023). Preliminary validity for the Big Five Inventory-2 in Brazilian adults. *Psico-usf*, 28(1), 91–102. <https://doi.org/10.1590/1413-82712023280108>.
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2019). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 141, 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>.
- Roberts, B., Jackson, J., Fayard, J., Edmonds, G., & Meints, J. (2009). Conscientiousness. In M. Leary & R. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 369-381). New York: The Guilford Press.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1055-1085.
- Schulze, L., et al. (2022). Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(35). <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00206-9>.
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, 81(1), 357-367. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01399.x>
- Shonkoff, J. P. (2012). Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 109(2), 17302-17307. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1121259109>.
- Souza, T. de, Cunha, Í. Í. B. R. da, Ferreira, A. F., Diógenes, K. E. P., Junior, R. N. F., Campelo, I. B., Gonçalves, R. E. da S. Z., Batista, B. L. P., Rabello, E. F. Q., Lima, M. A. N., Almeida, R. S. de, & Cunha, M. V. de C. e. (2023). A relação entre

- transtorno de personalidade e a exposição à traumas na infância. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 5444–5455. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p5444-5455>.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2021). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research* (2ªEd). Sage Publications Ltd.
- Soto, C. J., & John, O. P. (2017). Short and extra-short forms of the Big Five Inventory–2: The BFI-2-S and BFI-2-XS. *Journal of Research in Personality*, 68, 69-81.
- Steine, I. M., Harvey, A. G., Krystal, J. H., Milde, A. M., Grønli, J., Bjorvatn, B., Nordhus, I. H., Eid, J., & Pallesen, S. (2012). Sleep disturbances in sexual abuse victims: a systematic review. *Sleep medicine reviews*, 16(1), 15–25. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.01.006>.
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 350-360.
- Trull, T. J. (1995). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults 1. Identification and validation. *Psychological Assessment*, 7, 33–41. doi: 10.1037/1040-3590.7.1.33.
- Vacha-Haase, T., & Thompson, B. (2004). How to Estimate and Interpret Various Effect Sizes. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 473– 481. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.4.473>.
- Varela de Aguiar , E. ., & Araújo Lemos Ferreira, C. . (2020). Violência sexual contra crianças e adolescentes e suas consequências psicológicas, cognitivas e emocionais: revisão integrativa de literatura. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 6(2), 80–96. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V6N2A6>.

- Varela, A. S. P. (2018). Traços da personalidade borderline na população geral adulta. Tese de mestrado, Psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica), Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. URI: <http://hdl.handle.net/10451/37894>.
- Verardi, S., Nicastro, R., McQuillan, A., Keizer, I., & Rossier, J. (2008). The personality profile of borderline personality disordered patients using the five-factor model of personality. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 451–464. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/337/33712001007.pdf>.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60(2), 363-393.
- Wilt, J., & Revelle, W. (2009). Extraversion. In M. Leary & R. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 27-45). New York: The Guilford Press.
- World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>.
- World Health Organization. (2011). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire: pilot study review and finalization meeting*, 4-5, WHO Headquarters, Geneva. Meeting Report. Geneva (CH): WHO 2011; Recuperado em 21 de outubro de 2023. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/adverse\\_childhood\\_experiences/global\\_research\\_network\\_may\\_2011.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network_may_2011.pdf).
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Retrieved from <https://icd.who.int/>
- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2015). Associations between changes in normal personality traits and borderline personality disorder symptoms

over 16 years. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(1), (pp.1-11). DOI:10.1037/per0000092.

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518–535. doi:10.1521/pedi.2007.21.5.518.

## ANEXOS

### Anexo I – IDCP-BPD

**Inventário Dimensional Clínico da Personalidade - Borderline Personality Disorder (IDCP-BPD) - 75 itens.**

(Carvalho et al, 2019).

**Instrução:** Preencha o questionário a seguir com o quanto você concorda com cada afirmação, sendo que (1) = Discordo totalmente, (2) = Discordo, (3) = Nem concordo, nem discordo, (4) = Concordo e (5) = Concordo totalmente.

1	2	3	4	5
<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem Discordo Nem Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
Não tem nada a ver comigo	Tem um pouco a ver comigo	As vezes tem e as vezes não tem a ver comigo	Tem muito a ver comigo	Tem tudo a ver comigo

itens	1 – Discordo Totalmente 2 – Discordo 3 – Nem Discordo, Nem Concordo 4 – Concordo 5 - Concordo Totalmente	1	2	3	4	5
1	Muitas pessoas me consideram rabugento.	0	0	0	0	0
2	As pessoas me acham irritado, mas me irrita porque elas merecem.	0	0	0	0	0
3	As pessoas costumam me irritar com facilidade.	0	0	0	0	0
4	Tudo que eu planejo parece não dar certo.	0	0	0	0	0
5	Não sei fazer nada tão bem quanto os outros.	0	0	0	0	0

6	As coisas boas duram pouco tempo por minha culpa.	0	0	0	0	0
7	Eu geralmente fracasso com as pessoas.	0	0	0	0	0
8	Tenho medo de ser abandonado e ter que me virar sozinho.	0	0	0	0	0
9	Sinto-me muito mal quando não tenho alguém com quem posso contar.	0	0	0	0	0
10	É insuportável para mim não estar me relacionando com alguém.	0	0	0	0	0
11	Sei que se eu magoar alguém, essa pessoa pode me abandonar	0	0	0	0	0
12	É horrível ser rejeitado por alguém.	0	0	0	0	0
13	Para não ficar sozinho, qualquer esforço vale a pena.	0	0	0	0	0
14	Nos meus relacionamentos meu parceiro parece estar sempre acima de mim.	0	0	0	0	0
15	As pessoas dizem que sou submisso.	0	0	0	0	0
16	Faço de tudo em meus relacionamentos para servir o outro.	0	0	0	0	0
17	Frequentemente eu deixo meus desejos de lado para satisfazer meu parceiro.	0	0	0	0	0
18	Às vezes falo coisas, que irritam as pessoas, das quais depois sinto culpa.	0	0	0	0	0
19	Meu humor muda, de um extremo para outro, com muita facilidade.	0	0	0	0	0
20	Às vezes sou explosivo e depois me sinto culpado.	0	0	0	0	0
21	Eu sou assim, em alguns momentos amo aquela pessoa, em outros odeio.	0	0	0	0	0
22	Quando as coisas andam mal tendo a perder a noção de mim mesmo.	0	0	0	0	0
23	Sou capaz até mesmo de me ferir quando perco o controle.	0	0	0	0	0

24	Sinto certo desconforto quando os outros não me ajudam a tomar as decisões.	0	0	0	0	0
25	As pessoas podem me fazer mudar de idéia facilmente, mesmo quando eu pensava estar decidido.	0	0	0	0	0
26	É difícil para mim fazer algo sem ter a opinião dos outros.	0	0	0	0	0
27	Me sinto mais seguro seguindo o conselho das pessoas.	0	0	0	0	0
28	Não me importo se tiver que bater em alguém.	0	0	0	0	0
29	Às vezes preciso usar da força para ensinar as pessoas o que elas devem fazer.	0	0	0	0	0
30	Às vezes fico com raiva, e não consigo me controlar.	0	0	0	0	0
31	Já me envolvi em brigas com agressão física.	0	0	0	0	0
32	Tenho habilidade de usar o medo para fazer as pessoas realizarem o que quero.	0	0	0	0	0
33	Tendo a ficar violento quando minhas vontades não são satisfeitas.	0	0	0	0	0
34	Fico facilmente com raiva em diferentes situações.	0	0	0	0	0
35	Algumas pessoas me irritam muito.	0	0	0	0	0
36	Sei ser maldoso quando necessário.	0	0	0	0	0
37	As coisas terríveis que podem acontecer me preocupam muito.	0	0	0	0	0
38	Serei prejudicado no futuro por erros que cometi no passado.	0	0	0	0	0
39	Pensar no futuro me deixa nervoso.	0	0	0	0	0
40	Sempre fui muito ansioso.	0	0	0	0	0

41	Uma das piores coisas que podem acontecer comigo é ficar sozinho na vida.	0	0	0	0	0
42	É horrível não ter as pessoas das quais gostamos sempre ao nosso lado.	0	0	0	0	0
43	Eu gosto muito da sensação que a paquera me traz.	0	0	0	0	0
44	Gosto de trocar olhares com alguém.	0	0	0	0	0
45	Gosto de me sentir desejado por diversas pessoas, mesmo as comprometidas.	0	0	0	0	0
46	Gosto de saber que atraio a atenção de várias pessoas ao redor.	0	0	0	0	0
47	Paquero qualquer pessoa mesmo que eu não a conheça.	0	0	0	0	0
48	Tenho o meu jeito de pensar e ninguém pode mudar isso.	0	0	0	0	0
49	Para mim é muito difícil parar de fazer algo antes de terminar.	0	0	0	0	0
50	Nunca deixo de terminar uma tarefa, mesmo que não esteja dando certo.	0	0	0	0	0
51	Quando coloco uma coisa na cabeça, é muito difícil que eu mude de ideia.	0	0	0	0	0
52	Prefiro fazer as tarefas sempre do mesmo jeito.	0	0	0	0	0
53	Tenho muita dificuldade em esconder ou controlar o que estou sentindo.	0	0	0	0	0
54	É importante que as pessoas sempre saibam como estou me sentindo.	0	0	0	0	0
55	Quando eu gosto ou odeio alguém, eu não consigo esconder.	0	0	0	0	0
56	Expresso minhas emoções mesmo quando não devo.	0	0	0	0	0
57	Tenho dificuldade para saber o que faço da minha vida.	0	0	0	0	0
58	Sinto um vazio dentro de mim.	0	0	0	0	0

59	Para mim é difícil planejar o que será do meu futuro.	0	0	0	0	0
60	Sinto que não tenho um motivo real para existir.	0	0	0	0	0
61	Vejo pouco sentido na minha vida.	0	0	0	0	0
62	Meus relacionamentos amorosos sempre terminam em briga.	0	0	0	0	0
63	Sempre tive muita dificuldade na relação com meus amigos.	0	0	0	0	0
64	Sempre tive relacionamentos que me fizeram muito mal.	0	0	0	0	0
65	Os relacionamentos são importantes, mas me fazem sofrer demais.	0	0	0	0	0
66	Odeio ficar sozinho, mas os relacionamentos também me fazem sofrer muito.	0	0	0	0	0
67	A vida é tão difícil para mim que eu preferia acabar com ela.	0	0	0	0	0
68	Já me feri de propósito, porque não sabia mais o que fazer.	0	0	0	0	0
69	Tenho sentimentos tão fortes, que às vezes acho que vou explodir.	0	0	0	0	0
70	Me sinto tão mal, que acho que não vou suportar.	0	0	0	0	0
71	Já pensei em desistir da vida.	0	0	0	0	0
72	A vida é tão complicada que duvido que um dia serei feliz.	0	0	0	0	0
73	Sei que não vou conseguir superar as dificuldades que tenho na vida.	0	0	0	0	0
74	Parece que meus problemas são maiores do que da maioria das pessoas que conheço.	0	0	0	0	0
75	Sinto frequentemente um desespero, porque não sei como lidar com as dificuldades da vida.	0	0	0	0	0

76	Sei que sou muito ansioso.	0	0	0	0	0
77	Na maior parte do tempo estou tenso.	0	0	0	0	0
78	As pessoas acham que sou uma pessoa muito preocupada com tudo.	0	0	0	0	0
79	Estou sempre preocupado com as coisas ruins que podem acontecer.	0	0	0	0	0

## Anexo II – BFI-2-S

### *Big Five Inventory 2 Short Version – 30 itens (BFI-2, Soto & John, 2016)*

**Instruções:** Abaixo, apresentamos algumas características pessoais que podem ou não ter a ver com você. Por favor, escolha um dos números, na escala abaixo, que melhor indique sua opinião em relação a você mesmo, e assinale o número ao lado de cada afirmação. Vale ressaltar que não existem respostas certas ou erradas.

1	2	3	4	5
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>	<b>Totalmente</b>
Não tem nada a ver comigo	Tem um pouco a ver comigo	As vezes tem e as vezes não tem a ver comigo	Tem muito a ver comigo	Tem tudo a ver comigo

itens	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	5 - Totalmente	1	2	3	4	5
1	Costumo ser quieto					0	0	0	0	0
2	Me importo com os outros e tento ajudá-los quando precisam de mim					0	0	0	0	0
3	Costumo ser desorganizado					0	0	0	0	0
4	Eu me preocupo demais com tudo					0	0	0	0	0
5	Admiro a arte, música ou literatura					0	0	0	0	0
6	Assumo com facilidade a posição de liderança, de poder					0	0	0	0	0
7	Às vezes, sou mal-educado com os outros					0	0	0	0	0
8	Tenho dificuldade para começar as tarefas					0	0	0	0	0
9	Com frequência sinto-me deprimido, triste					0	0	0	0	0

10	Tenho pouco interesse por ideias abstratas	0	0	0	0	0
11	Sou cheio de energia	0	0	0	0	0
12	Acredito na bondade das pessoas	0	0	0	0	0
13	Sou uma pessoa comprometida, os outros podem contar comigo	0	0	0	0	0
14	Sou emocionalmente estável, dificilmente fico irritado	0	0	0	0	0
15	Sou original, tenho ideias novas	0	0	0	0	0
16	Sou extrovertido, sociável	0	0	0	0	0
17	Posso ser indiferente, frio e distante dos outros	0	0	0	0	0
18	Mantenho as coisas limpas e arrumadas	0	0	0	0	0
19	Sou calmo, e controlo bem meu estresse	0	0	0	0	0
20	Tenho poucos interesses artísticos	0	0	0	0	0
21	Prefiro que os outros tomem as decisões	0	0	0	0	0
22	Trato as pessoas com respeito	0	0	0	0	0
23	Sou persistente, me dedico às tarefas até que estejam terminadas	0	0	0	0	0
24	Sinto-me confiante, satisfeito com quem eu sou	0	0	0	0	0
25	Gosto de pensar profundamente sobre as coisas	0	0	0	0	0
26	Sou menos ativo do que outras pessoas	0	0	0	0	0
27	Costumo achar defeitos nos outros	0	0	0	0	0

28	Sou meio desleixado, não tenho cuidado na hora de fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Sou nervoso, fico irritado com facilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Tenho pouca criatividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Anexo III – ACE-IQ

#### Questionário Internacional de Experiências Adversas na Infância (EAI-QI)

#### Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Adaptação para o uso no Brasil: Flávia Garcia Pereira e Maria Carmen Viana

0	INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS
0.1 [C1]	Sexo (Marque de acordo com o observado)  <input type="checkbox"/> Masculino  <input type="checkbox"/> Feminino
0.2 [C2]	Qual a data do seu nascimento?  Dia [ ] mês [ ] ano [ ][ ][ ]  Não sabe (não sei) /não informou (não quero informar) [ ] (Vá para Q.C3)
0.3 [C3]	Qual é a sua idade?  [ ][ ]
0.4 [C.4]	Qual das seguintes alternativas você considera como a sua raça/cor da pele?  <input type="checkbox"/> Branca  <input type="checkbox"/> Preta  <input type="checkbox"/> Parda  <input type="checkbox"/> Amarela  <input type="checkbox"/> Indígena  <input type="checkbox"/> Outras: _____  <input type="checkbox"/> Não declarada/Não quero declarar

	<input type="checkbox"/> Não sabe informar/Não sei informar
0.5 [C5]	<p>Qual é o seu nível de escolaridade mais alto?</p> <p><input type="checkbox"/> Não frequentou a escola</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Fundamental I (até 5º ano ou 4ª série)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Fundamental II incompleto (até 9º ano ou 8ª série)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Médio completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Superior completo</p> <p><input type="checkbox"/> Pós-Graduação</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
0.6 [C6]	<p>Quais das seguintes opções melhor descrevem a sua principal situação de trabalho nos últimos 12 meses? (assinalar todas as alternativas que se aplicam)</p> <p><input type="checkbox"/> Funcionário público/ Vínculo com o setor público</p> <p><input type="checkbox"/> Empregado do setor privado</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo/trabalha por conta própria/Empregador</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalho não remunerado/trabalho voluntário</p> <p><input type="checkbox"/> Estudante</p> <p><input type="checkbox"/> Dona de casa/Trabalho doméstico não remunerado</p> <p><input type="checkbox"/> Aposentado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempregado(a) – com capacidade de trabalhar</p> <p><input type="checkbox"/> Desempregado(a) – sem capacidade de trabalhar</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>

	<input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
0.7 [C7]	Qual o seu estado civil?  <input type="checkbox"/> Casado(a) (Vá para Q.M2) <input type="checkbox"/> Vive com companheiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) / separado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) (Vá para Q.M2) <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
<b>1</b>	<b>CASAMENTO</b>
1.1 [M1]	Você já foi casado(a)?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Vá para Q.M5) <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
1.2 [M2]	Com que idade você se casou pela primeira vez?  Idade [ ] [ ] <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
1.3 [M3]	Quando você se casou pela primeira vez, foi você mesmo(a) quem escolheu seu marido/esposa?  <input type="checkbox"/> Sim (Vá para Q.M5) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe (Não sei)/ Não tem certeza (Não tenho certeza)

	<input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
1.4 [M4]	Quando você se casou pela primeira vez, se não foi você quem escolheu seu marido/esposa, você concordou com a escolha?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
1.5 [M5]	Se você já teve filhos, qual era sua idade quando nasceu seu(sua) primeiro(a) filho(a)?  Idade [ ] [ ]  Não se aplica [ ]  <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
<b>2</b>	<b>RELACIONAMENTO COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS</b>  A partir de agora, todas as perguntas estão relacionadas ao período de sua infância e adolescência, até os seus 18 anos.
2.1 [P1]	Seus pais/responsáveis compreendiam seus problemas e preocupações?  <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
2.2	Seus pais/responsáveis realmente sabiam o que você estava fazendo no seu tempo

[P2]	livre, quando não estava na escola ou no trabalho?  <input type="checkbox"/> Sempre  <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes  <input type="checkbox"/> Às vezes  <input type="checkbox"/> Raramente  <input type="checkbox"/> Nunca  <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
<b>3</b>	
3.1 [P3]	Com que frequência seus pais/responsáveis não lhe davam comida suficiente, mesmo que pudessem facilmente oferecer um alimento para você?  <input type="checkbox"/> Muitas vezes  <input type="checkbox"/> Poucas vezes  <input type="checkbox"/> Uma vez  <input type="checkbox"/> Nunca  <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
3.2 [P4]	Seus pais/responsáveis ficavam muito embriagados ou sob o efeito de drogas quando cuidavam de você?  <input type="checkbox"/> Muitas vezes  <input type="checkbox"/> Poucas vezes  <input type="checkbox"/> Uma vez  <input type="checkbox"/> Nunca  <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
3.3	Com que frequência seus pais/responsáveis não lhe mandavam para a escola, mesmo

[P5]	<p>que tivessem a obrigação de fazer isso?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
<b>4</b>	<p><b>AMBIENTE FAMILIAR</b></p> <p>Nos primeiros 18 anos da sua vida...</p>
4.1 [F1]	<p>Você morou com alguém que tinha problemas com álcool ou era alcoólatra, ou que abusava de drogas ilícitas ou de medicamentos controlados?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
4.2 [F2]	<p>Você morou com alguém que estava deprimido, ou tinha alguma doença mental ou intenção suicida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
4.3 [F3]	<p>Você morou com alguém que alguma vez tenha sido levado pra cadeia ou mandado para prisão?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>

4.4 [F4]	<p>Nesse período (até os seus 18 anos) seus pais alguma vez se separaram ou se divorciaram?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
4.5 [F5]	<p>Sua mãe, pai ou responsável faleceram (nesse período)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não sabe/Não tem certeza</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
<p>As próximas perguntas estão relacionadas a algumas situações que você pode ter ouvido ou visto <b><u>EM SUA CASA</u></b>. São situações que podem ter acontecido <b><u>COM OS OUTROS MORADORES DA SUA CASA, NÃO COM VOCÊ</u></b>. Nos primeiros 18 anos da sua vida...</p>	
4.6 [F6]	<p>Você viu ou ouviu alguém que morava na sua casa recebendo gritos ou berros, ou sendo xingado, insultado ou humilhado?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
4.7 [F7]	<p>Você viu ou ouviu alguém que morava na sua casa sendo estapeado, chutado, socado ou surrado?</p>

	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
4.8 [F8]	<p>Você viu ou ouviu alguém que morava na sua casa ser agredido ou cortado com algum objeto, como uma vara (ou bengala), garrafa, porrete, faca, chicote, ou algum outro objeto?</p> <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
<b>5</b>	<p>As próximas perguntas estão relacionadas a algumas situações que <b><u>VOCÊ</u></b> pode ter vivenciado. Nos primeiros 18 anos da sua vida...</p>
5.1 [A1]	<p>Algun de seus pais ou responsáveis ou alguém que morava na sua casa gritou, berrou, xingou, insultou ou humilhou você?</p> <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
5.2	<p>Algun de seus pais ou responsáveis ou alguém que morava na sua casa ameaçou</p>

[A2]	<p>abandonar ou expulsar você de casa, ou de fato fez isso?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
5.3 [A3]	<p>Algun de seus pais ou responsáveis ou alguém que morava na sua casa bateu, chutou, socou ou surrou você?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
	<p>Qual a intensidade dessas agressões?</p> <p><input type="checkbox"/> Leve</p> <p><input type="checkbox"/> Moderada</p> <p><input type="checkbox"/> Intensa</p> <p><input type="checkbox"/> Muito intensa</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
5.4 [A4]	<p>Algun de seus pais ou responsáveis ou alguém que morava na sua casa agrediu ou cortou você com algum objeto, como uma vara (ou bengala), garrafa, porrete, faca, chicote, ou algum outro objeto?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p>

	<input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
<p>As próximas perguntas são sobre situações de assédio ou abuso sexual que <b>VOCÊ</b> pode ter vivenciado antes dos 18 anos, e que podem ter sido cometidas por qualquer pessoa. Antes dos 18 anos...</p>	
5.5 [A5]	<p>Alguém tocou ou acariciou você de uma forma sexual, sem que você quisesse?</p> <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
	<p>Foi alguém que morava na sua casa?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
5.6 [A6]	<p>Alguém fez com que você tocasse o corpo dele(a) de uma forma sexual, sem que você quisesse fazer isso?</p> <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder

	<p>Foi alguém que morava na sua casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
5.7 [A7]	<p>Alguém tentou fazer sexo oral, anal ou vaginal com você, sem que você quisesse?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
	<p>Foi alguém que morava na sua casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
5.8 [A8]	<p>Alguém já fez sexo oral, anal ou vaginal com você, sem que você quisesse?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
	<p>Foi alguém que morava na sua casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
<b>6</b>	<p><b>VIOLÊNCIA DE PARES</b></p> <p>As próximas perguntas estão relacionadas ao <b><u>BULLYING</u></b>. O bullying ocorre quando um jovem ou um grupo de jovens fala ou faz coisas ruins ou desagradáveis para outro jovem.</p>

	<p>Também é bullying quando uma pessoa jovem é provocada de forma desagradável ou quando é deixada de fora das atividades de propósito. Não é bullying quando dois jovens com a mesma força ou poder discutem ou brigam, ou, ainda, quando a provocação ocorre de forma amistosa e divertida.</p> <p>Nos primeiros 18 anos da sua vida...</p>
6.1 [V1]	<p>Com que frequência você sofria bullying?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca (Vá para Q.V3)</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
6.2 [V2]	<p>Qual era a forma mais frequente de bullying que você sofria? (Assinalar apenas uma opção)</p> <p><input type="checkbox"/> Me batiam, esbarravam em mim, era chutado(a), empurrado(a), ou trancado(a) em lugares fechados</p> <p><input type="checkbox"/> Era zoadado(a) (debochavam de mim) por causa da minha raça, nacionalidade ou cor da pele</p> <p><input type="checkbox"/> Era zoadado(a) (debochavam de mim) por causa da minha religião</p> <p><input type="checkbox"/> Era zoadado(a) (debochavam de mim) por meio de brincadeiras ou comentários de cunho sexual, ou gestos obscenos</p> <p><input type="checkbox"/> Era excluído(a) de atividades de propósito ou completamente ignorado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Era zoadado(a) (debochavam de mim) por causa da aparência do meu corpo ou do meu rosto</p> <p><input type="checkbox"/> Eu sofria alguma outra forma de bullying</p>

	<input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
<p>A próxima pergunta é sobre <b><u>BRIGAS FÍSICAS</u></b>. Uma briga física ocorre quando dois jovens com aproximadamente a mesma força ou poder escolhem brigar um contra o outro.</p> <p>Durante o período de crescimento, nos primeiros 18 anos da sua vida...</p>	
6.3	Com que frequência você se envolvia em uma briga física?
[V3]	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
<b>7</b>	<p><b><u>VIOLÊNCIA NA COMUNIDADE</u></b></p> <p>As próximas perguntas são sobre a frequência com que <b><u>VOCÊ</u></b> viu ou ouviu certas coisas na sua <b><u>VIZINHANÇA OU COMUNIDADE</u></b> (não na sua casa ou na TV, rádio ou em filmes).</p> <p>Nos primeiros 18 anos da sua vida...</p>
7.1	Você viu ou ouviu alguém sendo espancado (não na sua casa ou na TV, rádio ou em
[V4]	filmes)? <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder

7.2 [V5]	<p>Você viu ou ouviu alguém sendo esfaqueado ou levando um tiro (não na sua casa ou na TV, rádio ou em filmes)?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
7.3 [V6]	<p>Você viu ou ouviu alguém ser ameaçado(a) com uma faca ou arma de fogo (não na sua casa ou na TV, rádio ou em filmes)?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder</p>
<b>8</b>	<b>VIOLÊNCIA COLETIVA</b>
<p>As próximas perguntas são sobre se <b><u>VOCE</u></b> vivenciou ou não algum dos seguintes acontecimentos quando você era criança. Todos eles estão relacionados com violência coletiva, incluindo guerras ou tiroteios, terrorismo, conflitos políticos ou étnicos, genocídio, repressão ou toque de recolher, desaparecimentos, tortura e crime organizado violento, como bandidagem, tráfico de drogas e guerra de gangues.</p> <p>Nos primeiros 18 anos da sua vida...</p>	
8.1 [V7]	<p>Você foi forçado a ir viver em outro lugar devido a algum desses acontecimentos?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p>

	<input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
8.2 [V8]	<p>Você vivenciou a destruição proposital da sua casa devido a algum desses eventos?</p> <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
8.3 [V9]	<p>Você foi espancado por soldados, policiais, milicianos, gangues ou traficantes de drogas?</p> <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
8.4 [V10]	<p>Algum familiar ou amigo(a) foi morto ou espancado por soldados, policiais, milicianos, gangues ou traficantes de drogas?</p> <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca

	<input type="checkbox"/> Não quis responder/ Não quero responder
	<p>Para terminar, gostaríamos de saber se até os seus 18 anos, você vivenciou algum outro evento traumático que não foi mencionado durante esta entrevista?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Qual(is)?</p> <hr/> <hr/> <hr/>

## Anexo IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 510/2016 do CNS)

A presente pesquisa, intitulada “**A associação entre experiências adversas na infância e o transtorno de personalidade borderline**”, objetiva Investigar a associação entre experiências adversas na infância, traços de personalidade de estudantes universitários, tendo como objetivos específicos avaliar a diferença nas médias dos escores entre as escalas de experiências adversas na infância e traços de personalidade nos estudantes separados por (1) amostra geral e (2) estudantes com suspeita diagnóstica ou diagnóstico de TPB e investigar associação entre traços patológicos da personalidade borderline e os 5 grandes fatores da personalidade. A pesquisa está sendo desenvolvida pelo aluno Fernando José Porto de Almeida, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, sob a orientação da Profa. Dra. Sabrina Mazo D’Affonseca.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-8028. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315- 5877 E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br).

**Natureza da pesquisa:** você está sendo convidado(a) a participar em uma pesquisa, que tem como finalidade Investigar a associação entre experiências adversas na infância, traços de personalidade borderline e os 5 fatores da personalidade de estudantes universitários. O estudo utiliza como instrumentos de investigação um formulário contendo três escalas psicométricas em forma de questionário: (1) Adverse Childhood Experiences - International Questionnaire (ACE-IQ), (2) Inventário Clínico Dimensional da Personalidade - Borderline Personality Disorder e (3) Big Five Inventory 2 - Short Version.

O(a) senhor(a) ao clicar em "Aceito participar da pesquisa" irá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste termo (TCLE), o qual poderá ser impresso ou solicitado ao pesquisador via endereço de email fornecido, se assim o desejar. 2. Responder ao questionário on-line contendo os instrumentos ACE-IQ, IDCP-BPD e BFI-2-S, que terá tempo gasto para seu preenchimento em torno de 20 a 50 minutos. Caso não concorde, basta fechar a página do navegador e/ou solicitar ao pesquisador a interrupção do processo de coleta. Caso desista de participar durante o preenchimento do questionário on-line e antes de finalizá-lo, os seus dados não serão gravados, enviados e nem recebidos pelo pesquisador e serão apagados ao se fechar a página do navegador. Caso tenha finalizado o preenchimento e enviado suas respostas do questionário on-line e, após decida desistir da participação, deverá informar o pesquisador desta decisão e este descartará os seus dados recebidos sem nenhuma penalização. Você poderá imprimir uma via deste termo, ou se desejar, o pesquisador poderá encaminhar uma via assinada por email ou da maneira como preferir.

**Participantes da pesquisa:** Participarão da pesquisa 100 indivíduos, independente da identificação de gêneros, que preencham os seguintes critérios de inclusão: (1) adulto entre 18 e 30 anos de idade que concorde em participar voluntariamente da pesquisa a partir do preenchimento deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (2) Estar regularmente matriculado em um curso de graduação ou pós-graduação. Será adotado como critério de exclusão (1) apresentar alguma condição física, psicológica ou sensorial que impeça a participação na coleta de dados; (2) apresentar comorbidades (2) não ter respondido um item das escalas ou tê-las preenchido de forma incorreta. A amostra será não-probabilística, por conveniência.

**Envolvimento na pesquisa:** ao permitir a sua participação neste estudo, você permitirá que o pesquisador colete algumas informações pessoais a partir dos instrumentos Adverse Childhood Experiences - International Questionnaire (ACE-IQ), Inventário Clínico Dimensional da Personalidade - Borderline Personality Disorder (IDCP-BPQ) e Big Five Inventory 2 - Short Version (BFI-2-S).

Você tem liberdade de recusar a sua participação e, ainda, interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone ou do email dos pesquisadores (localizado abaixo) e, se necessário, poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, órgão que avalia se não há problemas na realização de uma pesquisa com seres humanos.

Você poderá retirar o seu consentimento entrando em contato por e-mail com os pesquisadores e solicitando a retirada do mesmo, a qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa. A retirada do consentimento e a exclusão dos dados serão confirmadas através de uma carta emitida e assinada pelos pesquisadores, assegurando ambos os processos. Uma cópia dessa carta será enviada por e-mail para a participante que solicitou a retirada do consentimento.

**Sobre os instrumentos:** Ao aceitar participar da pesquisa você responderá a formulário eletrônico contendo: (1) Questionário denominado “Adverse Childhood Experiences - International Questionnaire”, o qual contém 45 itens para serem respondidos que avaliam diferentes aspectos de possíveis experiências traumáticas vividas na infância; (2) Questionário denominado Inventário Clínico Dimensional da Personalidade - Borderline Personality Disorder, o qual contém 75 itens para serem

respondidos que avaliam diferentes aspectos dos traços patológicos da personalidade associados ao transtorno de personalidade Borderline e (30) Questionário denominado Big Five Inventory 2 - Short Version, o qual contém 30 itens a serem respondidos que avaliam diferentes aspectos dos 5 grandes fatores da personalidade: Extroversão, Amabilidade, Neuroticismo, Abertura à Experiência e Conscienciosidade. Portanto, você será convidado a responder a um questionário de 150 itens. Respondê-lo durará no máximo 50 minutos.

Vale ressaltar a limitação dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de violação dos dados, uma vez que parte destes serão coletados em ambiente virtual. Ainda assim, serão tomados todos os procedimentos cabíveis para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa, não sendo divulgados dados que possam, de alguma maneira, identificar o participante. A plataforma utilizada para a elaboração do formulário online foi o Google Formulários. A política de privacidade se encontra em: <https://www.google.com/intl/pt-BR/policies/privacy/archive/20141219/>.

**Riscos e desconforto:** O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao participante, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, mas, caso você sinta algum desconforto físico ou emocional durante o preenchimento do formulário, poderá ser suspensa a sua participação na pesquisa e será dado, imediatamente, um encaminhamento para serviços adequados. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, portanto, estão fundamentados na Resolução nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

O(a) participante que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização (Res 510/2016, Art 19, §2o).

Durante todo o processo de coleta de dados os(a) participantes da pesquisa possuem o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.

É importante destacar a existência de riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas como corrompimento de dados e hackeamento. Apesar das limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação, todos os esforços serão direcionados para garanti-la.

**Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores e a docente responsável pela disciplina terão conhecimento da identidade dos participantes. Nos comprometemos em não identificá-la ao publicar os resultados dessa pesquisa. Destaca-se que os pesquisadores, uma vez concluída a coleta de dados, realizarão o download dos dados coletados de forma virtual para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem" e a eles só será permitido acesso à equipe de pesquisa. As informações serão armazenadas em um pen-drive com senha, sendo esta de conhecimento apenas do pesquisador; ademais, os próprios conteúdos armazenados no pen-drive serão acessados somente com uma segunda senha, estabelecendo, portanto, mais uma medida de proteção. Todas as informações coletadas – incluindo as gravações - serão armazenadas pelo período de 5 anos, datando a partir do encerramento da pesquisa.

**Benefícios:** Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre as experiências adversas na infância, especialmente a violência sexual, bem como acerca dos 5 grandes fatores da personalidade e traços patológicos da personalidade borderline, podendo auxiliar na construção de saberes acerca do funcionamento destes construtos e favorecendo seu manejo em pesquisas e intervenções na área da ciência psicológica. Os pesquisadores e a docente se comprometem a divulgar os resultados obtidos, respeitando o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

**Pagamento:** Considera-se que você não terá nenhum tipo de despesa para que participe desta pesquisa, contudo, caso tenha algum custo referente a sua participação, o valor poderá ser ressarcido a partir da manifestação e comprovação enviada aos pesquisadores. Destaca-se que nada será pago por sua participação.

Os pesquisadores garantem que você terá acesso aos resultados finais da pesquisa por e-mail. Caso seja do seu interesse, por favor, deixe o seu endereço de email.

Você receberá uma cópia deste documento e poderá entrar em contato com os pesquisadores caso precise ter acesso ao registro deste consentimento.

**Pesquisador:** Fernando José Porto de Almeida

Fone: (19) 97143-4676

E-mail: [fernandoporto@estudante.ufscar.br](mailto:fernandoporto@estudante.ufscar.br)

Endereço: Rod. Washington Luis, Km. 235, Jd. Guanabara, São Carlos - SP.  
Apartamento 64.

**Docente:** Dra. Sabrina Mazo D’Affonseca

Contato: [samazo@ufscar.br](mailto:samazo@ufscar.br)

Endereço: Rua dos Pica-Paus – Departamento de Psicologia da UFscar

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. É dever deste comitê cuidar dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, tendo como referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para sua participação nesta pesquisa. Caso opte por não participar da pesquisa, basta fechar a aba do documento sem que nenhuma informação pessoal seja registrada.

( ) Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participação desta pesquisa e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.