

Andrea Cristina Tomás Costa

REPERCUSSÕES PSÍQUICAS DOS ACONTECIMENTOS DE VIDA TRAUMÁTICOS:

Comportamentos de risco e manifestações
psicopatológicas em estudantes universitários



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

COIMBRA, 2021

**Repercussões Psíquicas de Acontecimentos de Vida
Traumáticos**

**Comportamentos de risco e manifestações psicopatológicas em
estudantes universitários**

ANDREA CRISTINA TOMÁS COSTA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica,
na área de especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Macedo, ISMT

Membros do Júri:

Presidente: Professora Doutora Laura Lemos, ISMT

Arguente: Professora Doutora Sónia Simões, ISMT

Coimbra, setembro de 2021

Agradecimentos

Embora não existam palavras suficientes e capazes de exprimir toda a gratidão e felicidade que sinto por ter chegado a esta etapa do meu percurso académico, quero agradecer a todas as pessoas que durante todo este ano me deram forças e que me acompanharam com muito amor e carinho.

À Professora Doutora Esmeralda Macedo, orientadora no Instituto Superior Miguel Torga, por toda a disponibilidade e partilha de conhecimentos.

Ao meu namorado, João Monteiro, por estares presente em todos os momentos da minha vida, sejam eles bons ou maus. O som de qualquer tipo de tempestade é reprimido pelo som terno do teu sorriso. Graças a ti, sinto que sou capaz de tudo.

À minha família, mas principalmente aos meus pais e irmão, por terem feito parte de todo este percurso e por todos os esforços que fizeram para realizar todos os meus sonhos. Têm sido incansáveis comigo e por isso é que um ‘obrigado’ parece tão pouco.

Aos meus sogros, Isabel Monteiro e José Monteiro, e cunhado, Luís Miguel, por serem as pessoas maravilhosas que são. Todo o vosso carinho, preocupação e ajuda permitiram-me ter forças para nunca desistir do que me faz feliz.

À Mariolaine Pereira, por estares sempre presente para mim, seja qual for a ocasião. O teu espírito guerreiro é tão contagiante que me permite deixar as inseguranças de lado para poder fazer tudo aquilo que realmente me faz bem.

À Beatriz Mateus, por toda a amizade todos estes anos. Estarei sempre a uma chamada de distância, tal como tu. És das melhores pessoas que tenho comigo.

À Maria Biscaia, pela pessoa que és. Mesmo nos dias mais tristes, não consigo estar ao pé de ti sem me rir. Tens o coração no sítio certo.

À Inês Borges, por todos estes anos de cumplicidade e de verdadeira amizade.

À Jessica Batista, pela tua resiliência e pela forma bonita como olhas para o mundo. Agradeço-te do fundo do meu coração por todos estes anos de uma amizade tão bonita.

À Jéssica Costa e Joana Mendes, por se terem tornado tanto em tão pouco tempo.

À Mariana Costa e Inês Santos, por me terem proporcionado os melhores 5 anos da minha vida. A vossa maneira livre, leve e solta de viver ensinou-me a deixar os medos de lado e aproveitar tudo o que a vida tem para nos dar.

E, por último, à minha querida avó, *in memoriam*. És a minha força, todos os dias.

A todos eles, os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

Objetivos: Com vista a alargar o conhecimento sobre as repercussões psíquicas dos acontecimentos de vida traumáticos, procurou-se analisar o peso que as vivências traumáticas têm nos comportamentos de risco e na manifestação de sintomas psicopatológicos. Assim, foi realizado um estudo transversal com uma amostra de estudantes universitários, tendo em conta as mudanças substanciais resultantes da inserção no contexto académico.

Métodos: A amostra é constituída por 379 estudantes universitários, 232 do sexo feminino (61,2%), 144 do sexo masculino (38%) e três não binários (0,8%), com idades compreendidas entre os 17 e os 49 anos ($M = 23,02$; $DP = 4,246$). O protocolo da presente investigação foi constituído por um consentimento informado, um questionário sociodemográfico e uma bateria de testes, incluindo o *Brief Symptom Inventory 18* (BSI 18), a *Traumatic Experiences Checklist* (P-TEC) e a *Fantastic Lifestyle Assessment* (FLA).

Resultados: Verificamos uma correlação significativa entre os acontecimentos de vida traumáticos e a manifestação de sintomas psicopatológicos, tais como, a somatização, a depressão e a ansiedade. O mesmo resultado observou-se na correlação entre os acontecimentos de vida e os comportamentos de risco, salientando-se o tabagismo como a dimensão mais expressiva. Já a negligência emocional apenas se correlacionou com o consumo de tabaco de forma fraca mas positiva.

Conclusão: Experiências negativas podem potenciar, no futuro, comportamentos desajustados que se refletem na saúde física e mental e nas relações interpessoais do indivíduo. Os resultados desta investigação demonstram a necessidade de prevenir o impacto destas vivências, de forma a minimizar as repercussões futuras. Numa perspetiva de intervenção é fundamental conhecer, dum ponto de vista multidimensional, toda a sua interação envolvente. Sentimos como limitações a extensão do protocolo de investigação, sobretudo o questionário P-TEC, o número inferior de participantes do sexo masculino, as aulas não presenciais neste ano letivo e, por último, o tipo de estudo utilizado.

Palavras-Chaves: Acontecimentos Traumáticos; Comportamentos de Risco; Contexto Académico; Psicopatologia; Repercussões.

Abstract

Objectives: Seeking to broaden knowledge about the psychic repercussions of traumatic life events, we sought to analyze the influence of traumatic experiences on risk behaviors and on the manifestation of psychopathological symptoms. Thus, a cross-sectional study was carried out with a sample of university students, taking into account the substantial changes resulting from insertion in the academic context.

Methods: The sample consists of 379 university students, 232 female (61.2%), 144 male (38%) and three non-binary (0.8%), aged between 17 and 49 years ($M = 23.02$; $DP = 4.246$). The protocol of the present investigation consisted of an informed consent, a sociodemographic questionnaire and a battery of tests, including the Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18), the Traumatic Experiences Checklist (P-TEC) and the Fantastic Lifestyle Assessment (FLA).

Results: We found a significant correlation between traumatic life events and the manifestation of psychopathological symptoms such as somatization, depression and anxiety. The same result was observed in the correlation between life events and risk behaviors, with smoking being the most significant dimension. Emotional neglect was only weakly but positively correlated with tobacco consumption.

Conclusion: Negative experiences can enhance, in the future, maladjusted behaviors that are reflected in the individual's physical and mental health and interpersonal relationships. The results of this investigation demonstrate the need to prevent the impact of these experiences, in order to minimize future repercussions. From an intervention perspective, it is essential to know from a multidimensional point of view all its surrounding interaction. Some limitations were felt while conducting this study, such as the size of the research protocol, especially the P-TEC questionnaire, the lower number of male participants, the non-presential classes in this school year and, finally, the type of study used.

Keywords: Academic Context; Psychopathology; Repercussions; Risk Behavior; Traumatic Events.

Lista de Siglas

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

BSI 18 – *Brief Symptom Inventory 18*

COVID-19 – Doença de coronavírus 2019

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

FLA – *Fantastic Lifestyle Assessment*

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

i.e. – isto é

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHO – *World Health Organization*

P – TEC – *Traumatic Experiences Checklist* (versão portuguesa)

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Introdução

Atualmente existe uma facilidade de acesso sem precedentes a hábitos pouco saudáveis nos diversos estratos sociais (veja-se, por exemplo, as grandes cadeias alimentares, i.e., de *fast food*, casinos acessíveis a partir do telemóvel, os jogos de apostas, i.e., *Placard*, Euromilhões, etc.), proliferando novos desafios e preocupações (Chimeli et al., 2016). Muitos destes hábitos têm início na adolescência e/ou na entrada em contexto académico, devido à vulnerabilidade implícita (Alves & Dell’Aglío, 2015). A adolescência é pontuada como uma etapa do ciclo vital, marcada por flutuações de humor, crises e alterações psíquicas relacionadas com a adaptação do adolescente face à descoberta, à mudança e às transformações psicológicas, intelectuais, sociais, fisiológicas e pulsionais (Ferreira & Nelas, 2006; Cunha, 2017). Muitos adolescentes correm riscos sem pensar em qualquer tipo de consequências, talvez pela curiosidade, impulsividade e necessidade de experimentação. Assumir riscos engloba comportamentos que podem ser prejudiciais e, ao mesmo tempo, têm um resultado benéfico para o sujeito como, por exemplo, o alívio da tensão. Todos estes fatores proporcionam um aumento de vulnerabilidade e de suscetibilidade (Machado, 2009; Domingues et al., 2014; Reniers et al., 2016).

Já o ingresso no ensino superior, geralmente realizado por volta dos 18 anos de idade, é considerado um marco na vida do indivíduo. Esta transição e adaptação engloba mudanças substanciais para o estudante, jovem-adulto ou adulto, resultantes da inserção num novo contexto de vida que tem inerente o desinvestimento no estilo anteriormente adotado. Implica uma nova perceção de si e do mundo, novas rotinas, novas relações interpessoais, novas estratégias e, por vezes, uma mudança geográfica. Todas estas mudanças impostas trazem alterações nos padrões comportamentais, sejam elas positivas ou negativas. De facto, o contexto académico pode ser considerado um facilitador de comportamentos de risco, devido à possibilidade de experimentação que este meio proporciona (Pinheiro, 2004).

Muitos dos comportamentos de risco adotados surgem na forma de condutas compensatórias para que o sofrimento causado seja, de certa forma, aliviado (Soares, 2016; Abajobir et al., 2018). Contudo, muitos destes comportamentos podem originar perigo à integridade humana, sendo exemplo disso e desenvolvido nesta dissertação, o consumo de droga e de substâncias psicoativas, consumo de álcool, comportamentos suicida, comportamentos sexuais de risco, distúrbios alimentares, prática de exercício físico exagerada, dependência de jogo (incluindo aqui jogos de apostas) e a automedicação ou o consumo desajustado de fármacos (Zappe & Dell’Aglío, 2016). Estudos dedicados a esta temática

concluíram que a prevalência de exposição a comportamentos de risco aumenta com a idade, sendo maior em jovens adultos, devido ao aumento de autonomia, de independência social e económica, dado que legalmente têm a plena capacidade de adotar condutas prejudiciais (Brito et al., 2015).

Apesar dos vários comportamentos de risco abrangidos, o nosso foco vai incidir, dado as limitações da amostra, sobre o consumo de bebidas energéticas (veja-se, por exemplo, a cafeína, a Coca-Cola, o Guaraná, o Red Bull e o Monster), o consumo de álcool, o consumo de tabaco e o consumo de droga. Estes quatro tipos de consumo mostraram-se mais frequentes e com maior probabilidade de enviesar o comportamento e desenvolvimento normal do indivíduo. Devido à situação pandémica atual, é possível refletir que este tipo de consumos seja dos mais acessível e, por isso, o mais frequente na amostra selecionada. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as substâncias lícitas e ilícitas podem ser divididas em quatro classes. A primeira classe diz respeito aos depressores, incluindo o álcool, sedativos/hipnóticos e solventes voláteis, a segunda corresponde aos estimulantes, ou seja, a nicotina, cocaína, anfetaminas e *ecstasy*, a terceira classe concerne os opióides (morfina e heroína) e, por último, a quarta classe corresponde aos alucinogénios, isto é, LSD e canábis (Organização Mundial da Saúde, 2004).

O primeiro tipo de comportamento de risco abordado são as bebidas energéticas, consumidas frequentemente com o intuito de permanecer em estado de alerta, diminuir a sonolência, melhorar o desempenho ou estimular o metabolismo. Assim, compreende-se que os estudantes universitários recorram a este tipo de bebidas regularmente, não reconhecendo os riscos envolvidos no consumo excessivo destas substâncias, em que muitas vezes são envolvidas também com álcool (por exemplo, café com “cheirinho”, Vodka com Red Bull, Whisky com Coca-Cola) (Ramada & Nacif, 2019). Já as bebidas alcoólicas, são as “drogas recreativas” mais utilizadas em contexto académico. Um estudo sobre os hábitos de consumo de álcool desenvolvido com estudantes da Universidade de Coimbra, revelou que este consumo é um “fenómeno com elevada expressividade”, envolvido em acontecimentos de vida negativos, direta ou indiretamente (Martins et al., 2010, p.407).

Este consumo excessivo de álcool por parte dos estudantes tem vindo a receber cada vez mais atenção por parte de investigadores, numa tentativa de compreender quais as variáveis que contribuem para o abuso desta substância. Em Portugal, este tipo de consumo é associado a quadros recreativos, comemorativos e de relacionamento interpessoal, inserindo-se assim no estilo de vida de muitos portugueses (World Health Organization [WHO], 2014; Silveira et al., 2021). Contudo, esta substância é responsável por danos graves na saúde, existindo todos os

anos cerca de 195 000 mortes por causa do álcool, sendo a prevalência de idades entre os 15 e os 29 anos. O aumento do consumo esporádico e excessivo de álcool («*binge drinking*») tem crescido exponencialmente entre os jovens e os jovens adultos (Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDP], 2010; WHO, 2014).

Outra substância bastante prejudicial para a saúde de todos os indivíduos que a consomem é o tabaco. O tabagismo é um tipo de consumo bastante comum entre os estudantes universitários, usado para minimizar o stress e, muitas vezes, como um facilitador social (Ramis et al., 2012; Ferreira et al., 2014). O contexto académico está repleto de momentos de avaliação que, para muitos estudantes, são fases geradoras de ansiedade, stress, medo e tensão. Mas, ao mesmo tempo, este mesmo contexto envolve muitas festas e convívios. Todos estes fatores acabam por influenciar o consumo de tabaco, numa tentativa, da parte do universitário, de diminuir a tensão sentida e aumentar a excitação. Por último, surge o consumo de droga. A droga está inserida nas substâncias ilícitas e, por isso, convém delimitar o seu conceito. A droga é toda a substância, natural ou sintética, que age sobre o consumidor, alterando o seu estado de consciência, o modo de viver, em relação a si e aos que o rodeiam. Estas alterações acontecem porque estas substâncias afetam os processos mentais, motores e emocionais, modificando assim a atividade psíquica e comportamental do indivíduo (Zeferino et al., 2015). De acordo com o Relatório Europeu sobre Drogas de 2021, a prevalência do consumo da canábica é maior entre os jovens dos 15 aos 24 anos, tendo 9,1 milhões consumido a substância no último ano, na União Europeia. A cocaína, no entanto, é mais prevalente entre os indivíduos com 15 a 34 anos, sendo que 2,2 milhões destes sujeitos (2,1%) consumiu cocaína no último ano. Relativamente às anfetaminas, heroína, MDMA e LSD, os valores são ligeiramente inferiores, tendo cerca de 1,4 milhões de pessoas, com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, consumido esta droga (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT], 2021).

O uso de todas estas substâncias pode proporcionar múltiplas consequências, tais como, exposição a doenças sexualmente transmissíveis, acidentes, agressões, dependência, doenças mentais, comprometimento do desenvolvimento psicossocial, entre outros. Quanto maior for o consumo de determinada substância, maior será a tolerância criada pelo consumidor e maior será a probabilidade de dependência. A dependência é caracterizada por um conjunto de comportamentos nocivos, desenvolvidos após o consumo reforçado de uma determinada substância. Torna-se cada vez mais difícil controlar este consumo ao longo do tempo devido ao estado de privação física sentida, que proporciona ao indivíduo um conjunto de alterações negativas, sendo exemplo disso, a postura negligente muitas vezes adotada perante a família,

faculdade e/ou emprego, relações sociais, higiene e alimentação (Morais & Paixão, 2020). Esta dificuldade sentida advém da tentativa de distorção da realidade, uma fuga aos problemas de forma imediata (Filho et al., 2015). Estas substâncias aditivas são sedutoras pelos efeitos colaterais intrínsecos, permitindo não só o alívio instantâneo do sofrimento, como a alteração do modo de viver e de como os sentimentos são interpretados pelo próprio em torno das vivências (Khantzian, 1999; Moraes & Paixão, 2020). As alterações são inevitáveis a nível social, resultando numa progressiva destruição de todas as relações interpessoais, e a nível individual, mediante alterações do self, conduzidas por sentimentos de culpa, arrependimento e autodestruição (Morais & Paixão, 2020)

Um estudo exploratório sobre o consumo de substâncias em estudantes universitários de Coimbra, concluiu que o álcool e o tabaco são as substâncias mais consumidas, seguindo-se a *cannabis* e o *ecstasy*. Verificou-se também que cada substância é inicialmente consumida em diferentes idades, sendo a idade média do início do consumo do álcool e do tabaco aos 15 anos, da *cannabis* aos 17 e das anfetaminas, do *ecstasy*, do LSD e da heroína aos 19 anos (Galhardo et al., 2006). Autores que estudam a influência do grupo de pares verificaram que existe uma dualidade em que, por um lado, são um meio facilitador no envolvimento de comportamentos de risco, sobretudo no consumo de tabaco e, por outro lado, são também reconhecidos pelo papel primordial que têm sob os indivíduos, a nível do bem-estar e do desenvolvimento de competências específicas, prevenindo a solidão e fortalecendo os sentimentos de pertença (Tomé et al., 2015).

Associações entre certos comportamentos prejudiciais para a saúde com os acontecimentos de vida traumáticos tornaram-se cada vez mais frequentes, devido às repercussões psíquicas inerentes a longo-prazo (Felitti et al., 2019). As mais variadas interações de fatores internos e externos experienciados na infância, adolescência e/ou adultez, comprometem e influenciam o comportamento de cada indivíduo, podendo ocorrer inúmeras consequências a longo prazo (Alves & Maia, 2010). Existem evidências de que a ocorrência de experiências traumáticas na infância, nomeadamente, o abuso físico, psicológico e sexual, a negligência, os maus-tratos e o abandono, podem originar consequências adversas a nível psiquiátrico/psicológico físico e social, com potencial para causar perturbações, particularmente quando estes acontecimentos ocorrem em idades precoces (Alves & Maia, 2010; Soares, 2016; Abajobir et al., 2018).

Na doença mental, a estrutura específica e profunda encontra-se desadaptada, impossibilitando a resposta a novas circunstâncias (Bergeret et al., 1998). A exposição a um acontecimento de vida traumático de forma explícita pode, como repercussão, resultar numa

perturbação relacionada com o trauma e fator de stress. Existem várias perturbações possíveis, nomeadamente, mas não limitado a, perturbação reativa de vinculação, perturbação do espectro do autismo, perturbação de envolvimento social desinibido, perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbação de stress pós-traumático, perturbação aguda de stress, perturbação de ajustamento, perturbações da personalidade (paranóide, esquizofrenia *borderline*, histriónica, narcísica, antissocial, e obsessivo-compulsivo), perturbações psicóticas e perturbações relacionadas com o consumo de substâncias (DSM-V, 2013). Contudo, ansiedade, depressão e somatização são as três dimensões de perturbações psiquiátricas mais comuns na nossa sociedade, sobretudo nos estudantes universitários, e por isso iremos restringir-nos a elas (Canavarro, 2007; Silveira et al., 2011). Vários fatores internos e externos contribuem para este facto, sobretudo por ser um novo contexto de vida, contudo, este trabalho irá focar-se nas experiências de vida traumáticas. Independentemente do tipo ou forma de experiências traumáticas vivenciadas na infância, o desenvolvimento cognitivo, comportamental, emocional, físico e social vai ser significativamente afetado, podendo originar várias consequências, comportamentos desajustados e/ou comportamentos compensatórios, numa tentativa de adaptação ao contexto e alívio dos sintomas (Soares, 2016; Abajobir et al., 2018).

Cada indivíduo nasce predisposto a uma estrutura psicótica ou neurótica, que se vai formando em função da hereditariedade, da relação com os pais, dos traumas vivenciados, dos conflitos internos, das frustrações e dos mecanismos de defesa utilizados para suportar ameaças externas e pressões internas. Se o indivíduo não conseguir resistir às pressões impostas na sua vida por diversos motivos, tais como, mas não limitado a, conflitos internos muito intensos ou acontecimentos de vida traumáticos ou negativos, poderá caso tenha uma estrutura psicótica, originar uma psicose ou caso tenha uma estrutura neurótica, uma neurose (Bergeret et al., 1998). Inerente à personalidade de cada pessoa está um conjunto de forças internas opostas em constante conflito. Experiências precoces podem influenciar o estilo de vida e o tipo de comportamento utilizado face às situações diárias vivenciadas, devido aos sistemas defensivos originados. Estes sistemas defensivos aprendidos pelas crianças, no decorrer do dia-a-dia, podem resultar em adaptações deficitárias ou mesmo em vários tipos de perturbações, reagindo a novas situações/experiências como se fossem replicadas das que ocorreram na infância (Pires et al., 2017).

Devido à estreita ligação entre os padrões emocionais e vinculativos dos adultos e os acontecimentos de vida negativos, torna-se aqui fundamental mencionar a vinculação (Torres et al., 2004). A vinculação é caracterizada por um conjunto de comportamentos de

aproximação, por parte do bebé, pela sua necessidade de proteção e de cuidados (Bowlby, 1983). O bom funcionamento mental ao longo da vida é influenciado pelos cuidados prestados pelos pais ou cuidadores, em idades precoces da vida, mas nem sempre estes cuidados são prestados, pelos mais variados motivos. Quando existe uma incapacidade por parte da mãe ou cuidador/a de promover as condições necessárias revela-se, no bebé, uma impossibilidade de constituição da necessária onipotência, num estágio crucial para o desenvolvimento emocional próprio. Como resultado, este trauma é caracterizado como uma disrupção da unidade do *self*, uma agonia primitiva que, mais tarde, pode representar uma decaixia, apatia ou desinteresse em relação ao objeto (Abram, 2007).

Na mesma linha, importa aqui mencionar o complexo da mãe morta, conceito desenvolvido por André Green, que pressupõe o imago da morte do objeto, produzido na psique da criança, devido ao abandono materno. Este abandono deve-se ao facto de a mãe/cuidadora estar centrada em si própria, mostrando-se psiquicamente indisponível. Existe aqui uma transformação do objeto vivo, isto é, a mãe/cuidadora, numa figura distante, inanimada, inexpressiva. Esta transformação causa ao bebé consequências graves, comprometendo os futuros objetos libidinais e narcísicos e contribui para que haja uma rutura do vínculo afetivo mãe-bebé, alterando drasticamente a relação (Green, 1988; Guajardo et al., 2019).

A perda do objeto é um momento fundamental para a estruturação do psiquismo, existindo uma nova relação com a realidade. A partir daqui, o psiquismo seria dominado pelo princípio da realidade e não pelo princípio do prazer. Contudo, isto refere-se a um acontecimento inevitável do desenvolvimento da criança, mas caso haja perturbações, este objeto ideal deixa de ser uma mãe suficientemente boa que causa danos no futuro da criança. O bebé, no caso de perturbação, irá colocar em prática mecanismos de defesa que o levam inconscientemente a identificar-se com a figura da mãe morta. Segundo Klein, numa fantasia onipotente, a ausência da mãe/cuidadora pode ser interpretada pelo bebé como a realização do seu desejo de destruição em relação ao objeto perseguidor. Num desenvolvimento normal, este desejo traria inevitavelmente à criança sentimentos de culpa, levando-a, posteriormente, a tentar reparar o objeto, o que não é o caso no complexo da mãe morta (Segal, 1975; Green, 1988; Guajardo et al., 2019).

Aqui, a reparação não é possível e, em vez disso, a criança assimila inconscientemente a incapacidade da sua mãe a satisfazer emocionalmente. Esta introjeção levará a criança a sentir um vazio estrutural, vazio este que devia estar preenchido pela sua mãe, uma mãe viva, independentemente de ser boa ou má. Como a mãe está “morta”, a criança não tem a possibilidade de fazer luto, processo este extremamente importante que permite a elaboração

da perda do objeto real ou imaginário. Indivíduos que na sua infância não tiveram uma mãe emocionalmente presente por estar demasiado virada para si própria, encontram no futuro dificuldades no processo de luto e na criação de laços vincutivos, isto porque não existiu um processo de luto da perda do objeto (que, na verdade, não foi perdido porque a mãe já estava “morta”, não havendo perda real ou significativa) (Green, 1988; Guajardo et al., 2019). Na ausência de investimento psíquico por parte da mãe/cuidadora a criança pode sofrer danos na constituição do self. Estes mesmos danos podem, posteriormente, afetar a construção especular saudável do Eu, tal como afetar a vinculação nos relacionamentos e comportamentos futuros (Baseggio, 2011).

Neste sentido, as figuras parentais ou os cuidadores, quando envolvidas em experiências traumáticas para com a criança ou adolescente, podem, como consequência, provocar estilos de vinculação emocional insegura (Hesse & Main, 1999). Existem, da mesma forma, outros tipos de experiências negativas e traumáticas que podem resultar na adoção de comportamentos de risco ou causar consequências negativas nas mais variadas formas. Exemplo disso e abordado nesta dissertação é a violência familiar, a negligência familiar, os maus-tratos, o divórcio parental, o assédio, o abuso (físico, psicológico e sexual), a dor, o castigo, a perda e a ameaça à vida (Soares, 2016; Felitti et al., 2019).

A violência familiar pode ser caracterizada por qualquer forma de abuso que produz dano psicológico e/ou físico, envolvendo todos os indivíduos presentes no núcleo familiar, devido às repercussões que a violência causa. Podem ser exemplos dessa violência a intimidação e ameaça, castigos severos ou “estranhos”, o abandono e a negligência (Reichenheim et al., 1999). Relativamente aos castigos, estes são usados pelos pais, cuidadores e/ou professores como uma tentativa de alterar o comportamento da criança. No entanto, existe ainda a prática, por parte de muitas pessoas, de castigos físicos ou corporais, na convicção de que este é o melhor método de disciplinamento, apesar das repercussões psíquicas possíveis (Ribeiro et al., 2007).

A negligência familiar pode ser física, psicológica e/ou educacional, podendo ser caracterizada por diversas maneiras, como o desprezo, descuido, desatenção e desleixo. Ocorre quando existe, por parte dos pais ou cuidadores, a incapacidade de prestar as necessidades básicas de alimentação, higiene, oportunidades educacionais, vestuário, cuidados médicos e suporte (Pardo & Pereira, 2008). Os maus-tratos infantis, por sua vez, podem ser definidos como toda a omissão, supressão ou transgressão, por parte dos pais ou dos cuidadores, colocando o menor em risco (Junqueira & Deslandes, 2003).

É natural que as crianças mais novas tenham uma maior dificuldade em compreender certos acontecimentos que ocorrem na família, como o divórcio parental, podendo-se culpar ou mesmo sentir que estão a ser abandonadas por um dos pais ou ambos. Estes sentimentos possíveis são um fator de risco no desenvolvimento das crianças, com potencial de surgirem, no futuro, desajustes, pela vulnerabilidade inerente neste tipo de acontecimentos. Apesar de alguns autores defenderem que o divórcio parental não se enquadra nos traumas infantis, acreditam que é de facto um acontecimento de vida negativo, com possíveis repercussões psíquicas. Estas repercussões englobam sentimentos depressivos e de ansiedade, problemas nos relacionamentos sociais, comportamento agressivo e desobediente e dificuldades académicas (Wallerstein, 1991; Hetherington & Stanley-Hagan, 1999; Kelly, 2000).

Outro acontecimento de vida negativo que pode ter repercussões é o assédio, que engloba comportamentos indesejados, cujo objetivo do agressor é perturbar, intimidar, humilhar e destabilizar. Este tipo de comportamento pode ser de cariz sexual, sob forma verbal, não verbal e/ou física (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2015). Por sua vez, o abuso, considerando aqui três tipos de abusos, o sexual, o físico e o psicológico, pode proporcionar consequências severas no psiquismo da criança vitimizada, perpetuando-se ao longo de toda a vida (Araujo, s.d.). O abuso sexual infantil é destacado como um acontecimento de vida traumático possível de criar pontos de fixação, com movimentos de regressão. Neste caso, este movimento de regressão deve-se à elevada frustração inerente a este tipo de abuso, de modo que, a criança, perante angústias insuportáveis, tenta retomar a um estágio anterior considerado por ela gratificante (Zimmerman, 1999). Do ponto de vista do abusador, o objeto sexual é substituído por outro completamente inapropriado, numa tentativa de servir o alvo sexual normal. Este alvo é percebido, na maior parte das vezes, como a união dos órgãos sexuais que, posteriormente, resulta num alívio da tensão e pulsão sexual (Freud, 1989).

A pulsão sexual luta contra forças psíquicas que atuam como resistências, das quais a vergonha e o nojo são as mais proeminentes. Estas forças desempenham um papel de restrição contra a pulsão, o que não acontece caso haja patologia. Já no fetichismo esse alvo é trocado ou por outras partes do corpo que não são habitualmente usadas para esse propósito ou por objetos inanimados. Relativamente à pulsão sexual infantil, o alvo sexual consiste na estimulação da zona erógena, anteriormente experimentada, daí a necessidade de repetição. Por sua vez, é no período de latência que são constituídas forças que emergem dos impulsos sexuais infantis e que, posteriormente, impedem o curso da pulsão sexual, através das barreiras construídas, como o nojo e a vergonha. Estas barreiras fundamentais para o crescimento

individual civilizado e moral, não cessam os impulsos sexuais neste período, apenas desviam a sua energia para outros alvos (Freud, 1989).

Como mencionado atrás, importa ainda referir outro tipo de experiências negativas como a dor e a ameaça à vida. A dor pode ser encontrada na nossa vida de diferentes maneiras, como nas lesões, na doença e na perda, existindo assim a dor mental e a dor física. Tal como a dor mental é acompanhada por sensações corporais, a dor corporal é acompanhada por repercussões psíquicas. Um exemplo disso mesmo é a automutilação. Esta é caracterizada por atos lesivos contra o próprio corpo, i.e. cortes, que alegadamente aliviam a tensão interna sentida. Como se a dor momentânea da automutilação fosse, de certa forma, muito mais suportável que a dor interna (Cedaro & Nascimento, 2013). A diferença entre ambas está no investimento, onde na dor corporal sobressai o investimento narcísico e na dor mental sobressai o investimento libidinal do objeto (Semer, 2012). A dor tem um domínio particular na psicanálise, pela possibilidade de transformar a dor psíquica. Tendo em vista o modelo de relação continente-conteúdo de Bion, o psicoterapeuta deve ter a capacidade de acolher esta dor, transformá-la e devolvê-la com outro significado (Bion, 1984).

Todos estes aspetos referidos, acabam por influenciar o desenvolvimento e a saúde mental. Investigações realizadas sobre esta temática sugerem uma predisposição para o consumo de certas substâncias consoante os tipos de trauma experienciados. Um estudo realizado em várias instituições públicas e privadas, nas 27 capitais do Brasil, concluiu que a negligência familiar experienciada em idades precoces e ao longo da vida do indivíduo, pode estar relacionada com a iniciação do consumo de tabaco (Tondowski et al., 2015). No mesmo sentido, o abuso na infância pode desencadear no futuro uma perturbação relacionada com substâncias, como álcool e/ou canábis (Zanoti-Jeronymo et al., 2019).¹

Assim, a presente dissertação de mestrado tem como objetivo de averiguar a relação entre os acontecimentos de vida negativos que possam estar envolvidos na exposição a comportamentos de risco ou na manifestação de sintomas psicopatológicos, em estudantes universitários. Deste modo, pretendeu-se analisar:

a) A correlação entre a vivência de acontecimentos traumáticos (total da P-TEC) e o desenvolvimento de uma perturbação de somatização, depressão e/ou ansiedade (total da BSI);

1. É de salientar que um estudo realizado com mulheres vitimas de abuso sexual concluiu que quando as crianças são abusadas por um desconhecido é facilmente relembrado no futuro e é mais provável de ser discutido posteriormente com a família e amigos. Já quando são abusadas por um membro da família ou de relação próxima, existe a possibilidade da vítima esconder da família esta vivência traumática, devido a sentimentos de angústia, culpa e confusão (esta última podendo estar associada ao seu papel na precipitação do abuso). É possível também que a criança comece a ter dificuldades de memória em relação a esse evento (Finkelhor & Browne, 1985; Williams, 1994)

- b) A correlação entre a vivência de acontecimentos traumáticos (total da P-TEC) e os comportamentos de risco (total da FLA);
- c) E, por último, a correlação entre a negligência emocional e o consumo de tabaco.

Materiais e Métodos

Participantes

A amostra final foi constituída por 379 alunos do ensino superior, 232 do sexo feminino (61,2%), 144 do sexo masculino (38%) e três não binários (0,8%), com idades compreendidas entre os 17 e os 49 anos ($M = 23,02$; $DP = 4,246$). A maior parte dos participantes são portugueses (82,2%), como se pode verificar na Tabela 1, abaixo representada.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra (sexo e idade)

		<i>Totais (n = 379)</i>			
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Sexo</i>					
	Feminino	232	61,2		
	Masculino	144	38		
	Não binário	3	0,8		
<i>Idade (anos)</i>				23,02	4,246
<i>Nacionalidade</i>					
	Portuguesa	312	82,2		
	Brasileira	62	16,3		
	Alemã	1	0,3		
	Angolana	1	0,3		
	Cabo-Verdiana	1	0,3		
	Dominicana	1	0,3		
	Italiana	1	0,3		

Nota. n = total da amostra; % = percentagem; M = média; DP = desvio-padrão

Por sua vez, na Tabela 2 é possível verificar os cursos dos participantes, existindo cerca de 106 diferentes, contudo aglomerados nas várias áreas e evidenciados apenas os cursos mais comuns, devido à abundância dos mesmos. Psicologia foi o curso com a maior parcela nesta

investigação, estando 100 participantes (26,4%) atualmente a estudar nesta área, seguindo-se Engenharias (ressalvo que aqui estão diferentes áreas agregadas) com 61 elementos (16,0%). Também surgiu interesse em verificar o ano da matrícula atual e o número de matrículas realizadas, desde que o participante iniciou o ensino superior. O segundo ano de mestrado (i.e., o quinto ano), foi o ano em que mais participantes estavam inscritos (24,8%) e o número mais alto de matrículas foi o número 11, todavia apenas uma pessoa se encontrava nessa situação (0,3%).

Tabela 2
Caracterização sociodemográfica da amostra (Cursos)

		<i>Totais (n = 379)</i>	
<i>Cursos</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
	Psicologia	100	26,4
	Engenharias	61	16,0
	Biologia	15	3,9
	Farmácia	14	3,6
	Gestão	14	3,6
	Design	13	3,4
	Direito	11	2,9
	Marketing	10	2,6
	Medicina	10	2,6
	Administração Público-Privada	8	2,1
	Ciência da Computação	7	1,8
	Comunicação	7	1,8
	Medicina Veterinária	7	1,8
	Economia	6	1,6
	Enfermagem	6	1,6
	Matemática	6	1,6
	Medicina Dentária	6	1,6
	Desporto	5	1,3
	Filosofia	5	1,3
	Pós-Graduações	5	1,3
	História	4	1,1
	Matemática	4	1,1
	Terapia da fala	4	1,1

Nota. n = total da amostra; % = percentagem

Relativamente à residência, situação profissional, fonte de rendimento e rendimento mensal líquido, visível na Tabela 3, foi possível verificar que um maior número de participantes

não trabalha, recebe menos de 250€ por mês e ainda vive com os pais, sendo estes últimos a sua fonte de rendimento.

Tabela 3

Caracterização sociodemográfica da amostra (Residência, situação profissional, fonte de rendimento e rendimento mensal líquido)

<i>Totais (n = 3 9)</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Com quem vive?</i>		
Com os meus pais	206	54,5
Com amigos	46	12,1
Com o/a companheiro/a	38	10,0
Sozinho/a	36	9,5
Numa residência	21	5,5
Com os meus pais e outros familiares		
	20	5,3
Com outros familiares	10	2,6
Com amigos e com o/a companheiro/a		
	2	0,5
<i>Situação profissional</i>		
Estudante	287	75,7
Estudante / Trabalhador	92	24,3
<i>Fonte de Rendimento</i>		
Pais	195	51,5
Pais e bolsa de estudo	81	21,5
Próprio/a	66	17,4
Bolsa de estudo	18	4,5
Pais e outros familiares	8	2,2
Pais, outros familiares e bolsa de estudo		
	6	1,6
Outros familiares	5	1,3
<i>Rendimento Mensal Líquido</i>		
Menos de 250€	156	41,2
Entre os 250 e os 750€	105	27,7
Entre os 751 e os 1200€	64	16,9
Mais de 1200€	43	11,4
Prefiro não responder	9	2,3
Não tenho	2	0,5

Nota. n = total da amostra; % = percentagem

Importa também proceder à análise descritiva dos comportamentos de risco englobados nesta investigação. Relativamente aos comportamentos de risco investigados, procurou-se perceber quais os mais comuns dentro da população em estudo, devido à facilidade de

experimentação que o contexto acadêmico proporciona, a influência do grupo de pares e pelas mudanças impostas inerentes à inserção num novo contexto de vida.

O primeiro comportamento de risco avaliado destina-se à prática de exercício físico, sendo que 240 participantes (63,3%) responderam que praticavam e 139 participantes (36,7%) responderam que não faziam qualquer tipo de exercício físico/desporto. O segundo corresponde à alimentação saudável, no qual 184 participantes (48,5%) responderam afirmativamente, 171 participantes (45,1%) referem que têm uma alimentação saudável às vezes e 24 participantes (6,3%) negaram. O terceiro, relativo à média de tempo (em horas) passados no telemóvel, computador e/ou televisão por lazer, demonstrou que 76 participantes (20,1%) passam cerca de três horas, o que representa a maior parcela de respostas. O número máximo de horas passadas nestes dispositivos por lazer foi de 17 horas, contudo apenas um participante (0,3%) o divulgou. Ainda no mesmo conteúdo, o número médio (em horas) passados em redes sociais é de uma hora, sendo esta a resposta mais comum entre os participantes (122 participantes - 28%). O número máximo de horas passadas nas redes sociais foi de 14 horas, no entanto, somente um participante (0,3) o expôs.

Relativamente às apostas a dinheiro (i.e. apostas desportivas, póquer, Euromilhões, raspadinhas ou outros), correspondente ao quarto comportamento de risco explorado, apenas oito dos 379 participantes (2,1%) responderam que apostavam regularmente e 19 participantes (5%) respondeu que apostava às vezes. Por sua vez, nos videojogos, 159 participantes (42%) responderam que jogavam este tipo de jogos frequentemente e 83 participantes (21,9%) responderam que jogavam às vezes. O quinto comportamento avaliado diz respeito ao comportamento sexual dos participantes desde que frequentam o ensino superior, tentando compreender quantos parceiros sexuais tiveram desde que são estudantes universitários e se usam métodos contraceptivos quando têm relações sexuais. O número máximo de parceiros sexuais desde que os participantes frequentam o ensino superior, em uma das respostas, é de 23, porém a maior parcela de respostas (148 participantes – 39,1%) encontra-se num único parceiro sexual. No que diz respeito aos métodos contraceptivos, 235 participantes (62%) responderam que usam, 105 participantes (27,7%) responderam que não tiveram nenhum tipo de relação sexual e por isso não usaram nenhum método contraceptivo e 39 participantes (10,3%) responderam que não usam qualquer tipo de contraceptivo.

Os seguintes comportamentos de risco analisados dizem respeito ao consumo de substâncias, sejam elas fármacos (suplementos vitamínicos, benzodiazepinas, antidepressivos, antipsicóticos ou outros), substâncias lícitas (álcool, bebidas energéticas, cafeína e tabaco) e substâncias ilícitas [anfetaminas, canábis (haxixe ou marijuana), cocaína, inalantes (aerossóis,

gasolina, cola, tinta, verniz, esmalte, etc.), ecstasy, LSD, MDMA, opiáceos (heroína, sulfato de codeína, etc.) ou outras]. Relativamente aos fármacos, foi perguntado aos participantes se já tinha tomado algum dos fármacos ilustrados nas linhas de respostas, nomeadamente, suplementos vitamínicos (Cerebrum, Memofante, etc), benzodiazepinas (Diazepam, Xanax, Lexotan, Alprazolam, etc.), antidepressivos (Sertralina, Fluoxatina, Reboxetina, etc.), antipsicóticos (Clorpromazina, Haloperidol, Perfenazina, etc.) ou outros. Um pouco mais de metade dos participantes, i.e. 195 participantes (51,5%), respondeu que não tinha tomado qualquer tipo de fármacos, enquanto 81 participantes (21,4) refere que já consumiu suplementos vitamínicos. Não obstante, importa referir que 56 participantes (14,8%) já tomou pelo menos dois dos fármacos mencionados acima em simultâneo, por exemplo, antidepressivos e antipsicóticos ou antidepressivos, antipsicóticos e benzodiazepinas.

No que toca às substâncias lícitas e substâncias ilícitas anteriormente mencionadas, o maior número de respostas na mesma alínea (32,5%) refere que não consome nenhum tipo de substâncias atualmente, porém 251 participantes (66,2%) consome nos dias de hoje mais do que duas destas substâncias e existe quem consuma todas (0,3%). Quando perguntado « *“Já experimentou alguma destas substâncias?”*», apenas 22 participantes (5,8%) responderam que não, 39 participantes (10,3%) responderam que já consumiram pelo menos uma das substâncias mencionadas (álcool ou tabaco ou bebidas energéticas) e os restantes 318 participantes (83,9%) responderam que já experimentaram pelo menos duas ou mais das substâncias referidas. O álcool revelou ser a substância lícita mais experimentada, sendo que 342 participantes (90,2%) já a consumiu, pelo menos, uma vez e 171 participantes (45,1%) bebe esta substância regularmente. O tabaco é a segunda substância mais experimentada, sendo que 226 participantes (59,6%) já fumou pelo menos um cigarro e 74 participantes (19,5%) fumam diariamente. Relativamente às substâncias ilícitas, 53 participantes (14%) revelaram que consomem diariamente, pelo menos, uma destas substâncias. Excluindo todas as drogas lícitas e ilícitas mencionadas nesta investigação, sete participantes (1,8%) responderam que já experimentaram outras drogas, tais como, ketamina psilocibina (“cogumelos mágicos”), 2-CB (2,5-dimetoxi-4-bromofenetilamina, considerada uma droga psicadélica), *salvia divinorum* (droga psicadélica), JWH-018 (canábis sintética), krokodil (morfina sintética) e LSA (droga psicadélica).

Procedimentos

A presente investigação percorreu várias etapas que serão de seguida descritas. Após a realização de uma revisão bibliográfica do tema em estudo, definidos os objetivos de investigação e selecionados os instrumentos adequados, foi criado um formulário no *Google Forms*. Por forma a proceder à utilização de uma bateria de testes selecionada, foram enviados pedidos de autorização aos autores das versões portuguesas dos instrumentos, via e-mail (*Apêndice 1*, *Apêndice 2* e *Apêndice 3*). Após a autorização de todos os autores, a presente investigação foi publicada nas redes sociais, tais como, *Facebook*, *Instagram* e *Reddit*, e divulgada por e-mail.

A recolha dos dados foi realizada entre fevereiro e junho, sendo a amostra compreendida apenas por alunos do ensino superior, independentemente da idade, sexo e nacionalidade. Todos os participantes foram informados dos objetivos do estudo, tendo sido apenas selecionados para a amostra aqueles que aceitaram o consentimento informado implícito (*Apêndice 4*). O preenchimento do formulário presente nesta investigação é confidencial, anónimo e voluntário, sem qualquer tipo de custos aos participantes, tendo um tempo médio de duração de 15 a 20 minutos.

Instrumentos

O protocolo da presente investigação foi constituído por um consentimento informado (*Apêndice 4*), um questionário sociodemográfico (*Apêndice 5*) e por uma bateria de testes, selecionados mediante os objetivos em estudo e abaixo apresentados.

Questionário Sociodemográfico (Apêndice 5)

Este questionário foi construído pela própria, com base nos objetivos da investigação e dividido em duas partes. A primeira destina-se a questões fechadas relacionadas com o género, idade, nacionalidade, várias questões sobre o contexto académico (i.e., curso académico frequentado, ano de primeira matrícula e ano da matrícula atual) e, por último, o agregado familiar, situação profissional e respetivos rendimentos. Numa segunda parte, mais direcionada para os comportamentos de risco, dedicou-se a questões abertas e fechadas sobre o exercício físico, alimentação saudável, tempo médio dispensado no computador e telemóvel (incluindo aqui o trabalho, estudo e lazer), jogos de apostas e videojogos, gastos semanais relativos aos mesmos, comportamento sexual e consumo de vários tipos de substâncias, entre elas, álcool, tabaco, droga e fármacos, importando também a regularidade do consumo das mesmas.

Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18, Derogatis, 2000; Versão portuguesa: Canavarro et al., 2017) (*Anexo 1*)

É um questionário de autorresposta mais breve do que o *Brief Symptom Inventory (BSI)*, sendo composto por 18 itens e respondido numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos (de 0 = Nada a 4 = Extremamente), avaliando assim a intensidade de psicossintomatologia manifestada em 18 possíveis e distintas experiências, nos últimos sete dias. Avalia apenas três dimensões, mais especificamente, a ansiedade, a depressão e a somatização, para despiste de perturbações psiquiátricas mais comuns. Segundo os autores da versão portuguesa, esta escala apresentou níveis de validade e de fidelidade bons, podendo-se considerar um alfa de *Cronbach* que varia entre 0,63 e 0,92. Na presente investigação, o alfa de *Cronbach* deste instrumento foi de 0,95, que significa uma consistência muito boa (Pestana & Gageiro, 2008).

Traumatic Experiences Scale (P-TEC, Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden, 1999; Versão Portuguesa: Espírito-Santo & Rocha, 2008) (*Anexo 2*)

É um questionário de autorresposta que engloba 29 experiências traumáticas diferentes, incluindo a presença ou ausência da experiência, a idade de início, a duração e o impacto (caso exista a presença do trauma). São vários os traumas avaliados, nomeadamente, a negligência emocional, o abuso emocional, o abuso físico, a ameaça à vida, experiências de dor intensas, castigos “estranhos”, o assédio sexual, o abuso sexual e a perda. Segundo os autores da versão portuguesa, pode considerar-se um alfa de *Cronbach* de 0,93. Na presente investigação, o alfa de *Cronbach* deste instrumento foi de 0,77, que significa uma consistência razoável (Pestana & Gageiro, 2008).

Fantastic Lifestyle Assessment (Wilson et al., 1963; Versão portuguesa: Silva et al., 2013) (*Anexo 3*)

É um questionário de autorresposta composto por 30 itens que avalia e explora os comportamentos e hábitos da população estudada. Esta escala explora dez tipos de domínios do estilo de vida do sujeito, que se identificam com a sigla “FANTÁSTICO”, isto é, “F” para Família e Amigos, “A” para Atividade Física/ Associativismo, “N” para Nutrição, “T” para Tabaco; “A” para Álcool e Outras Drogas, “S” para Sono/ Stress, “T” para Trabalho/Tipo de personalidade, “I” para Introspeção, “C” para Comportamentos de saúde e sexual e, por último, o “O” para Outros Comportamentos. Segundo os autores da versão portuguesa, pode considerar-se um alfa de *Cronbach* de 0,71. Na presente investigação, o alfa de *Cronbach* deste instrumento foi de 0,68, que significa uma consistência fraca (Pestana & Gageiro, 2008).

Análise estatística

Os resultados foram exportados diretamente da plataforma *Google Forms* para o programa *IBM SPSS Statistics 27*, onde foram devidamente tratados. Numa primeira fase e através do Teste *Kolmogorov-Smirnov*, foi calculada a normalidade da amostra, que não revelou uma distribuição normal. Relativamente à consistência interna das escalas utilizadas, calculou-se o alfa de Cronbach para interpretar a fidelidade das mesmas. O alfa de Cronbach total da escala *Brief Symptom Inventory 18* foi de 0,95, do questionário *Traumatic Experiences Scale* (P-TEC) foi de 0,77 e do questionário de autorresposta *Fantastic Lifestyle Assessment* foi de 0,68.

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes, foi realizada a análise descritiva dos dados, sendo que para as variáveis escalares foram calculadas a média (*M*) e o desvio-padrão (*DP*) e para variáveis categóricas foram calculadas frequências absolutas (*n*) e relativas (%). De seguida, para as correlações efetuadas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (η), que é um teste não-paramétrico pelo facto de as variáveis de nível ordinal existentes nas hipóteses escolhidas para a investigação não seguirem uma distribuição normal. Posto isto, esta investigação é considerada um estudo não experimental, dado que não existiu manipulação de variáveis, e um estudo transversal, uma vez que os dados foram recolhidos uma única vez.

Resultados

A análise estatística foi realizada consoante os dados recolhidos dos objetivos em estudo. O primeiro objetivo da presente investigação concerne a avaliação da possível correlação entre a vivência de acontecimentos traumáticos (total da P-TEC) e o desenvolvimento de uma perturbação de somatização, depressão e/ou ansiedade (total da BSI). Segundo a Tabela 4 abaixo representada, podemos verificar que a associação destas variáveis confirmou, através do índice de correlação de Spearman, que existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o total da P-TEC e o total da BSI 18 ($\eta = 0,318$, $p = 0,000$), o total da P-TEC e a somatização ($\eta = 0,319$, $p = 0,000$), o total da P-TEC e a depressão ($\eta = 0,359$, $p = 0,000$) e o total da P-TEC e a ansiedade ($\eta = 0,339$, $p = 0,000$). Ou seja, existe uma correlação significativa entre o total da P-TEC e a somatização, depressão e ansiedade, tal como com o total da mesma escala.

Tabela 4

Correlação entre a vivência de acontecimentos traumáticos (total da P-TEC) e o desenvolvimento de uma perturbação de somatização, depressão e/ou ansiedade (total da BSI)

Rho de Spearman		<i>P_TEC_Total</i>	<i>BSI_18_Total</i>	<i>Somatização</i>	<i>Depressão</i>	<i>Ansiedade</i>
<i>P_Tec_Total</i>	Correlation	1,000	0,318**	0,319**	0,359**	0,339**
	Coefficient	.	0,000	0,000	0,000	0,000
	Sig. (2-tailed)					
	n	379	379	379	379	379
<i>BSI_18_Total</i>	Correlation	_____	1,000	0,801**	0,908**	0,934**
	Coefficient		.	0,000	0,000	0,000
	Sig. (2-tailed)					
	n		379	379	379	379
<i>Somatização</i>	Correlation		_____	1,000	0,566**	0,700**
	Coefficient			.	0,000	0,000
	Sig. (2-tailed)					
	n			379	379	379
<i>Depressão</i>	Correlation			_____	1,000	0,780**
	Coefficient				.	0,000
	Sig. (2-tailed)					
	n				379	379
<i>Ansiedade</i>	Correlation				_____	1,000
	Coefficient					.
	Sig. (2-tailed)					
	n					379

Nota. n =379. P-TEC - Traumatic Experiences Checklist (versão portuguesa). BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18. **Sig < 0,010

A segunda hipótese da presente investigação refere-se à avaliação da possível correlação entre a vivência de acontecimentos traumáticos (total da P-TEC) e os comportamentos de risco (total da FLA) e, segundo a Tabela 5, foi possível verificar que, através do índice de correlação de Spearman, existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o total da P-TEC e o total da FLA ($\eta = 0,316$, $p = 0,000$).

Tabela 5

Correlação entre a vivência de acontecimentos traumáticos (total da P-TEC) e os comportamentos de risco (total da FLA)

Rho de Spearman's		<i>P_TEC_Total</i>	<i>FLA_Total</i>
<i>P_Tec_Total</i>	Correlation Coefficient	1,000	0,360**
	Sig. (2-tailed)	.	<0,001
	n	379	379
<i>FLA_Total</i>	Correlation Coefficient	0,360**	1,000
	Sig. (2-tailed)	<0,001	.
	n	379	379

Nota. n =379. P-TEC - Traumatic Experiences Checklist (versão portuguesa). FLA - Fantastic Lifestyle Assessment. **Sig < 0,01

Já na tabela 6, para uma demonstração mais pormenorizada das variáveis em estudo, procedemos à correlação do total da P-TEC e dos dez domínios diferentes avaliados na FLA. Estes dez domínios correspondem a “F” para Família e Amigos, “A” para Atividade Física/ Associativismo, “N” para Nutrição, “T” para Tabaco; “A” para Álcool e Outras drogas, “S” para Sono/ Stress, “T” para Trabalho/ Tipo de personalidade, “I” para Introspeção, “C” para Comportamentos de saúde e sexual e, por último, o “O” para Outros Comportamentos. A análise das correlações revelou que, embora os totais de ambas as escalas tenham uma correlação estatisticamente significativa e positiva, nem todas as dimensões da FLA se correlacionam de forma positiva ou significativa. Podemos verificar isso mesmo nas dimensões “Atividade Física/ Associativismo” ($\eta = 0,260$, $p = 0,610$), “Álcool e Outras drogas” ($\eta = 0,080$, $p = 0,13$), “Comportamentos de saúde e sexual” ($\eta = 0,010$, $p = 0,880$) e, a última dimensão, “Outros comportamentos” ($\eta = 0,0700$, $p = 0,180$). As dimensões que demonstraram uma correlação significativa são, nomeadamente, a “Nutrição” ($\eta = 0,121$, $p = 0,020$), “Tabaco” ($\eta = 0,120$, $p = 0,020$), “Sono/ Stress” ($\eta = 0,360$, $p = 0,000$), “Trabalho/ Tipo de personalidade” ($\eta = 0,360$, $p = 0,000$) e “Introspeção” ($\eta = 0,406$, $p = 0,000$).

Tabela 6
Correlação entre a vivência de acontecimentos traumáticos (total da P-TEC) e os comportamentos de risco (total da FLA)

Rho de Spearman's	TEC										
	Total	F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
Correlation Coefficient	1,000	-0,230**	0,260	0,121*	0,120*	0,080	0,360**	0,360**	0,410**	0,010	0,070
Sig. (2-tailed)	.	>,001	0,610	0,020	0,020	0,130	>,001	>,001	>,001	0,880	0,180
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	1,000	0,080	-0,110*	0,934**	0,030	-0,380**	-0,410**	-0,360**	-0,520**	-0,090
Sig. (2-tailed)	.	.	0,120	0,030	0,000	0,620	<,001	<,001	<,001	<,001	0,070
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	—	1,000	-0,060	0,700**	0,040	-0,190**	-0,270**	-0,200**	-0,110*	0,049
Sig. (2-tailed)	.	.	0,270	0,000	0,000	0,400	<,001	<,001	<,001	0,030	0,344
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	—	—	1,000	0,780**	0,110*	0,220**	0,250**	0,190**	0,120*	0,124*
Sig. (2-tailed)	.	.	.	0,000	0,000	0,030	<,001	<,001	<,001	0,020	0,020
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	—	—	—	1,000	0,400**	0,060	0,060	0,040	-0,110	0,180**
Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	0,000	<,001	0,220	0,250	0,440	0,030	<,001
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	—	—	—	—	1,000	0,030	0,060	0,020	-0,030	0,190**
Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	0,000	0,620	0,250	0,690	0,550	<,001
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	—	—	—	—	—	1,000	0,670**	0,580**	0,280**	0,067
Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	0,000	<,001	<,001	<,001	0,190
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	—	—	—	—	—	—	1,000	0,690**	0,300**	0,050
Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	0,000	<,001	<,001	0,380
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	—	—	—	—	—	—	—	1,000	0,210**	-0,040
Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	0,000	<,001	0,450
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,000	0,150**
Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,000	0,004
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379
Correlation Coefficient	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,000
Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,000
n	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379

Nota. n = 379. P-TEC - Traumatic Experiences Checklist (versão portuguesa). FLA - Fantastic Lifestyle Assessment. "F" (Família e Amigos); "A" (Atividade Física/ Associativismo); "N" (Nutrição); "T" (Tabaco); "A" (Alcool e Outras drogas); "S" (Sono/ Stress); "T" (Trabalho/ Tipo de personalidade); "I" (Introspeção); "C" (Comportamentos de saúde e sexual); "O" (Outros Comportamentos) * Sig < 0,050; ** Sig < 0,010

A terceira hipótese da presente investigação pretende avaliar a possível correlação entre a negligência emocional (itens 14, 15 e 16 da P-TEC) e o consumo de tabaco (item 10 da FLA). Através do coeficiente de correlação de Spearman realizado para a verificação da terceira hipótese e apresentado na Tabela 7, podemos observar que existe uma correlação fraca e significativa entre a negligência emocional e o consumo de tabaco ($\eta = 0,134$, $p = 0,010$).

Tabela 7*Correlação entre a negligência emocional e o consumo de tabaco*

Rho de Spearman's		<i>Negligência emocional</i>	<i>Consumo de tabaco</i>
<i>Negligência emocional</i>	Correlation Coefficient	1,000	0,134**
	Sig. (2-tailed)	.	0,010
	n	379	379
<i>Consumo de tabaco</i>	Correlation Coefficient	0,134**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,010	.
	n	379	379

Nota. n = 379. **Sig < 0,010

Discussão dos resultados

A presente investigação tem em vista alargar o conhecimento sobre as repercussões psíquicas dos acontecimentos de vida traumáticos. O objetivo aqui implícito diz respeito à análise da correlação entre os fatores traumáticos/negativos vivenciados com a manifestação de sintomas psicopatológicos e na exposição a comportamentos de risco, em estudantes universitários. É de salientar que a amostra em estudo é constituída por estudantes do ensino superior dado a facilidade de experimentação e mudanças impostas pelo contexto académico. Relativamente aos comportamentos de risco analisados, o nosso foco irá incidir no consumo de bebidas energéticas (i.e., cafeína, a Coca-Cola, o Guaraná, o Red Bull e o Monster), de álcool, tabaco e de droga. Estes quatro tipos de comportamentos mostraram ser os mais frequentes e com maior probabilidade de enviesar o comportamento e desenvolvimento normal do indivíduo, limitando assim o estudo a estas variáveis.

O álcool e o tabaco são, sem dúvida, das substâncias mais consumidas pelos participantes desta investigação, contudo estes valores não são inesperados. Em Portugal, 6,2 milhões pessoas consomem bebidas alcoólicas com regularidade e 1,6 milhões de pessoas são fumadoras (Instituto Nacional da Estatística, 2020). Este tipo de consumo abrange várias idades, mostrando-se uma temática com crescente preocupação relativamente aos estudantes do ensino superior. Uma investigação realizada na Universidade de Coimbra com 654 participantes sobre os hábitos de consumo de álcool concluiu que os estudantes bebem, em

média, cerca de 13 bebidas alcoólicas por semana. O mesmo estudo revelou que 591 participantes consomem bebidas alcoólicas com regularidade e 241 apresentam um consumo excessivo desta substância (Martins et al., 2010). Outra investigação semelhante, na Universidade Federal de Pelotas, com 485 alunos, mostrou que 75% da sua amostra consome álcool com regularidade (Ramis et al., 2012).

Por sua vez, o consumo de tabaco apresenta números igualmente preocupantes, ainda que entre 2014 e 2019 se tenha observado uma redução da prevalência de fumadores de 15%, em sujeitos com 15 ou mais anos. Segundo o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo em Portugal de 2020, existe no ensino superior uma prevalência superior do consumo de tabaco no sexo feminino de 43,9%, enquanto no sexo masculino é de 35% (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020). Não obstante, este predomínio do tabagismo não é só observado em Portugal, como indica um estudo realizado com os estudantes da Universidade Federal do Espírito Santo, no qual se demonstrou que 33,1% da sua amostra consumia tabaco (Santos et al., 2013). Já o consumo de drogas ilícitas mostrou-se da mesma forma relevante no ensino superior. Silva e colaboradores (2006), mostraram que 37,7% da sua amostra consumia este tipo de substâncias com alguma regularidade. Apesar de na presente investigação termos analisado números inferiores deste tipo de consumo (14%), não deixa de ser oportuna a sua discussão.

O tabaco tem-se revelado das substâncias consumidas mais precocemente, sendo a idade média de início os 13 anos, seguindo-se o álcool e a canábis. Apesar da idade média de iniciação de vários tipos de consumos estar a ser cada vez mais antecipada, prevê-se que este consumo comece a ser mais regular no ensino secundário ou na entrada para a universidade (Precioso, 2004; Domingues et al., 2014; Alves & Dell'Aglio, 2015; Azevedo et al., 2015). São vários os motivos que levam os indivíduos a consumirem substâncias, sejam estas lícitas ou ilícitas. A curiosidade, a influência do grupo de pares, a fuga da realidade, o alívio da tensão, entre tantos outros, são das razões mais habituais para a iniciação deste tipo de consumo (Machado, 2009; Domingues et al., 2014; Reniers et al., 2016).

Ora, o ensino secundário e o ensino superior são pontuados por transformações, mudanças e descobertas substanciais, que provocam alterações no indivíduo. A nova perceção de si e do outro, o novo contexto e as novas relações interpessoais acarretam modificações a nível psicológico, social, intelectual, fisiológico e pulsional, podendo ser a causa da iniciação de algum tipo de consumo (Pinheiro, 2004; Ferreira & Nelas, 2006; Cunha, 2017). Como sabemos, o ensino superior está repleto de fases geradoras de tensão e se o aluno já acarreta com este tipo de fonte de *stress*, imaginamos como a sua saúde mental pode ser comprometida

caso exista ainda outro tipo de acontecimentos externos, nomeadamente, acontecimentos de vida traumáticos. Este tipo de acontecimentos comprometem e influenciam a saúde mental, o bem-estar e o tipo de comportamento adotado pelo indivíduo, podendo ocorrer inúmeras consequências a longo prazo (Alves & Maia, 2010; Santos et al., 2011; Zeferino et al., 2015; Felitti et al., 2019).

Na presente investigação foi possível concluir isso mesmo, pela análise da correlação entre as experiências de vida traumáticas (presentes na P-TEC) e os sintomas psicopatológicos associados (abrangidos na BSI 18), através do coeficiente de correlação de Spearman entre as duas escalas utilizadas. Esta correlação significativa entre o total da P-TEC e a somatização, depressão e ansiedade, tal como com o total da BSI 18, demonstrou que independentemente do tipo ou forma de experiências traumáticas vivenciadas na infância, adolescência ou até mesmo na adultez, podem surgir consequências ao nível do desenvolvimento cognitivo e emocional (Pereira et al., 2013; Soares, 2016; Abajobir et al., 2018). Estudos desenvolvidos sobre a temática na Universidade de Tennessee, concluíram que uma grande percentagem de indivíduos que foram expostos a experiências traumáticas sofrem de depressão, ansiedade, ansiedade de abandono e têm relacionamentos instáveis com os demais (Dye, 2018). Estas alterações que despoletam quadros psicológicos afetam diretamente o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos (Santos et al., 2011).

As experiências traumáticas podem igualmente influenciar o estilo de vida, tal como os comportamentos adotados face às situações diárias vivenciadas (Pires et al., 2017). Muitos dos comportamentos de risco adotados surgem na forma de condutas compensatórias para que o sofrimento causado seja, de certa forma, aliviado (Soares, 2016; Abajobir et al., 2018). Segundo a teoria da psicanálise, presumimos que o “curso tomado pelos processos mentais seja regulado pelo princípio do prazer” (Freud, 1991, p. 227). Ou seja, quando existe uma tensão desagradável, esta é posta em movimento até ao seu resultado final coincidir com a anulação dessa tensão ou através da produção de prazer. Compreendemos que esta pulsão “não surge do mundo externo mas do próprio organismo e (...) o que acaba com uma necessidade é a satisfação” (Freud, 1991, p. 207). Todavia, este princípio é característico de um método primário do aparelho mental que, do ponto de vista da autoconservação, é altamente perigoso perante as dificuldades do mundo externo. Esta autoconservação do ego, substitui o princípio do prazer pelo princípio da realidade, porém a necessidade de obtenção de prazer não é aqui abandonada, apenas impõe restrições, tolerando assim o desprazer temporariamente. Porém, o princípio do prazer persiste e muitas vezes, partindo do próprio ego, consegue “dominar o princípio da realidade, em detrimento do organismo como um todo” (Freud, 1991, p. 230).

Isto leva-nos até ao segundo objetivo de investigação, que procura analisar a correlação entre os acontecimentos de vida traumáticos e os comportamentos de risco. Esta temática tem vindo a ganhar cada vez mais relevância, existindo várias associações distintas entre o tipo de vivência traumática e o tipo de comportamento de risco. Salientam-se os estudos de associação entre os acontecimentos de vida negativos e o consumo de canábis (Abojobir et al., 2018) ou de consumo de bebidas alcoólicas (Norman et al., 2012). Segundo um estudo realizado por Felitti e colaboradores (1998), indivíduos que experienciaram várias vivências traumáticas na infância, em comparação com aqueles que não tiveram nenhuma, demonstraram um risco de saúde de duas a 12 vezes superior para alcoolismo, dependência de substâncias e tabagismo. Contudo, na presente investigação, o mesmo só se verificou no que toca ao consumo de tabaco, mostrando uma correlação negativa no domínio “Álcool e outras drogas”, apesar da correlação significativa nos totais de ambas as escalas.

Como já referido, existem várias investigações que sugerem uma predisposição para o consumo de certas substâncias consoante os tipos de trauma experienciados. Segundo a revisão bibliográfica recolhida sugere que, perante situações com potencial de gerar sentimentos negativos, recorre, como fonte de alívio, ao cigarro, apesar dos seus efeitos nefastos. Assim, introduzimos o nosso terceiro e último objetivo de investigação, que pretende analisar a correlação entre a negligência emocional e o consumo de tabaco. Escolhemos este objetivo não só pela elevada importância mostrada na literatura sobre a temática como também pelos resultados obtidos nesta investigação. Tanto o tabaco como a negligência demonstraram valores elevados no estudo das características sociodemográficas dos participantes.

Tendo em vista as variáveis em análise, recorreremos à revisão da literatura com o intuito de compreender a validade da hipótese anteriormente apresentada (Blalock et al. 2011; Levavot & Simoni, 2011; Elliott et al., 2013; Tondowski et al., 2015). A negligência, como previamente mencionada, surge quando existe a incapacidade de prestar os cuidados básicos a outrem (Pardo & Pereira, 2008). Esta desatenção e descuido, tal como a ausência de investimento psíquico, é capaz de cometer danos profundos no desenvolvimento normal da criança, afetando a construção especular saudável do Eu, assim como pode influenciar comportamentos futuros, incluindo o consumo de certos tipos de substâncias (Green, 1988; McSherry, 2007; Baseggio, 2011; Guajardo et al., 2019). No Brasil, uma investigação realizada pelas suas 27 capitais, mostraram que a negligência familiar experienciada em idades precoces e ao longo da vida do indivíduo está correlacionada com a iniciação do consumo de tabaco (Tondowski et al., 2015). Outra investigação que recrutou 1224 pessoas pela internet demonstrou a forte correlação entre a negligência emocional experienciada e o tabagismo na adultez (Levavot & Simoni, 2011).

No nosso caso, o consumo de tabaco revelou também uma correlação significativa com a negligência emocional experienciada por familiares, elementos afastados ou externos da família.

Conclusão

Os acontecimentos de vida negativos precoces persistem ao longo da vida, estando muitos dos problemas de saúde, comportamentos e estratégias de *coping* desadaptadas, associadas. Vários estudos realizados sobre esta temática concluem que crianças expostas a acontecimentos de vida negativos demonstram comportamentos desajustados que se refletem nas relações interpessoais. Assim, pode ser originada a ansiedade de abandono, evitamento de relações próximas, e conseqüentemente, estilos de vinculação inseguras. Podem também, por outro lado, começar a adotar comportamentos compensatórios, sendo exemplo disso o consumo de substâncias. Este tipo de conduta serve para o indivíduo diminuir, de certa forma, o sofrimento, a raiva e o medo, sentindo assim prazer (Torres et al., 2004).

É, portanto, essencial a discussão e a exploração desta temática, sobretudo atualmente. Com a situação pandémica atual, os valores de violência doméstica e familiar, tal como os divórcios ou as ruturas conjugais aumentaram substancialmente (APAV, 2020; Faria, 2021). A COVID-19 potencializou também o tráfico de droga e o consumo das mesmas (Brelie, 2021), contudo o mesmo não aconteceu com o consumo de álcool. Um estudo realizado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), concluiu que foram mais os que diminuíram o consumo de bebidas alcoólicas no período de confinamento (37%) dos que aumentaram (21%) (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Perante estes valores é imprescindível a intervenção no contexto psicoterapêutico. Esta investigação permitiu-nos, tendo em vista os resultados estimados, pensar no desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção. No caso de denúncia ou sinalização de maus-tratos, de negligência, de abuso, de violência familiar e/ou conjugal, o psicólogo deve procurar intervir de imediato, quando possível, devido às conseqüências inerentes, como sequelas graves, tanto a nível físico como psicológico. Numa perspetiva de prevenção e intervenção a uma população com comportamentos de risco é essencial conhecer os seus estilos de vida, num ponto de vista multidimensional, abrangendo toda a interação envolvente. Torna-se assim fundamental explorar as suas rotinas diárias, incluindo as dinâmicas do funcionamento académico, familiar e a forma como ocupa os seus tempos livres e com quem (influência do grupo de pares), mas também as possíveis ocorrências traumáticas na infância, para que se possam incrementar novas oportunidades de desenvolvimento (Caridade et al. 2019). Para a elaboração destas

práticas de intervenção é necessário a contribuição da epidemiologia sobre os comportamentos de risco, tendo em conta que este tipo de investigação não se reduz às consequências negativas desencadeadas. Abrange, da mesma forma, os fatores de risco, correlacionando-os com outro tipo de contextos e diferentes níveis de vulnerabilidades, pois os mesmos não operam de forma independente, isolada e repartida (Lima et al., 2015).

Um outro estudo curioso e por nós proposto para futuras investigações concerne a realização de um estudo ambispectivo (i.e. desde o início da infância até ao fim do ensino superior), onde seria necessário dividir os indivíduos em dois grupos, um grupo com e outro grupo sem fator de exposição a comportamentos de risco, usando a versão portuguesa do questionário de comportamentos de risco, o Youth Risk Behavior Survey (YRBS) e, de seguida, analisar a incidência dos fatores de risco apresentados. Seria necessário numa primeira aplicação desta investigação que os pais dos participantes respondessem a uma entrevista semiestruturada sobre rotinas, influência do grupo de pares, dinâmicas familiares, entre outras. De seguida, quando os participantes tivessem a idade mínima necessária para participação no questionário *YRBS*, a investigação retomava. Depois de todos os dados recolhidos iria proceder-se à realização de uma análise descritiva dos dados, com o objetivo de perceber de que forma a dinâmica familiar e todas as experiências vivenciadas nesta etapa do ciclo vital poderia influenciar o comportamento e o estilo de vida adotado pelos participantes.

Ao finalizar este trabalho, é importante refletir também sobre as limitações e sugestões para futuros estudos. Relativamente às limitações, a primeira diz respeito à extensão do protocolo de investigação, sobretudo o questionário P-TEC, que pode ter influenciado o rigor das respostas e, por consequência, o tamanho da amostra. Outra limitação sentida refere-se ao número inferior de participantes do sexo masculino, impossibilitando comparações dos resultados por sexos, sendo interessante a realização de estudos neste aspeto. Identificámos também como limitação, devido à situação pandémica atual, o facto de muitos estudantes universitários terem tido aulas não presenciais este ano letivo, o que a nosso ver pode ter influenciado as respostas, sobretudo as relativas aos consumos de substâncias, porque muitos regressaram às suas casas, estando assim de novo sem a “liberdade” que outrora tinham. Por último, uma outra limitação por nós sentida relativamente à presente investigação diz respeito ao tipo de estudo utilizado, ou seja, à sua transversalidade, uma vez que os dados foram recolhidos uma única vez, o que impossibilita estabelecer relações de causalidade.

Referências Bibliográficas

- Abajobir, A. A., Najman, J. M., Williams, G., Strathearn, L., Clavarino, A., & Kisely, S. (2018). Substantiated childhood maltreatment and young adulthood cannabis use disorders: A pre-birth cohort study. *Psychiatry Research*, 256, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.017>
- Abram, J. (2007). *The language of winnicott: A dictionary of Winnicott's use of words*. Karnac.
- Alves, C. F., & Dell'Aglío, D. D. (2015). Apoio Social e Comportamentos de Risco na Adolescência. *Porto Alegre*, 46(2), 165-175. doi: 10.15448/1980-8623.2015.2.18250
- Alves, J., & Maia, A. (2010). Experiências adversas durante a infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas. *Psicologia, Saúde & doenças*, 11(1), 151-171. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000300001>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5th ed.). Climepsi Editores.
- Araujo, S. R. V. (s.d.). *O abuso sexual infantil sob a ótica da psicanálise*. https://nucleodepesquisas.com.br/download/artigos/483ccb_af7d017d5afe4390827827bdf72510d1.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2015). *Folha informativa: Assédio Sexual*. https://apav.pt/apav_v3/images/folhas_informativas/fi_assedio_sexual.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). *Violência contra as mulheres e violência doméstica em tempos de pandemia*. https://apav.pt/apav_v3/images/press/VMVD_newsletter_v1.html
- Azevedo, K. P. M., Santos, I. K., Neto, E. C. A., Pinto, R. S., Segundo, V. H. O., Knackfuss, M. I., & Medeiros, H. J. (2015). Comportamentos de risco à saúde em escolares. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, 15(1), 17-22. <https://doi.org/10.33233/rbfe.v15i1.33>
- Baseggio, D. B. (2011). *Abandono psíquico dos pais na constituição do self*. https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10201/27
- Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J. J., Chartier, J. P., Dubor, P., Houser, M., & Lustin, J. J. (1998). *Psicologia Patológica: Teórica e clínica* (7th ed.). CLIMEPSI EDITORES.
- Bion, W. R. (1984). *Learning from Experience*. Karnac.
- Blalock, J. A., Nayak, N., Wetter, D. W., Schreindorfer, L., Minnix, J. A., Canul, J., & Cinciripini, P. M. (2011). The relationship oh childhood trauma to nicotine dependence

- in pregnant smokers. *American Psychological Association*, 25(4), 652-663. <https://doi.org/10.1037/a0025529>
- Bowlby, J. (1983). *Attachment and Loss*. Basic Books.
- Brelie, H. V. D. (2021). *O impacto da pandemia no tráfico e consumo de droga na Europa*. <https://pt.euronews.com/2021/01/15/o-impacto-da-pandemia-no-traffic-e-consumo-de-droga>
- Brito, A. L. da S., Hardman, C. M., & Barros, M. V. G. (2015). Prevalência e fatores associados à simultaneidade de comportamentos de risco à saúde em adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), 423–430. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.02.002>
- Canavarro, M. C. (2007). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Quarteto.
- Canavarro, M. C., Nazaré, B. Pereira, M. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, 2(35), 213-230. <https://doi.org/10.14417/ap.1287>
- Caridade, S. M. M., Martins, A. C., & Nunes, L. (2019). Estilo de vida dos adolescentes e jovens adultos e comportamentos desviantes e delinquentes: Das vivências familiares, escolares e individuais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5(1), 40–60. <https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.1.106>
- Cedaro, J. J., & Nascimento, J. P. G. (2013). Dor e gozo: Relatos de mulheres jovens sobre mutilação. *Psicologia USP*, 24(2), 203-223. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200002>
- Chimeli, I. V., Nogueira, M. J., Pimenta, D. N., & Schall, V. T. (2016). A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: Uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência. *Revista da saúde coletiva*, 26(2), 399-415. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200004>
- Cunha, I. M. G. D. (2017). O Tornar-se Adolescente. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 205–220. <https://doi.org/10.34628/3b4t-k209>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1219790-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYszItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

- Domingues, S., Leite, J., Martins, I., Sampaio, J., Fonseca, G. & Lira, S. (2014). Comportamentos de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente. *Nascer e Crescer*, 23(3), 124-133. https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1763/1/03_ArtigoOriginal-1_23-3.pdf
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Humam Behavior in the Social Environment*, 28(11), 381-392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Elliott, J., Stohl, M., Wall, M. M., Keyes, K. M., Goodwin, R. D., Skodol, A. E., Krueger, R. F., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2014). The risk for persistent adult alcohol and nicotine dependence: the role of childhood maltreatment. *Addiction*, 109(5), 842-850. <https://doi.org/10.1111/add.12477>
- Espirito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Martins, L., & Xavier, M. (2013). The Portuguese Traumatic Experiences Checklist (TEC): Psychometrics and prevalence of traumatic experiences. *European Psychiatry*, 28(1), 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76554-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76554-4)
- Faria, N. (2021). *Pandemia acelerou ruturas conjugais*. <https://www.publico.pt/2021/07/24/sociedade/noticia/pandemia-acelerou-rupturas-conjugais-numeros-nao-mostram-1971599>
- Feelitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M. ... Marks. J. S. (2019). 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*, 56(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Feelitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M. ... 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), 245-257. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Ferreira, M. & Nelas, P. B. (2006). Adolescências...Adolescentes.... *Revista de educação, ciência e tecnologia*, 32(11), 141- 162. <http://hdl.handle.net/10400.19/409>

- Ferreira, M. G., Faria, J. R., Tavares, B. B., & Lourenção, L. G. (2014). Consumo de tabaco entre universitários da área de saúde. *Educação, ciência e tecnologia*, 13(5), 293-299. <https://doi.org/10.33233/eb.v14i1.3707>
- Filho, E. A. F., Queiros, P. S., Medeiros, M., Rosso, C. F. W., & Souza, M. M. (2015). Concepções sobre drogas por adolescentes escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 517-523. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680320i>
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>.
- Freud, S. (1989). *Textos essenciais da psicanálise* (I, Busse, Trad.). Ed. Publicações Europa-América, Lda. (Trabalho original em inglês publicado em 1905).
- Freud, S. (1991). *Textos essenciais da psicanálise* (I, Busse, Trad.). Ed. Publicações Europa-América, Lda. (Trabalho original em inglês publicado em 1901).
- Galhardo, A., Cardoso, I. M., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12(1), 71-77. https://www.researchgate.net/publication/236149482_Estudo_exploratorio_do_consumo_de_substancias_em_estudantes_do_ensino_superior_de_Coimbra
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte* [Narcissisme de vie, narcissisme de mort] (C. Berliner, Trad.). Editora Escuta. (Livro originalmente publicado em francês em 1976)
- Guajardo, E. G. P., Anchondo, M. A. C., & Cantú, W. D. G. (2019). Mourning in the dead mother complex. *Ágora*, 22(3), 326-334. <https://doi.org/10.1590/1809-44142019003008>
- Hesse, E. & Main, M. (1999). Second-Generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry. A topical journal for mental health professionals*, 19(4), 481-540. <https://doi.org/10.1080/07351699909534265>
- Hetherington, E. M., & Stanley-Hagan, M. (1999). The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 129-140. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00427>
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2010). *Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PlanoNacionalReducaoProblLigadosAlcool.pdf>

- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Inquérito Nacional da Saúde*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414436388&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Junqueira, M. F. P. S. & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Caderno de Saúde Pública*, 19(1), 227-235. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100025>
- Kelly, J. B. (2000). Children's Adjustment in conflicted marriage and divorce: A Decade Review of Research. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(8), 963-973. <https://doi.org/10.1097/00004583-200008000-00007>
- Khantzian, E. J. (1999). *Treating Addiction as a Human Process*. Jason Aronson Books.
- Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). Victimization, smoking, and chronic physical health problems among sexual minority women. *International Journal of Behaviour Medicine*, 42(2), 269-279. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9289-6>
- Lima, E. H., Nogueira, M. J., Allanic, L. A. R., & Nogueira, C. (2015). Adolescência e Saúde: Indicadores do Uso de Álcool e Outras Drogas a Partir de Um Estudo Multicêntrico. *Revista Tecer*, 8(14), 1–12. <https://doi.org/10.15601/1983-7631/rt.v8n14p1-12>
- Machado, A. P. O. (2009). *Implicações da psicose na adolescência*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0508.pdf>
- Martins, J. S., Coelho, M. S., & Ferreira, J. A. (2010). Hábitos de consumo de álcool em estudantes do ensino superior universitário: Alguns dados empíricos. *Psychologica*, 53, 397-411. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_19
- McSherry, D. (2007). Understanding and addressing the “neglect of neglect”: Why are we making a mole-hill out of a mountain?. *Child Abuse & Neglect*, 31(6), 607-614. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.011>
- Morais, M. & Paixão, R. (2020). Significados e vivências em torno da adição de substâncias: Teoria fundamentada nos dados. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-11. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35002>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 9(11), 1-31. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2021). *Relatório europeu sobre drogas: Tendências e Evoluções*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_PT_03.pdf

- Pardo, M. C. A. & Pereira, A. C. C. (2008). Violências sexuais: incesto, estupro e negligência familiar. *Revista Estudos de Psicologia*, 25(2), 277-291. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000200012>
- Pereira, A., Nunes, C., Lemos, I., & Nunes, L. (2013). Acontecimentos de vida negativos e qualidade de vida percebida pelos adolescentes. *Psicologia, saúde & doenças*, 14(2), 321-328. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36227023009>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. Edições Sílabo.
- Pinheiro, M. R. M. (2004). O desenvolvimento da transição para o ensino superior: O princípio depois de um fim. *Aprender*, 29, 9-20. <http://aprender.esep.pt/index.php/aprender/issue/view/32/33>
- Pires, D., Pereira, M., Paiva, S. & Silva, C. (2017). *Intervenção Psicológica em Perturbações de Personalidade*. PACTOR.
- Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, 3(22), 499-506. <http://hdl.handle.net/10400.12/5977>
- Ramada, R., & Nacif, M. (2019). Avaliação do consumo de bebidas energéticas por estudantes de uma universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 13(77), 151-156. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/905/657>
- Ramis, T. R., Mielke, G. I., Habeyche, E. C., Oliz, M. M., Azevedo, M. R., & Hallal, P. C. (2012). Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 376-385. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200015>
- Reichenheim, M. E., Hasselmann, M. H., & Moraes, C. L. (1999). Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 109-121. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100009>
- Reniers, R. L. E. P., Murphy, L., Lin, A., Bartolomé, S. P., & Wood, S. J. (2016). Risk Perception and Risk-Taking Behaviour during Adolescence: The Influence of Personality and Gender. *Plos One*, 11(4), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153842>
- Ribeiro, E. M., Eckert, E. R., Souza, A. I. J., & Silva, A. M. F. (2007). Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. *Acta Paulista*

- de Enfermagem*, 20(3), 277-283. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300006>
- Santos, A., Calado, A., Coxo, D., Trindade, M. M., & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do alentejo. *Revista toxicodependências*, 17(1), 33-41. http://www.sicad.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/detalhe.aspx?itemId=521&lista=SICAD_Artigos&bkUrl=http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists
- Santos, M. V. F., Pereira, D. S., & Siqueira, M. M. (2013). Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 22-30. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100004>
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein* [Introduction to the work of Melanie Klein] (J. Guimarães, Trad.). Imago Editora Ltda. (Trabalho originalmente publicado em inglês em 1973)
- Semer, N. L. (2012). Dor e sofrimento psíquico: uma reflexão sobre as relações e repercussões corpo e mente. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(3), 188-199. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v46n3/v46n3a13.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (2020). *Covid-19: Consumo de álcool em confinamento*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/07/09/covid-19-consumo-de-alcool-em-confinamento/>
- Silva, A. M. M., Brito, I. S., & Amado, J. M. C. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciências Saúde Coletiva*, 19(6), 1901-1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Silva, L. V. E. R., Malbergier, A., Spemliuk, V. A., & Andrade, A. G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 280-288. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200014>
- Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior: Experiência da consulta de psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Acta Médica Portuguesa*, 24(2), 247-256.
- Silveira, M. S., Cruz, J. M. O., Barreto, I. D. C., & Sarasqueta, L. M. M. N. (2021). O consumo de bebida alcoólica em estudantes universitários. *Research, Society and Development*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11250>
- Soares, A. (2016). *Experiências Adversas na Infância e as suas influências sobre a composição corporal na adolescência* [Tese de Doutorado, Faculdade de medicina]. Centro de Epidemiologia UFPEL. http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/uploads/teses/Tese_Ana

%20Luiza%20Soares_final.pdf

- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G., & Simões, C. (2015). Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco - Modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(1), 23–34. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15309/15psd160104>
- Tondowski, C. S., Bedendo, A., Zuquetto, C., Locatelli, D. P., Opaleye, E. S., & Noto, A. R. (2015). Estilos parentais como fator de proteção ao consumo de tabaco entre adolescentes brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 2514-2522. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00168614>
- Torres, N., Sanches, M., & Neto, D. (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em toxicodependentes e estudantes. *Revista Toxicodependências*, 10(3), 57-100. http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/159/2004_03_TXT5.pdf
- Wallerstein, J. S. (1991). The long-term effects of divorce on children: A review. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(3), 349-360. <https://doi.org/10.1097/00004583-199105000-00001>
- Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1167-1176. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.63.3.343>
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. http://www.who.int/substance_abuse
- Zanoti-Jeronymo, D. V., Zaleski, M. J. B., Pinsky, I., Caetano, R., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. R. (2019). Childhood violence, exposure to parental violence and alcohol dependence/abuse in adulthood. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 15(1), 40–49. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000390>
- Zappe, J. G., & Dell’Aglío, D. D. (2016). Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 44–52. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000102>
- Zeferino, M. T., Hamilton, H., Brands, B., Wright, M. G. M., Cumsille, F., & Khenti, A. (2015). Consumo de drogas entre estudantes universitários: Família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24, 125-135. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001150014>
- Zimerman, D. F. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – Uma abordagem didática*. Artmed

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de Autorização da *Brief Symptom Inventory*

De: Andrea Costa <andreacostaaa123@gmail.com>
Data: quinta-feira, 25 de fevereiro de 2021, 17:38
Para: "mccanavarro@fpce.uc.pt" <mccanavarro@fpce.uc.pt>
Assunto: Pedido de Autorização BSI 18

Bom dia Doutora,

O meu nome é Andrea Costa e estou neste momento a concretizar a minha dissertação de mestrado, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, na área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica no Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra. A minha dissertação de mestrado pretende estudar as repercussões psíquicas de acontecimentos de vida negativos, um estudo de comportamentos de risco numa população de estudantes universitários. A minha orientadora é a Professora Doutora Esmeralda Macedo. Em prol da minha recolha de dados, gostaria de lhe pedir autorização para utilizar a versão portuguesa do BSI 18, e de lhe pedir a respetiva escala. Informo que já enviei email para pas.licensing@pearson.com, no entanto não obtive resposta.

Agradeço, desde já, a disponibilidade.

Atenciosamente,

Andrea Costa

Ana Rita Martins <anarita.morais.martins@gmail.com>
para mim

quinta, 25/02, 17:51

Cara Dra. Andrea Costa,

Em nome da Professora Doutora Cristina Canavarro, e na sequência do seu pedido, convido-a a **preencher o formulário** que se anexa relativo à utilização do instrumento de avaliação BSI-18. Depois de devidamente preenchido, envie o formulário para o presente endereço de correio eletrónico, para que lhe possa encaminhar o instrumento, bem como as respetivas informações.

Aguardando o seu contacto, subscrevo-me com os melhores cumprimentos,
Ana Rita Martins

Psicóloga Clínica e Investigadora
Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 COIMBRA
E-mail: anarita.morais.martins@gmail.com | URL: <https://cineicc.uc.pt>

Cristina Canavarro <mccanavarro@fpce.uc.pt> escreveu no dia quinta, 25/02/2021 à(s) 17:39:

FORMULÁRIO Brief Symptom Inventory (BSI)*

M. C. Canavarro 1995, Versão Portuguesa d0 *BSI* (L.R. Derogatis, 1993)

1. Identificação do Estudo/Projecto

Repercussões Psíquicas de Acontecimentos de Vida Negativos: Estudo dos comportamentos de risco e manifestações psicopatológicas numa população de estudantes universitários

2. Identificação do Investigador Responsável [para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese

Nome: Andrea Cristina Tomás Costa

Morada: _____

E-mail: andreacostaaa123@gmail.com

3. Identificação dos elementos da equipa do projecto

Eu, Andrea Costa e a minha orientadora de dissertação, a Professora Doutora Esmeralda

Macedo, do Instituto Superior Miguel Torga

4. Objectivos do Projecto

Analisar quais os fatores traumáticos/negativos vivenciados mais comuns que estão envolvidos em eventuais repercussões psíquicas, nomeadamente, na manifestação de sintomas psicopatológicos e na exposição a comportamentos de risco, em estudantes universitários.

5. Dados Metodológicos

5.1. Tipo de população

Será constituída por estudantes universitários, devido às possíveis repercussões psíquicas existentes, nomeadamente, sintomas psicopatológicos e ao risco de incidência a comportamentos de risco, devido à facilidade de experimentação que contexto académico proporciona.

5.2. Tamanho da amostra?

Cerca de 300

5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

Fantastic lifestyles Assessment e Traumatic Experiences Checklist (TEC)

* Enviar por e-mail: mccanavarro@fpce.uc.pt



Andrea Costa <andreacostaaa123@gmail.com>
para Ana ▾

25/02/2021, 18:05 ☆ ↶ ⋮

Boa tarde,

Em anexo envio o formulário preenchido.
Muito obrigado pela sua disponibilidade.

Atenciosamente,
Andrea Costa



Ana Rita Martins <anarita.morais.martins@gmail.com>
para mim ▾

25/02/2021, 18:41 ☆ ↶ ⋮

Cara Dra. Andrea Costa,

No seguimento do seu pedido, enviamos em anexo a versão portuguesa do instrumento BSI-18 (Canavarro, Nazaré, & Fonseca, 2009).

Para conhecer dados relativos a procedimentos de passagem e cotação, bem como informações sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar a bibliografia indicada na nossa página web <http://galius.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>, bem como artigo de validação também anexo ao presente email.

Votos de um ótimo trabalho.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Rita Martins
(P'la Prof. Cristina Canavarro)

Psicóloga Clínica e Investigadora

Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 COIMBRA

E-mail: anarita.morais.martins@gmail.com | URL: <https://cineicc.uc.pt>

Apêndice 2 - Pedido de Autorização da Escala das Experiências Traumáticas (P-TEC)

Andrea Costa <andreaaaaa123@gmail.com>
para Helena ▾

quinta, 11/02, 15:28 ☆ ↶ ⋮

Estimada Doutora Helena Espírito-Santo,

O meu nome é Andrea Costa e estou neste momento a concretizar a minha dissertação de mestrado, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, na área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica no Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra. A minha dissertação de mestrado pretende estudar as repercussões psíquicas de acontecimentos de vida negativos, um estudo de comportamentos de risco numa população de estudantes universitários. A minha orientadora é a Professora Doutora Esmeralda Macedo.

Em prol da minha recolha de dados, gostaria de lhe pedir autorização para utilizar a versão portuguesa da Escala das experiências traumáticas (P-TEC), e de lhe pedir a respetiva escala.

Agradeço, desde já, a disponibilidade.

Atenciosamente,

Andrea Costa

Helena Espírito Santo <helenum@gmail.com>
para mim ▾

12/02/2021, 07:33 ☆ ↶ ⋮

Bom dia Andrea

Obrigada pelo interesse na P-TEC.

Como estou no telemóvel, tenho de enviar em separado o questionário. Convém que coloquem as variáveis codificadas de acordo com o sugerido pelos autores para que a sintaxe vos dê os resultados.

Eu envio a seguir o necessário.

Boa sorte para o estudo.

Helena Espírito Santo
Professora Auxiliar
Coordenadora Departamento de Investigação & Desenvolvimento
Editora-chefe da Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social

Instituto Superior Miguel Torga
Coimbra
Portugal

No dia 11/02/2021, às 15:28, Andrea Costa <andreaaaaa123@gmail.com> escreveu:

Apêndice 3 – Pedido de autorização do uso da *Fantastic Lifestyle Assessment*



Andrea Costa <andreacostaaa123@gmail.com>
para armandos@esenfc.pt

quinta, 11/02, 15:29 ☆ ↶ ⋮

Estimada Doutor Armando Manuel Marques Silva,

O meu nome é Andrea Costa e estou neste momento a concretizar a minha dissertação de mestrado, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, na área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica no Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra. A minha dissertação de mestrado pretende estudar as repercussões psíquicas de acontecimentos de vida negativos, um estudo de comportamentos de risco numa população de estudantes universitários. A minha orientadora é a Professora Doutora Esmeralda Macedo. Em prol da minha recolha de dados, gostaria de lhe pedir autorização para utilizar a versão portuguesa da Escala *Fantastic Lifestyle Assessment*, e de lhe pedir a respetiva escala.

Agradeço, desde já, a disponibilidade.

Atenciosamente,

Andrea Costa



Armando <armandos@esenfc.pt>
para mim

quinta, 11/02, 16:49 ☆ ↶ ⋮

Muito boa tarde, serve este email para autorizar a utilização do questionário.
Bom trabalho
Armando Silva

Apêndice 4 – Consentimento informado

Caro(a) participante,

O meu nome é Andrea Costa, e sou estudante do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica, na área de especialização em Psicoterapia Psicodinâmica, no Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra.

No âmbito da minha dissertação de mestrado, sob a orientação da Prof^a. Doutora Esmeralda Macedo, venho solicitar a vossa colaboração no estudo que estou a realizar sobre as repercussões psíquicas de acontecimentos de vida negativos, cujo principal objetivo consiste em analisar quais os fatores traumáticos/negativos vivenciados que estão envolvidos em eventuais repercussões psíquicas, nomeadamente, na manifestação de sintomas psicopatológicos e na exposição a comportamentos de risco, em estudantes universitários.

A participação no estudo é voluntária e não envolve qualquer tipo de risco ou despesa, podendo o participante desistir a qualquer momento. A informação recolhida é estritamente confidencial, sendo a mesma utilizada apenas para fins científicos. O questionário é composto por um conjunto de questões simples, de resposta rápida, cujo tempo médio de preenchimento é de 15 a 20 minutos.

Peço, assim, que leia as questões com atenção e que responda da forma mais genuína e espontânea possível. Não existem respostas certas ou erradas. Agradeço, desde já, a atenção e a sua colaboração neste estudo.

Em caso de dúvida, contacte-me via e-mail através de: andreacostaaa123@gmail.com

Atenciosamente,

Andrea Costa

Fui informado/a acerca das especificidades da presente investigação, concordando em participar voluntariamente?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Apêndice 5 – Questionário Sociodemográfico**1. Género:**

Feminino	
Masculino	
Outro:	_____

2. Idade: _____

3. Nacionalidade: _____

4. Qual o curso que frequenta? _____

5. Em que ano está inscrito no Ensino Superior? Caso esteja a fazer cadeiras avulso ou curso livre, coloque “Outro”:

1°	
2°	
3°	
4°	
5°	
Outro:	

6. Há quantos anos frequenta o ensino superior? _____

7. Com quem vive?:

Com os meus pais	
Outros familiares	
Sozinho/a	
Numa residência universitária	
Com amigos	
Com o/a companheiro/a	
Outra: _____	

8. Qual a sua situação profissional atual?

Estudante	
Trabalhador/Estudante	
Outro	

9. Qual é a sua fonte de rendimento?

País	
Outros familiares	
Bolsa de estudo	
Próprio	
Outro:	

10. Qual o seu rendimento mensal líquido?:

___ Menos de 250 €

___ Entre os 250 e 750 €

___ Entre os 751 e 1200 €

___ Mais de 1200 €

11. Faz exercício físico?

Sim	
Não	

12. Faz exercício por quais dos motivos?

Lazer	
Manter o peso	
Perda de peso	
Ganhar músculo	
Outro: _____	

13. Faz exercício físico quantas vezes por semana?

Não faço exercício físico	
Uma a duas vezes por semana	
Três a quatro vezes por semana	
Cinco ou mais vezes por semana	

14. Durante quanto tempo, aproximadamente, pratica exercício? Caso não pratique, coloque “N.A.”.

Menos que 30 minutos	
30 minutos	
Uma hora	
Duas horas	
Três horas	
Mais do que três horas	
N.A.	

15. Diria que tem uma alimentação saudável?

Sim	
Não	
Às vezes	
Não sei	

16. Em média, quanto tempo do seu dia (em horas) passa no seu telemóvel/computador/televisão por lazer? _____

17. Em média, quanto tempo do seu dia (em horas) passa nas redes sociais? _____

18. Em média, quanto tempo do seu dia (em horas) passa no computador em trabalho ou estudo? _____

19. Costuma jogar jogos de sites de apostas a dinheiro (apostas desportivas, póquer, etc)?

Sim	
Não	

20. Se sim, quanto dinheiro, em média, gasta por semana em apostas? _____

21. Se sim, que jogos joga? _____

22. Considera que pode ter um problema relacionado com jogos de apostas?

Sim	
Não	
Talvez	
Não sei	

23. Gosta de jogar videojogos?

Sim	
Não	

24. Quanto tempo, em média, por dia, joga? Caso não jogue, coloque “N.A.”.

Menos de uma hora	
Uma a duas horas	
Duas a três horas	
Três a quatro horas	
Mais de quatro horas	
N.A.	

25. Considera que pode ter um problema relacionado com videojogos?

Sim	
Não	
Talvez	
Não sei	

26. Encontra-se atualmente numa relação amorosa?

Sim	
Não	

27. Caso se encontre numa relação amorosa, considera-a estável? Caso não esteja, coloque “N.a.”:

Sim	
-----	--

Não	
N.A.	

28. Usa algum método contraceptivo quando tem relações sexuais? Caso não tenha tido nenhum tipo de relação sexual, coloque “N.A.”:

Sim	
Não	
N.A.	

29. Se respondeu “Sim”, qual(is) método(s) contraceptivo(s) usa?:

30. Quantos parceiros sexuais teve desde que é estudante universitário?:

31. Foi-lhe diagnosticada alguma doença psicológica/psiquiátrica? Se sim, qual(is). Se não, escreva “N.A.”: _____

32. Está atualmente a ser acompanhado por um psicólogo ou psiquiatra?

Sim	
Não	

33. Já tomou algum destes fármacos? Se sim, qual(is)? Se não, escolha “N.A.”. Caso tenha tomado algum outro fármaco, coloque no “Outro”:

Suplementos Vitamínicos (Cerebrum, Memofante, etc.)	
Benzodiazepinas (Diazepam, Xanax, Lexotan, Alprazolam, etc.)	
Antidepressivos (Sertralina, Fluoxatina, Reboxetina, etc.)	
Antipsicóticos (Clorpromazina, Haloperidol, Perfenazina, etc.)	
Outro: _____	
N.A.	

34. Toma, atualmente, algum destes fármacos? Se sim, qual(is)? Se não, escolha “N.A.”. Caso tome algum outro fármaco, coloque no “Outro”:

Suplementos Vitamínicos (Cerebrum, Memofante, etc.)	
Benzodiazepinas (Diazepam, Xanax, Lexotan, Alprazolam, etc.)	
Antidepressivos (Sertralina, Fluoxatina, Reboxetina, etc.)	
Antipsicóticos (Clorpromazina, Haloperidol, Perfenazina, etc.)	
Outro: _____	
N.A.	

35. Iniciou a toma de algum destes fármacos desde que iniciou o ensino superior?

Sim	
Não	

36. Já experimentou alguma(s) desta(s) substância(s)? Se sim, qual(is)? Se não, escolha “N.A.”:

Tabaco (tradicional, vaporizador, aquecido)	
Álcool	
Bebidas Energéticas (Cafeína, Coca-Cola, Guaraná, Red Bull, Monster, etc.)	
Anfetaminas	
Canábis (haxixe, marijuana)	
Ecstasy	
MDMA	
Cocaína	
Opiáceos (heroína, sulfato de codeína, etc.)	
LSD	
Inalantes (Aerossóis, gasolina, cola, tinta, verniz, esmalte, etc.)	
Outra: _____	
N.A.	

37. Consome atualmente alguma(s) desta(s) substância(s)? Se sim, indique qual(is). Se não, escolha “N.A.”:

Tabaco (tradicional, vaporizador, aquecido)	
Álcool	
Bebidas Energéticas (Cafeína, Coca-Cola, Guaraná, Red Bull, Monster, etc.)	
Anfetaminas	
Canábis (haxixe, marijuana)	
Ecstasy	
MDMA	
Cocaína	
Opiáceos (heroína, sulfato de codeína, etc.)	
LSD	
Inalantes (Aerossóis, gasolina, cola, tinta, verniz, esmalte, etc)	
Outra: _____	
N.A.	

38. Com que regularidade consome esta(s) substância(s)?

Todos os dias	
Várias vezes por semana	
Uma vez por mês ou menos	
Quase nunca	
Nunca	

39. Iniciou o consumo de alguma destas substâncias desde que entrou no ensino superior?

Sim	
Não	

40. Se sim, qual(is)?: _____

41. Considera que pode ter um problema relacionado com o abuso de substâncias?

Sim	
Não	
Não sei	

ANEXOS

Anexo I - Brief Symptom Inventory (Derogatis,1993; Versão portuguesa: Canavarro, 1995)**BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18**

(Versão original: Derogatis, 2000; Versão portuguesa: Canavarro, Nazaré, & Fonseca, 2009)

Instruções:

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas às vezes têm. Leia atentamente cada um e selecione a resposta que melhor descreve **até que ponto esse problema o(a) perturbou ou incomodou nos últimos sete dias, incluindo hoje**. Selecione apenas uma resposta para cada pergunta (0, 1, 2, 3, 4). Não deixe nenhuma pergunta por responder. Se mudar de ideias, risque a primeira resposta e assinale aquela que lhe parecer mais adequada (0, 1, 2, 3, 4). Leia o exemplo antes de começar. Se tiver dúvidas, pode perguntar ao investigador.

EXEMPLO

Até que ponto os seguintes problemas o(a) perturbaram:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
Dores corporais	0	1	2	3	4

Até que ponto os seguintes problemas o(a) perturbaram:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
2. Não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
3. Nervosismo ou agitação interior	0	1	2	3	4
4. Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
5. Sentir-se sozinho(a)	0	1	2	3	4
6. Sentir-se tenso(a) ou nervoso(a)	0	1	2	3	4
7. Náuseas ou mal-estar no estômago	0	1	2	3	4
8. Sentir-se triste	0	1	2	3	4
9. Assustar-se repentinamente sem razão para isso	0	1	2	3	4
10. Dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
11. Sentir que não tem valor	0	1	2	3	4
12. Momentos de terror ou pânico	0	1	2	3	4
13. Sensação de dormência ou formigueiro em partes do seu corpo	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sem esperança em relação ao futuro	0	1	2	3	4
15. Sentir-se tão agitado a ponto de não conseguir estar parado	0	1	2	3	4
16. Sentir fraqueza em partes do seu corpo	0	1	2	3	4
17. Pensamentos de acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
18. Sentir-se com medo	0	1	2	3	4

Anexo 2 – Traumatic Experiences Checklist (Nijenhuis, Van der Hart, & Vanderlinden, 1999; Versão Portuguesa: Espírito-Santo, Chambel, & Rocha, 2008)



Questionário nº: _____

Traumatic Experiences Checklist – TEC

(Nijenhuis, Van der Hart, & Vanderlinden, 1999;
Versão Portuguesa: Espírito-Santo, Chambel, & Rocha, 2008)

No decurso das suas vidas, as pessoas podem passar por uma variedade de situações traumáticas.

Gostaríamos de saber três coisas: 1) se passou por alguma das 29 situações que são aqui apresentadas; 2) se sim, que idade tinha quando a situação aconteceu; e, 3) qual foi o impacto que elas tiveram para si.

A) Na primeira coluna (p. ex., isto aconteceu-lhe?), indique se teve alguma das 29 situações, assinalando SIM ou NÃO;

B) Para cada opção onde assinalou SIM indique, numa segunda coluna, a idade em que essa situação ocorreu; Se aconteceu mais do que uma vez, indique TODAS as idades que tinha quando a situação ocorreu. Se aconteceu durante alguns anos, indique o intervalo de idade correspondente (p. ex. 7-12 anos).

C) Na coluna final (p. ex., que impacto teve a situação para si?), indique o IMPACTO que a situação teve para si numa escala de 1 a 5, em que:

- 1 = Nenhum
- 2 = Pouco
- 3 = Suficiente
- 4 = Muito
- 5 = MUITÍSSIMO

Exemplo:

Foi atormentado?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

Gratos pela sua colaboração!

1. Teve que cuidar dos seus pais e/ou irmãos e irmãs quando era criança?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

2. Teve problemas familiares (p. ex., pai/mãe com problemas alcoólicos ou psiquiátricos ou viveu em condições de pobreza)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

3. Perdeu um membro da sua família (irmão, irmã, pai/mãe) em CRIANÇA?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

4. Perdeu um membro da sua família (filho/filha, companheiro(a)) em ADULTO?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

5. Sofreu lesões corporais graves (p. ex., perda de um braço, mutilação ou queimadura)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

6. Teve a sua vida ameaçada por uma doença, uma operação ou um acidente?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

7. Os seus pais divorciaram-se?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

8. Divorciou-se?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

9. A sua vida foi ameaçada por outra pessoa (p. ex., durante um crime)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

10. Teve sensações de dor intensa (p. ex., através de um ferimento ou de uma cirurgia)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

11. Teve alguma experiência de guerra (p. ex., detenção, perda de parentes, privação ou dano)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
			1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = MUITÍSSIMO				
NÃO	SIM		1	2	3	4	5

12. Há vítimas de guerra de 2ª geração na sua família (pais/parentes próximos que viveram experiências de guerra)?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

13. Testemunhou uma situação traumática vivenciada por outra pessoa?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

14. Foi vítima de negligência emocional [p. ex., ser abandonado(a), ter falta de amor] pelos seus pais, irmão ou irmã?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

15. Foi vítima de negligência emocional por elementos afastados da sua família [p. ex., tios, tias, sobrinhos(as), avós]?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

16. Foi vítima de negligência emocional por elementos externos à sua família [p. ex., vizinhos(as), amigos(as), professores ou padrastos/madrastas]?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

17. Foi vítima de abuso emocional [p. ex., foi gozado(a), foi atormentado(a), chamaram-lhe nomes, foi ameaçado(a) verbalmente ou foi injustamente castigado] pelos seus pais, irmão ou irmã?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

18. Foi vítima de abuso emocional por parte de elementos afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

19. Foi vítima de abuso emocional por parte de elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

20. Foi vítima de abuso físico [p. ex., foi agredido(a), torturado(a) ou ferido(a)] pelos seus pais, irmão ou irmã?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

21. Foi vítima de abuso físico por membros afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

22. Foi vítima de abuso físico por parte de elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

23. Foi vítima de castigos estranhos ou esquisitos?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-o(s) por favor:

24. Foi vítima de assédio sexual [actos de natureza sexual que NÃO envolvem contacto físico] pelos seus pais, irmão(s) ou irmã(s)?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

25. Foi vítima de assédio sexual por membros afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

26. Foi vítima de assédio sexual por elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

27. Foi vítima de abuso sexual (actos sexuais NÃO-DESEJADOS com contacto físico) pelos seus pais, irmão(s) ou irmã(s)?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

28. Foi vítima de abuso sexual por membros afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

29. Foi vítima de abuso sexual por parte de elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1 = Nenhum; 2 = Pouco; 3 = Suficiente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo				
NÃO	SIM	1	2	3	4	5

30. Se foi vítima de maus-tratos ou de abuso, quantas pessoas lhe fizeram isso?

		Se respondeu sim a alguma questão	Número de pessoas
A	Negligência emocional	Da 14 à 16	
B	Maus-tratos emocionais	Da 17 à 19	
C	Maus-tratos físicos	Da 20 à 22	
D	Assédio sexual	Da 24 à 26	
E	Abuso sexual	Da 27 à 29	

31. Descreva, por favor, o seu relacionamento com cada uma das pessoas mencionadas na questão anterior (p. ex., pai, irmão, amigo, professor, estranho, professor, etc.).

Acrescente ainda, se a(s) pessoa(s) mencionada(s) anteriormente é(são), pelo menos, 4 anos mais velha/mais nova do que você, quando a situação ocorreu. P. Ex., escreva "amigo (—)", se esse amigo é mais novo 4 anos do que você; e escreva "tio (+)" se o seu tio tivesse mais 4 anos do que você quando a situação ocorreu.

		Relação	4 anos mais velho/mais novo
A	Negligência emocional		
B	Maus-tratos emocionais		
C	Maus-tratos físicos		
D	Assédio sexual		
E	Abuso sexual		

32. Descreva, por favor, uma OUTRA situação traumática que tenha tido impacto para si.

33. Se respondeu SIM em alguma das questões de 1 à 29, quanto apoio recebeu depois da situação ter acontecido? (descreva o número da questão e o nível de apoio que obteve).

Número da questão	Nível de apoio 0 = Nenhum; 1 = Algum; 2 = Muito

Para finalizar este questionário, por favor, coloque um X ou preencha:

Sexo	Feminino		Masculino		
Idade					
Estado civil	Solteiro	Casado	União de facto	Divorciado/a	Viúvo/a
Escolaridade					
Data (dia/mês/ano)					

Muito obrigado pela sua cooperação!

Anexo 3 – Fantastic Lifestyle Assessment (Wilson, Nielsen, & Ciliska, 1963; Versão portuguesa: Silva, Brito, & Amado, 2013)

1. Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:
 Quase sempre
 Às vezes
 Quase nunca
2. Dei e recebi carinho/afeto:
 Quase sempre
 Às vezes
 Quase nunca
3. Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas atividades ativamente:
 Quase sempre
 Às vezes
 Quase nunca
4. Ando no mínimo 30 minutos diariamente:
 Quase sempre
 Às vezes
 Quase nunca
5. Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto:
 Três ou mais vezes por semana
 Uma vez por semana
 Não faço nada
6. Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente:
 Todos os dias
 Às vezes
 Quase nunca
7. Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food:
 Nenhum destes
 Alguns destes
 Todos

8. Ultrapassei o meu peso ideal em:
- 0 Kg a 4 Kg
 - 5 Kg a 8 Kg
 - Mais de 8 Kg
9. Eu fumo cigarros:
- Não, nos últimos 5 anos
 - Não, no último ano
 - Sim, este ano
10. Geralmente fumo ____ cigarros por dia:
- Nenhum
 - Um a 10 cigarros por dia
 - Mais de 10 cigarros por dia
11. A minha ingestão média semanal de bebidas (UBP) alcoólicas é:
- Zero a sete bebidas
 - Oito a 12 bebidas
 - Mais de 12 bebidas por dia
12. Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frequentemente
13. Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frequentemente
14. Uso substâncias psicoativas ilegais, como canábis, cocaína, ecstasy:
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frequentemente
15. Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia:
- Quase nunca
 - Às vezes
 - Quase diariamente
16. Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:

Menos de três vezes por dia

Três a seis vezes por dia

Mais de seis vezes por dia

17. Durmo bem e sinto-me descansado:

Quase sempre

Às vezes

Quase nunca

18. Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:

Quase sempre

Às vezes

Quase nunca

19. Sinto-me relaxado(a) e disfruto do meu tempo livre:

Quase sempre

Às vezes

Quase nunca

20. Sinto que ando acelerado/a e/ou atarefado/a:

Quase nunca

Algumas vezes

Frequentemente

21. Sinto-me aborrecido/a e/ou agressivo/a:

Quase nunca

Algumas vezes

Frequentemente

22. Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral:

Quase sempre

Às vezes

Quase nunca

23. Sou uma pessoa otimista e positiva:

Quase sempre

Às vezes

Quase nunca

24. Sinto-me tenso/a e/ou oprimido/a:

Quase nunca

Algumas vezes

Frequentemente

25. Sinto-me triste e/ou deprimido/a:

Quase nunca

Algumas vezes

Frequentemente

26. Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde:

Sempre

Às vezes

Quase nunca

27. Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade:

Sempre

Às vezes

Quase nunca

28. No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a:

Sempre

Às vezes

Quase nunca

29. Como peão e passageiro, cumpro as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária:

Sempre

Às vezes

Quase nunca

30. Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc.):

Sempre

Às vezes

Quase nunca