



ULP | 2018

Joana Sofia Martins Adversidade na Infância, Consumo de Substâncias Psicoativas e  
Comportamento Delinquente: O Papel Mediador da Perturbação de Comportamento e do Suporte Social



[www.ulp.pt](http://www.ulp.pt)



UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**  
DO PORTO

Joana Sofia Teles Oliveira Martins

**Adversidade na Infância, Consumo de  
Substâncias Psicoativas e  
Comportamento Delinquente: O Papel  
Mediador da Perturbação de  
Comportamento e do Suporte Social**

Trabalho realizado sob orientação da  
**Professora Doutora Andreia de Moura**

E da co-orientação do  
**Professor Doutor Ricardo Pinto**

setembro 2018



Joana Sofia Teles Oliveira Martins

**Adversidade na Infância, Consumo de  
Substâncias Psicoativas e Comportamento  
Delinquente: O Papel Mediador da  
Perturbação de Comportamento e do  
Suporte Social**

Dissertação de Mestrado  
Psicologia da Justiça: Vítimas de Crime

Trabalho realizado sob orientação da  
**Professora Doutora Andreia de Moura**

E da co-orientação do  
**Professor Doutor Ricardo Pinto**

Dissertação defendida em provas públicas  
na Universidade Lusófona do Porto no dia  
14/12/2018, perante o júri seguinte:

Presidente: **Professora Doutora Carla  
Antunes**

Arguente: **Professora Doutora Rita  
Conde**

Orientadora: **Professora Doutora  
Andreia de Moura**

setembro 2018

## DECLARAÇÃO

É autorizada a reprodução parcial desta dissertação, apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Joana Sofia Teles Oliveira Martins

### **Agradecimentos**

Finalmente chegou à altura pela qual mais desejei desde o início desta fase da minha vida, pela qual lutei, dediquei o meu esforço, tempo e empenho. Foram 5 anos de enorme satisfação e sempre com o apoio e suporte dos meus mais próximos, para quem dedico um especial apreço e um sincero obrigada!

À minha Professora e Orientadora, Professora Doutora Andreia de Moura por todas as orientações, conselhos e acreditação, pelas palavras sábias e carinho, que permitiram o culminar deste projeto e etapa.

Ao meu Co-Orientador, Professor Doutor Ricardo Pinto pela transmissão de conhecimentos e ajuda para contornar as dificuldades ao longo desta fase.

A todas as escolas e, em especial aos jovens que participaram na minha recolha de dados, porque sem eles este projeto não seria possível.

Aos meus colegas e amigos, em especial à Ana, que me acompanharam, com quem partilhei momentos, ideias e pensamentos.

À minha família, em especial à minha Mãe, que sempre fez o maior esforço e, assim permitiu a concretização deste meu/nosso objetivo, o maior dos agradecimentos, nunca me permitiu desistir! Aos meus irmãos que sempre me acompanharam nesta etapa e demonstraram todo o seu amor, carinho e apoio.

Ao Daniel, o meu namorado e companheiro de vida por todo o tempo dispensado, todas as horas de ajuda e paciência, todo o esforço e compreensão.

A todos os que me acompanharam, dedicaram o seu tempo, partilharam conhecimentos e permitiram que conseguisse concluir este projeto, um muito obrigada do fundo do coração!



## **Adversidade na Infância, Consumo de Substâncias Psicoativas e Comportamento Delinquente: O Papel Moderador da Perturbação de Comportamento e do Suporte Social**

### **Resumo**

O impacto causado pela adversidade na infância e adolescência tem suscitado o interesse dos investigadores, no que concerne ao estudo das implicações na vida adulta dos indivíduos. Têm sido apontadas relações entre a adversidade, saúde psicológica e comportamentos de risco, pelo que esta investigação vai incidir mais concretamente na Adversidade na infância associada ao Consumo de substâncias psicoativas e Comportamento delinquente. Estas relações foram analisadas com um olhar atento sobre potenciais variáveis mediadoras, tais como, a Perturbação de Comportamento e Suporte Social, com o objetivo de compreender se estas duas variáveis se associavam a maiores ou menores consumos de substâncias e práticas de comportamentos delinquentes. **Método:** O estudo compreendeu 175 jovens, com idades entre os 12 anos e os 17 anos ( $M= 14.99$ ;  $DP=2.26$ ), a frequentar os Agrupamentos de Escolas e Escolas Profissionais de Marco de Canaveses. Foram administrados os seguintes instrumentos: Questionário Sócio demográfico; *Life Events Checklist-5*; Dispositivo de Despiste de Processo Antissocial; Questionário de História na Infância; Escala de Delinquência Autorrelatada Adaptada e Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido. **Resultados:** Os principais resultados revelaram que, a Adversidade na Infância e a Exposição a Acontecimentos Traumáticos são preditoras do Consumo de Substâncias Psicoativas e Comportamento Delinquente. A Perturbação de Comportamento revelou ser mediadora na relação entre a Adversidade, o Consumo de Substâncias Psicoativas e Comportamento Delinquente, bem como na relação entre Exposição ao Trauma, o Consumo de Substâncias Psicoativas e Comportamento Delinquente. O Suporte Social revelou não ser mediador em nenhuma das relações. **Conclusões:** Mais importante que trabalhar redes de Suporte Social, é necessário trabalhar a perceção e confiança nessa mesmas redes, por forma a que sejam desconstruídos esquemas cognitivos destorcidos.

*Palavras-chave:* Maus-tratos infantis; Substâncias psicoativas; Comportamento delinquente; Adolescência; Perturbação de comportamento; Suporte social



## **Adversity in Childhood, Consumption of Psychoactive Substances and Delinquent Behavior: The Moderating Role of Conduct Disorder and Social Support**

### **Abstract**

The impact caused by adversity in childhood and adolescence has aroused the interest of researchers in the study of the implications in adult life of individuals. Relationships between adversity, psychological health and risk behaviors have been pointed out, so this research will focus more specifically on Adversity in childhood associated with the use of psychoactive substances and delinquent behavior. These relationships were analyzed with a careful look at potential mediating variables, such as Behavior Disturbance and Social Support, in order to understand if these two variables were associated to higher or lower substance consumption and practices of delinquent behavior. Method: The study comprised 175 youngsters, aged 12 years to 17 years ( $M = 14.99$ ;  $SD = 2.26$ ), attending the Marco de Canaveses School and Vocational School Groups. The following instruments were administered: Questionnaire Demographic partner; Life Events Checklist-5; Anti-Social Process Screening Device; Childhood History Questionnaire; Adapted Self-reported Delinquency Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Results: The main results revealed that Adversity in childhood and Exposure to traumatic events are predictive of the Consumption of Psychoactive Substances and Delinquent Behavior. Behavioral Disorder was also a mediator in the relationship between Adversity, Consumption of Psychoactive Substances and Delinquent Behavior, as well as Exposure to Trauma, Consumption of Psychoactive Substances and Delinquent Behavior. Social Support revealed that it was not a mediator in any of the relationships. Conclusions: More important than working Social Support networks, it is necessary to work the perception and trust in these same Social Support networks, so that distorted cognitive schemes are deconstructed.

**Keywords:** Child maltreatment; Psychoactive substances; Delinquency; Adolescence; Conduct disorder; Social support.





## Índice

<b>Agradecimentos.....</b>	<b>v</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>vii</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>ix</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo I: Enquadramento Teórico.....</b>	<b>13</b>
1.1.Adversidade na Infância.....	13
1.2.Consumo de Substâncias Psicoativas.....	16
1.3. Comportamento Delinquente.....	17
1.4. Perturbação de Comportamento.....	19
1.5. Suporte Social.....	21
<b>Capítulo II: Estudo Quantitativo.....</b>	<b>22</b>
<b>Objetivos e Questões de Investigação.....</b>	<b>22</b>
<b>Método.....</b>	<b>23</b>
Participantes.....	23
Procedimentos.....	24
Instrumentos.....	25
Análise de Dados.....	27
<b>Resultados.....</b>	<b>27</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>32</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>37</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>49</b>



## **Introdução**

Atualmente, a adversidade na infância tem vindo a obter um crescente enfoque, devido à necessidade de uma maior e melhor compreensão das consequências e do impacto de experiências adversas (Alves & Maia, 2010; Fernandes 2011 como citado em Bastos, 2015). Diversos estudos têm vindo a demonstrar que os maus tratos na infância ou experiências adversas estão associados a um risco aumentado de consumos de substâncias psicoativas e comportamentos delinquentes ou violentos (Pedras & Pereira, 2013; Foa, Asnaani, Zang, Capaldi & Yeh, 2018). Os resultados de um estudo levado a cabo por Alves & Maia (2010) indicaram uma maior predisposição na relação entre a adversidade vivida durante a infância e sintomas psicopatológicos, bem como várias relações entre adversidade e comportamentos de risco para a saúde (Alves & Maia, 2010). Segundo Maia e Seabra (2007) existe uma relação negativa entre a adversidade e o suporte social, ou seja, maior vivência de experiências adversas poderá estar associado a um menor apoio e suporte social (Maia & Seabra, 2007). A ausência de suporte social ou a sua reduzida eficácia é ainda considerado um fator de risco para o consumo de substâncias e comportamentos delinquentes (Rosário, 2011).

O trabalho que se segue encontra-se dividido em dois capítulos: o capítulo I, com o enquadramento teórico no qual se objetiva (através do estado de arte) enquadrar o leitor na temática do estudo, bem como outros fatores inerentes, e o capítulo II, que consiste em apresentar o estudo empírico realizado (objetivos, método, resultados e discussão).

## **Capítulo I: Enquadramento teórico**

### **1.1. Adversidade na Infância**

O conceito de infância pode ser compreendido sobre várias perspetivas, desde psicológicas a sociais, no entanto, pode traduzir-se como uma fase que caracteriza a criança, de acordo com a sua própria forma de ser, de agir e de pensar, bem como todo o seu contexto onde se desenvolve (Caderno & Arantes, 2017). Neste sentido e, sendo a infância uma etapa fundamental do desenvolvimento humano, todas as vivências dos sujeitos são integradas num continuum, pelo que experiências negativas podem exercer influência ao longo de toda a vida (Pereira & Viana, 2015).

As experiências adversas na infância são altamente prevalentes, sendo a exposição a múltiplos tipos de experiências um dado consistente na literatura (Afifi, Mota, Dasiewicz, MacMillan, & Sareen, 2012; Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Lu,

Mueser, Rosenberg, & Jankowski, 2008), no entanto, não parece existir um consenso relativamente à classificação de experiências adversas durante a infância. Assim, a maioria dos autores engloba em experiências adversas o abuso (físico, emocional ou sexual), a negligência (física ou emocional) e a disfunção familiar (violência doméstica, perda parental por morte, divórcio ou separação, psicopatologia parental, abuso de substâncias psicoativas parentais e prisão de um dos membros da família) (Faria, 2015; Júnior, 2017). Tais experiências tendem-se a agregar, especialmente as mais graves e de maior impacto, sugerindo determinados contextos sociofamiliares abusivos (Júnior, 2017) e, são consideradas como ocorrências de vida disruptivas, interferindo no funcionamento e bem-estar emocional e psicossocial dos sujeitos (Félix, 2011).

O estudo da relação entre as experiências adversas na infância e o estado de saúde dos indivíduos, tem verificado que a adversidade está associada a consequências negativas em diferentes dimensões, que incluem problemas físicos, psicológicos, cognitivos, comportamentais, sociais e emocionais (Campbell, Telford, Cook, Waitzman & Keenan, 2016; Pinto, Alves & Maia, 2015). Deste modo, vários estudos têm direcionado especial atenção para a avaliação do papel da exposição a experiências adversas e/ou traumáticas ocorridas na infância como fator perentório para o pleno e adequado desenvolvimento físico, mental e saúde na vida adulta (Pereira & Viana, 2015).

A infância e a adolescência são períodos primordiais para o desenvolvimento e maturação do cérebro, pelo que experiências no início da vida ou infância exercem influência em padrões de comportamentos da vida adulta (Bastos, 2015; Souza & Kantorski, 2003; Pires & Miyazaki, 2005; Rosa, Dropa & Conceição, 2010), ou seja, eventos adversos vivenciados precocemente são fatores de grande influência para o desenvolvimento cerebral (Oliveira, Scivoletto & Cunha, 2009). As consequências da violência podem ser devastadoras e resultar em morte precoce, no entanto, mesmo as crianças que sobrevivem devem lidar com terríveis cicatrizes físicas e emocionais com repercussões na sua saúde psicológica (Cecconello & Koller, citado por Cupertino, Guedes, Coelho, Milano, Rubac & Sarkis, 2006), em que a violência coloca em risco não só a sua saúde, mas também a sua capacidade de aprender, crescer e tornarem-se adultos capazes de criar famílias e comunidades sólidas (Souza & Kantorski, 2003).

A literatura tem vindo a demonstrar que acontecimentos de vida traumáticos e adversos ocorridos na infância parecem estar associados a situações como aumento do recurso aos cuidados de saúde, abuso de substâncias, psicopatologias, menor satisfação

com a vida e risco de suicídio (Silva & Mota, 2018). Segundo Loh, Maniam, Tane Badi'ah (2010), a adversidade durante a infância parece também estar associada a dificuldades na criação de relações interpessoais satisfatórias, bem como a uma menor autonomia interpessoal e autoestima. Da mesma forma, várias investigações se têm debruçado sobre os fatores que interferem ao nível do impacto da adversidade no desenvolvimento, destacando-se o número de experiências, intensidade, o tipo, a severidade e a duração destas situações (Loh, Maniam, Tan & Badi'ah, 2010).

Uma das formas de adversidade consideradas na literatura são os maus-tratos perpetuados sobre crianças e jovens. A Organização Mundial de Saúde define o mau trato infantil como sendo um termo abrangente para *“todas as formas de abuso físico / emocional / sexual, negligência e exploração, que ocorrem antes dos 18 anos de idade e está associado a danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança”* (Organização Mundial de Saúde, 2014), integrados num leque constituinte de experiências adversas, ocorrendo quando alguém numa posição superior (por questão de idade, força ou outro motivo) pratica alguma ação que provoca danos físicos, psicológicos ou sexuais sem a vítima ter consentido ou sob forma de coação (Pires & Miyazaki, 2005).

Os maus-tratos, constructo multidimensional, podem ser diferenciados entre maus-tratos físicos e maus-tratos psicológicos, sendo que os psicológicos são inerentes aos físicos, no entanto podem ocorrer maus-tratos psicológicos sem a componente física. Assim sendo, existe a dimensão de abuso ou maus-tratos ativos (atos de comissão que englobam comportamentos e discursos com o uso da força física, sexual e psicológica) e a dimensão de negligência ou maus-tratos passivos (atos de omissão ou insuficiência de cuidados), tais como a negligência e o abandono (Alves, 2009; Baker & Festinger, 2011). Independentemente da forma de abuso físico, psicológico, sexual ou negligência, inúmeras são as consequências destes maus-tratos na infância, afetando significativamente o desenvolvimento das diversas áreas, tais como física, social, comportamental, emocional e cognitiva (Holt, Buckleyb & Whelana, 2008).

Outros estudos demonstram também que crianças maltratadas tendem a desenvolver problemas de abuso de drogas (Chaffin, Kelleher, Hollenberg, citado por Garbin *et al*, 2004), bem como mais de 50% das crianças abusadas enfrentam dificuldades na escola e, cerca de 25% precisam de serviços de educação especial (Caldweel, 1992, Veltman & Browne, 2001, citado por Garbin *et al*, 2004). Outras investigações apontam

para que num início de vida associado ao mau trato infantil, este poderá produzir consequências desajustáveis na idade adulta, uma vez que, adultos que experienciaram algum tipo de abuso na infância podem apresentar uma ampla gama de problemas de saúde, nomeadamente físicos, de humor, ansiedade e distúrbios de personalidade (Wegman & Stetler, 2009; Teixeira, Lasiuk, Barton, Fernandes & Gherardi-Donato, 2017).

Algumas investigações sugerem ainda que, a intensidade dos efeitos depende da conjugação de vários fatores, tais como o desenvolvimento psicológico e a capacidade intelectual da criança, o vínculo afetivo entre o agressor e a vítima, a representação do abuso para a criança e a duração dele, a natureza da agressão ou, ainda, as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras (Jespersen, Lalumière & Setob, 2009, citado por Garbin, Queiroz, Roviada & Saliba, 2012). Para as crianças, os relacionamentos sensíveis com os adultos têm um duplo benefício, tanto pela promoção de um desenvolvimento saudável, como fornecendo a proteção necessária para a prevenção e superação de experiências causadoras de *stress* (Center on the Developing Child, Harvard Uni, 2017).

Ao nível da proteção de crianças e jovens em Portugal, existem as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), criadas na sequência do Decreto - Lei nº 189/91 de 17 de Maio. Foram reformuladas de acordo com a Lei de Promoção e Proteção, aprovada pela Lei nº 147/99, de 1 de Setembro e, funcionam como “*instituições oficiais não judiciais, com autonomia funcional na promoção dos direitos da criança e do jovem, bem como no término de situações de perigo e risco, suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral das mesmas*” (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2018).

## **1.2. Consumo de substâncias psicoativas**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as substâncias psicoativas são aquelas que, ao serem administradas no nosso sistema, afetam a capacidade de processamento mental (WHO, como citado em Moura, 2015). As substâncias psicoativas podem definir-se em dois grupos: lícitas e ilícitas. No primeiro grupo encontram-se o álcool, a cafeína, a nicotina (tabaco) e os sedativos (medicamentos). No segundo grupo destacam-se as anfetaminas, cannabis, cocaína, heroína, *ecstasy*, *LSD*, alucinogénios (SICAD, 2018).

A prevalência do uso de drogas ilícitas entre adolescentes é alta, sendo este um grupo considerado altamente vulnerável ao abuso de substâncias. Múltiplos fatores estão

associados ao uso de drogas nestas populações, incluindo características sociodemográficas, comportamentos de risco, exposição a situações de violência e uso de outras substâncias, nomeadamente o álcool e tabaco (Guimarães, Souza, Caetano, Teles & Matos, 2017). Este dado é preocupante, uma vez que daqui advém muitos outros problemas como a delinquência, marginalidade, conflitos intrafamiliares e outros (Santos, 2017).

No que concerne ao consumo de álcool, pesquisas da OMS (2010) sobre os riscos para a saúde do jovem, demonstraram haver um crescimento do alcoolismo entre os jovens no mundo, sendo que o maior número de casos incide na faixa de 13 a 15 anos, demonstrando que o álcool reduz o autocontrole e aumenta os comportamentos de risco entre os mesmos (Ribeiro *et al.*, 2017). De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, o abuso de álcool em adolescentes encontra-se também associado à Perturbação de Comportamento (Macho & Almeida, 2011).

Segundo o autor Gomes (2008), sujeitos que sofreram de maus tratos sexuais na infância, em especial do sexo feminino, apresentam uma maior probabilidade de consumir substâncias psicoativas, como forma de se afastarem emocionalmente dos maus tratos a que foram sujeitos. O autor apresenta ainda vários estudos que mostram consistentemente a existência de uma relação entre o consumo de substâncias psicoativas e os maus tratos sofridos na infância (Gomes, 2008). Também Gebara (2009) defende existir uma relação entre os maus tratos vivenciados na infância e a dependência de substâncias psicoativas durante a adolescência e, posteriormente idade adulta. Segundo o mesmo autor, crianças vítimas de maus tratos (e.g. negligência e abandono) apresentam ainda uma maior probabilidade para ingerir substâncias psicotrópicas (Gebara, 2009; Loper, Mahmoodzadegan & Warren, 2008). Segundo Santos (2017), vários estudos têm demonstrado que o consumo de substâncias psicoativas pode influenciar a ocorrência de psicopatologias, com maior ocorrência nos grupos de indivíduos com consumo de múltiplas substâncias (Santos, 2017).

### **1.3. Comportamento Delinquente**

Os comportamentos delinquentes podem ser classificados como *“atos que infringem as normas legais e considerados consensualmente como comportamentos antissociais e não pró-sociais”*, sendo o resultado de uma escalada de comportamentos antissociais (Ferreira, 2000). Segundo a APA (2014), enquadra-se no DSM-V- TR como



uma Perturbação do Comportamento (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, APA, 2014). De acordo com o enquadramento legal em Portugal acerca da delinquência juvenil, existe a Lei n.º 166/99 de 14 de Setembro que aprovou a Lei Tutelar Educativa, sendo esta aplicada a todos os/as jovens, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, que tenham praticado um facto qualificado pela lei como crime. São consagradas como medidas tutelares educativas aquelas que “*visam a educação do menor para o direito e a sua inserção de forma digna e responsável, na vida em comunidade*” (artigo 2º, da Lei Tutelar Educativa, como citado em Perista, Silva, Cardoso & Carrilho, 2012).

Embora a delinquência juvenil possa estar relacionada com o comportamento antissocial, a primeira pode diferenciar-se desta última na medida em que, o comportamento antissocial, engloba os comportamentos que desrespeitam os outros e violam as normas de uma determinada sociedade, sem, necessariamente, infringirem as leis vigentes (Henriques, 2014). Assim, a delinquência tem sido considerada com uma perturbação psicossocial do desenvolvimento, que envolve variáveis biológicas, comportamentais e cognitivas dos sujeitos e, contextuais como as características familiares, sociais e experiências adversas negativas, devendo ser entendida na sua complexidade (Benavente, 2002; Laranjeira, 2007).

A delinquência pode ser associada à Perturbação de Comportamento, uma vez que ambas são Perturbações Disruptivas do Comportamento, contudo é necessário diferenciar estes dois tipos de comportamentos. Trindade (2011) define duas formas de delinquência: transaccional e persistente. A de origem transaccional caracteriza-se por um desvio de comportamento passageiro, sendo uma fase de diversas transformações biológicas originadas na puberdade. Considera-se um comportamento normal, com fim no início da fase adulta, por volta dos 20 anos. A delinquência de origem persistente, caracteriza-se por comportamentos e condutas mais perigosas, graves e violentas, tais como transgressão da lei e autoridade, crueldade com animais, desrespeito pelos pais e maus-tratos com crianças mais novas. Comparativamente à delinquência de origem transaccional, a persistente tem tendência a perdurar na fase adulta, indo de encontro à evolução para comportamentos de origem antissocial (Trindade, 2011).

Se considerarmos a delinquência como patologia (em que a personalidade está perturbada e há perigo para a sociedade), mais do que estigmatizar a criança ou o jovem importa, muitas vezes, assumir este tipo de comportamento como uma estratégia na

tentativa de adaptação e socialização, em que o jovem é muitas vezes vítima do contexto familiar, do sistema escolar, da situação sociocultural e dum universo subtilmente repressivo. Benavente (2002) afirma ainda ser crucial relativizar e contextualizar os comportamentos delinquentes, evitando a estigmatização dos jovens, numa tentativa de compreender a sua verdadeira génese, segundo a sua lógica interna de transgressor.

Existem evidências empíricas substanciais que relacionam aspetos do desenvolvimento precoce como a qualidade da vinculação, hostilidade parental, depressão materna, maus tratos sofridos e conflitos na família com a predisposição para o desenvolvimento de padrões de comportamento delinquente (Aguilar *et al.*, 2000; Lemos, 2010; Nardi, Filho & Dell’Aglío, 2016). Benda (2005) refere que os problemas emocionais, abusos sexuais e/ou maus-tratos físicos impedem o desenvolvimento saudável, podendo desencadear sentimentos negativos e adversos, que por sua vez podem promover o comportamento delinquente.

#### **1.4. Perturbação de Comportamento**

A Perturbação de Comportamento (PC) insere-se na linha das Perturbações Diruptivas do Comportamento (Homem, Gaspar, Santos, Azevedo & Canavarro, 2013), que se caracterizam por um padrão persistente de dificuldade em aceitar e cumprir regras (APA, 2002). Apresentam comportamentos antissociais de gravidade variável como roubos, mentiras, fugas, destruição de propriedades, agressividade com pessoas e animais, com prevalência em idade escolar, onde predominam os comportamentos heteroagressivos e, por sua vez na fase da adolescência onde predominam os comportamentos antissociais (Nardi, Filho & Dell’Aglío, 2016). A PC caracteriza-se mais especificamente por um padrão de comportamento persistente e repetitivo, em que os direitos básicos de outros, regras ou normas de relacionamento social próprias para a idade são violados ou quebrados. Crianças ou jovens com esta perturbação apresentam pouca preocupação com os sentimentos, desejos, necessidades e bem-estar dos que os rodeiam, com uma baixa tolerância à frustração, níveis superiores de irritabilidade, imprudência e temperamento explosivo (DSM V -TR - Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, APA, 2014). Segundo alguns autores, as crianças e jovens diagnosticados com este tipo de perturbação aparentam não apresentar sofrimento psicológico ou constrangimento com as próprias atitudes, pelo que os seus comportamentos apresentam um maior impacto nos outros do que em si próprios (Bordin & Offord, 2000).

Segundo Frick e Viding (2009), existem duas trajetórias desenvolvimentais possíveis para a compreensão desta perturbação, sendo a primeira a *“trajetória de início precoce”*, que pode surgir, com o aparecimento na idade pré-escolar, de problemas de comportamento (desobediência, gritar, bater), podendo evoluir em idade escolar para comportamentos mais agressivos e não agressivos (roubar, mentir, enganar) e, para sintomas agravados na adolescência (violência interpessoal e crimes contra a propriedade), podendo abranger contextos mais alargados como a comunidade. Em segundo a *“trajetória de início tardio”*, em que os comportamentos apenas surgem na fase da adolescência (DSM-IV-TR; Frick & Viding, 2009). Quando os comportamentos surgem de acordo com a primeira trajetória, a frequência e severidade tendem a agravar-se ao longo do tempo, enquanto que, quando aparecem de acordo com a segunda trajetória, parece existir um prognóstico mais favorável (Frick & Viding, 2009).

Rijo (2001) defende que na *“gênese do comportamento antissocial está habitualmente um meio familiar e social extremamente deteriorado, que não cuida, não orienta a criança nem educa para os limites”*. Ainda neste sentido, a literatura tem vindo a referir que algumas das condições que contribuem para a etiologia da PC relacionam-se com práticas parentais ineficazes, lacunas nas dinâmicas familiares, influências de pares desviantes, bem como a baixa ligação à escola ou fraco rendimento escolar (Dandreaux & Frick, 2009; Rosando, 2013). O início precoce de problemas de comportamento, associa-se a fatores de risco específicos, nomeadamente défices neuropsicológicos e cognitivos, impulsividade, défice de atenção e problemas de regulação emocional (Dandreaux & Frick, 2009).

Um estudo realizado demonstrou que crianças com problemas de comportamento possuíam menos recursos e maior número de adversidades, que envolviam principalmente o ambiente familiar, tais como problemas nos relacionamentos interpessoais, falhas parentais quanto à supervisão, monitoramento e suporte, menor investimento parental no desenvolvimento da criança, práticas punitivas e modelos adultos agressivos (Ferreira & Maturano, 2002). Existe assim uma maior probabilidade de crianças e adolescentes de famílias desestruturadas apresentarem então problemas de comportamento, ou seja, a desestruturação, os conflitos interparentais frequentes e/ou a exposição a estes provocam uma mistura complexa de adversidades crônicas, eventos stressantes e acúmulo de riscos, pelo que, o bom relacionamento entre pais e filhos pode ser considerado fator de proteção

para o cumprimento das tarefas de desenvolvimento dos adolescentes (Masten & Coastworth, 1995 como citado em Sapienza & Pedromônico, 2005).

Alguns estudos procuram avaliar o impacto dos maus tratos vivenciados na infância relativamente à vida adulta. Segundo a teoria da aprendizagem social, sujeitos que foram vítimas de maus-tratos e/ou de exposição à violência têm maior probabilidade de desenvolver comportamentos agressivos no futuro (Duarte, 2015), ou seja, existe a reprodução das experiências de violência familiar vividas durante a infância, contribuindo para que os maus-tratos na infância perpetuem maus-tratos na vida adulta. Segundo essa lógica, muitas crianças vítimas de maus-tratos podem tornam-se adultos agressores ou vítimas em adultos (Bastos, 2015). Existe ainda uma elevada co-morbilidade entre a Perturbação de Comportamento, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Ansiedade, Depressão, Humor e consumo de substâncias (Bordin & Offord, 2000; Fernandes & António, 2004).

### **1.5. Suporte Social**

O Suporte Social refere-se ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo o que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro, funcionando ainda como uma fator de redução do impacto de eventos adversos (Antunes & Fontaine, 2005 como citado em Aragão, Vieira, Alves & Santos, 2009). Implica padrões duradouros de vinculação que contribuem de maneira significativa para a manutenção da integridade física e psicológica dos indivíduos (Caplan, 1976 como citado em Campos, 2004).

O bem-estar físico, mental e social do sujeito só existe efetivamente quando existe um equilíbrio saudável com os fatores ecológicos de que dependem a sua saúde, particularmente no cenário social em que a infância e a adolescência se desenvolvem (Júnior, 2015). A literatura demonstra que a variável suporte social presente na infância e adolescência pode ter um efeito protetor a longo prazo na saúde emocional. A representação e percepção da existência ou disponibilidade de uma rede de suporte social, com que a criança e o adolescente possam contar, sentirem-se importantes, valorizados e amados pode amenizar a experiência da adversidade e os efeitos da mesma na saúde emocional a longo prazo (Goldstein, 1995 como citado em Cupertino *et al.*, 2006).

Segundo Taylor (2011), as situações adversas ao poderem ser infligidas por pessoas muito próximas das crianças, como pais e cuidadores, podem afetar a forma como é

interpretada a qualidade do apoio social na idade adulta (Taylor, 2011). A este propósito, evidências empíricas revelam que a lembrança associada a maus tratos na infância tende a associar-se a uma percepção menos positiva do suporte de apoio (Festinger & Baker, 2010; Frederick & Goddard, 2008; Taylor, 2011). Segundo Thompson, Flood e Goodvin (2006), que estudam o suporte social no âmbito da parentalidade, são identificadas cinco funções de suporte social parental. A primeira função é de suporte emocional e engloba a percepção do indivíduo de empatia, compreensão e afirmação emocional das dificuldades vivenciadas. A segunda função é de suporte instrumental e está relacionada aos diversos tipos de suporte no âmbito do dia-a-dia familiar como transporte, financeiro, acesso a informação e serviços ou de cuidado direto com a criança. A terceira função é de orientação e aconselhamento parental e está relacionada com o processo educativo da criança. A quarta função é de aquisição de habilidades parentais, logo é o aspeto do suporte que lida com a capacitação das figuras parentais e com práticas parentais de promoção do desenvolvimento ajustado da criança. A quinta função é a de monitorização social. Nesta função destaca-se a influência protetora da rede de suporte social para o bem-estar da figura parental e da criança, seja para a deteção de necessidades específicas de suporte, seja para a promoção de ações positivas e partilhadas. Este funcionamento é uma das razões pelas quais os problemas clínicos das crianças e jovens devem ser conceituados como problemas familiares quando se trata de questões de etiologia e tratamento (Thompson, Flood & Goodvin, 2006).

Assim, reconhece-se que a existência de uma relação positiva entre a criança e as figuras parentais pode funcionar como fator protetor face ao desenvolvimento de psicopatologias (Sutin & Gillath, 2009). Sendo a família a primeira fonte de socialização da criança, será de relevar a importância das experiências neste contexto. As figuras prestadoras de cuidados primários ou as figuras de vinculação (por norma os pais) são os elementos estruturantes destas experiências, sendo crucial termos em consideração as relações desenvolvidas nessa altura com estas figuras (Duarte, 2015).

## **Capítulo II: Estudo Quantitativo**

### **Objetivos, Questões de Investigação e Hipóteses**

O objetivo deste estudo é compreender se as Experiências Adversas na Infância, estão relacionadas com o Consumo de Substâncias Psicoativas e/ou Comportamentos Delinquentes na adolescência, procurando explorar o papel de variáveis potencialmente mediadoras, tais como, a Perturbação de Comportamento e o Suporte Social. Procurou-se

neste estudo compreender se estas variáveis funcionam como precipitadoras ou atenuantes, respetivamente, dos Consumos de Substâncias Psicoativas e/ou de Comportamentos Delinquentes.

Trata-se de um estudo quantitativo, de abordagem exploratória e transversal, que pretende colmatar as lacunas identificadas na literatura quanto à análise conjunta das variáveis em estudo, partindo das seguintes questões de investigação: **1) *Existe relação entre experiências adversas na infância, consumos de substâncias psicoativas e comportamentos delinquentes na adolescência?***; **2) *As experiências adversas na infância são preditoras de consumos de substâncias psicoativas e comportamentos delinquentes na adolescência, sendo a perturbação de comportamento e o suporte social variáveis mediadoras?***; **3) *A exposição a acontecimentos traumáticos é preditora de consumos de substâncias psicoativas e comportamentos delinquentes, sendo a perturbação de comportamento e o suporte social variáveis mediadoras?***.

Desta forma, foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

**H 1:** Espera-se que exista relação entre experiências adversas na infância, consumos de substâncias psicoativas e comportamentos delinquentes na adolescência;

**H 2:** Espera-se que as experiências adversas na infância sejam preditoras de consumos de substâncias psicoativas e comportamentos delinquentes na adolescência, sendo a perturbação de comportamento e o suporte social variáveis mediadoras;

**H 3:** Espera-se que a exposição a acontecimentos traumáticos seja preditora de consumos de substâncias psicoativas e comportamentos delinquentes, sendo a perturbação de comportamento e o suporte social variáveis mediadoras.

## **Método**

### **Participantes**

A amostra deste estudo é constituída por 175 participantes, em que 60 (34.3%) são alunos de dois Agrupamentos de Escolas de Marco de Canaveses e, 115 (65.7%) frequentam duas Escolas Profissionais do mesmo concelho. Num total de 320 alunos, apenas 175 alunos aceitaram participar e obtiveram consentimento dos seus Representantes Legais. Da totalidade dos jovens, 97 (55.4%) são do sexo masculino e 78 (44.6%) do sexo feminino. A idade média da constituição da amostra é de 14.99, ou seja, 15 anos e, varia entre os 12 e os 17 anos. Relativamente à escolaridade, a média é de 9.19, o que corresponde ao 9º ano ( $DP=1.33$ ), variando entre o 6º ano e o 11º ano. No que concerne à residência da amostra, 123 (70.3%) reside em casa com ambos os pais, 27 (15.4%) em casa

só com a mãe, 16 (33%) em outra situação, o que corresponde a residir em casa com os avós ou familiares próximos, 4 (2.3%) residem apenas com o pai e, 5 (2.9%) reside numa instituição de acolhimento. Quanto ao Rendimento Familiar e, atendendo a que o mínimo corresponde a menos de 250€ e o máximo a mais de 2000€, 44 participantes (25.1%) declara um rendimento superior a 1000€ até 1500€, 37 (21.1%) relatam mais de 750€ até 1000€, 35 (20%) mais de 500€ até 750€, 19 (10.9%) entre 250€ e 500€, 18 (10.3) declaram mais de 2000€, 16 (9.1) superior a 1500€ até 2000€ e, 6 (3.4) menos de 250€. Acerca do grau de escolaridade do pai, 81 (46.8%) participantes assinalaram ensino básico, 62 (35.8%) assinalaram 4ª classe ou menos, 19 (11%) ensino secundário ou profissional e, 11 (6.4%) assinalaram ensino superior. Relativamente à escolaridade da mãe, 76 (43.4%) participantes do estudo indicaram ensino básico, 50 (28.6) 4ª classe ou menos, 28 (16%) ensino secundário ou profissional e, 21 (12%) assinalou ensino superior.

## **Procedimentos**

A presente investigação insere-se na extensão de um projeto de investigação da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona do Porto em parceria com o Departamento de Psicologia da Universidade de Michigan.

A amostra foi selecionada com base em critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão definiram-se crianças e jovens, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, de ambos os sexos, a frequentar o ensino regular ou profissional no distrito do Porto e, como critérios de exclusão todos os participantes que se apresentassem sob influência de substâncias psicoativas, com prejuízo na capacidade de preenchimento dos instrumentos, bem como crianças ou jovens que apresentassem algum tipo de défice cognitivo ou outra perturbação idêntica ou condição física que impedisse a adequada compreensão e/ou o correto preenchimento dos questionários.

Após a autorização das escolas (1 escola básica com 2.º e 3.º ciclo, 1 escola secundária e 2 escolas profissionais) em participar na investigação, foi agendada uma reunião em cada uma das escolas, para esclarecimento de dúvidas e, apresentação presencial e formal do projeto. Posteriormente e, em nova reunião com a Direção das instituições de ensino, foram selecionadas as turmas que iriam participar e quais os melhores horários para a recolha de dados, de forma a não perturbar o normal funcionamento das atividades letivas. Neste sentido, foram selecionadas 19 turmas, perfazendo um total de 320 alunos. Importa ressaltar que para a concretização deste estudo e recolha de dados, foi solicitada a autorização aos Encarregados de

Educação/Representantes Legais, recolhendo-se previamente os respetivos consentimentos informados como meio de obtenção de autorização para que a criança/jovem participasse na investigação, respeitando o anonimato e confidencialidade dos dados de acordo com os procedimentos éticos necessários ao adequado desenvolvimento da investigação.

Assim, quando foram obtidos os termos de consentimento por parte dos Encarregados de Educação/ Representante Legais, e foram agendadas as datas para recolha de dados.

Primeiramente, foram selecionados os alunos em sala de aula, cujos representantes legais autorizaram a sua participação, assim como os mesmos demonstraram aceitar participar na investigação, mediante a assinatura do termo de consentimento para o participante, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados, sem que os consentimentos fossem anexados aos questionários. Posteriormente, foi distribuído e explicado o protocolo, composto por questionários de autorrelato, tendo sido os mesmos autoadministrados pelos alunos, que em caso de dúvidas as colocavam, de forma individual, à investigadora presente no local. O protocolo foi administrado em sala de aula.

O preenchimento do protocolo não teve tempo limite e a recolha dos dados foi realizada num único momento temporal, entre os meses de Abril e Junho de 2018.

Todos os procedimentos envolvidos na recolha e tratamentos dos dados foram realizados de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais n.º 67/98 de 26 de outubro e Deliberação n.º 227/2007, assim como de acordo com o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

## **Instrumentos**

**Termo de Consentimento Informado para os Representantes Legais e Participante;**

**Questionário Sociodemográfico**, constituído por questões como idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, rendimento mensal do agregado familiar, onde reside atualmente, número de elementos do agregado familiar, situação ocupacional e grau de escolaridade do pai e da mãe.

***LifeEvents Checklist-5*** (Weathers *et al.*, 2013); versão portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015) adaptada para jovens, sendo uma *checklist* de autorresposta, que retrata acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, estando dividida em duas partes: a primeira constituída por 14 acontecimentos, em que as respostas podem ser “aconteceu-me”, “vi acontecer”, “soube que aconteceu”, “não tenho a



*certeza*” , “*não se aplica*” e, a segunda parte constituída por 9 questões de resposta semiaberta relativas a um acontecimento que o participante considere ter sido o pior vivenciado, caso se aplique;

**Dispositivo de Despiste de Processo Antissocial (APSD-SR – Versão de autorresposta de Frick & Hare, 2001; Versão Portuguesa Pechorro, 2011)**, sendo esta uma medida psicométrica multidimensional especificamente concebida para avaliar traços psicopáticos em adolescentes. É composto por 20 itens, cotados numa escala ordinal de 3 pontos (0- Nunca, 1- Algumas vezes, 2- Frequentemente) e avalia 3 fatores, traços-calosos/não emocionais, narcisismo e impulsividade, sendo que pontuações mais altas indicam presença de características associadas a cada fator;

**Questionário de História na Infância** (Versão adaptada para crianças e jovens do Felitti & Anda, 1998; Versão Portuguesa Silva & Maia, 2007), composto por 37 questões dicotómicas e de escolha múltipla (duas escalas do tipo *Likert* “Nunca”, “Raramente”, “Algumas vezes”, “Muitas vezes”, “Muitíssimas vezes” e “Não forte”, “Pouco forte”, “Médio”, “Um pouco forte”, “Muito forte”) e 1 questão de resposta aberta. Avalia 3 categorias: experiências contra a criança ou jovem, ambiente familiar disfuncional e negligência e, é cotado através do cálculo da *Adversidade Total*, sendo 0 pontos para ausência de adversidade e 1 ponto para presença de adversidade;

**Escala de Delinquência Autorrelatada Adaptada** (*Adapted Self-reported Delinquency Scale – ASDS*; Mark, 1993; versão adaptada Carroll *et al.*, 1996) é uma medida de autorresposta que mede o envolvimento dos adolescentes em atividades ilegais e antissociais e consumos de substâncias psicoativas. Esta escala foi adaptada para este estudo, sendo constituída por 11 itens, com uma escala de resposta tipo *Likert* (“Nunca”, “Algumas vezes”, “Muitas vezes”).

**Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido** (Zimet *et al.*, 1988; Versão Portuguesa Matos, Costa & Almeida, 2009), construída para medir a satisfação com o apoio social percebido. É um instrumento de autorrelato composto por 12 itens, que avaliam a satisfação com o apoio social percebido em três dimensões, nomeadamente (a) *figura significativa* (n=4); (b) *família* (n=4) e (c) *amigos* (n=4), em que o sujeito deve assinalar o grau de concordância para cada uma das afirmações (caso se aplique a ele), numa escala de *Likert* com 6 posições (1- discordo fortemente, 2- discordo moderadamente, 3- discordo levemente, 4- concordo levemente, 5-concordo

moderadamente, 6- concordo fortemente). A pontuação total para a escala pode variar entre 12 e 72, correspondendo a pontuações mais altas, uma percepção de maior suporte social;

### **Análise de Dados**

Para a análise de dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences* – 22) para o *Windows* 10, no qual se realizaram análises estatísticas descritivas, que permitiram sintetizar os dados da amostra através de um só valor e, inferenciais que permitiram testar as hipóteses.

Concretizou-se a realização de uma análise de correlação de Pearson, com vista à exploração de uma relação entre as variáveis em estudo, nomeadamente adversidade na infância, exposição a acontecimentos traumáticos, comportamento delinquente (incluindo o consumo de substâncias psicoativas), perturbação de comportamento e suporte social. Foram ainda realizadas quatro análises de regressão hierárquica, com vista à exploração de um efeito de mediação entre o suporte social, as experiências adversas e o comportamento delinquente (incluindo o consumo de substâncias psicoativas) e, o suporte social, a exposição a acontecimentos traumáticos e comportamento delinquente (incluindo o consumo de substâncias psicoativas), assim como, realizadas para explorar a possível relação de mediação entre a perturbação de comportamento, as experiências adversas na infância e o comportamento delinquente (incluindo o consumo de substâncias psicoativas) e, a perturbação de comportamento, a exposição a acontecimentos traumáticos e comportamento delinquente (incluindo o consumo de substâncias psicoativas). Para testar o efeito de mediação das variáveis perturbação de comportamento e suporte social, foram realizadas duas análises através do *sobel test*.

### **Resultados**

Ao analisarmos os resultados, é possível observar que do número total de participantes ( $n=175$ ), 171 experienciou pelo menos uma adversidade durante a sua infância. Relativamente às dimensões avaliadas pela adversidade na infância, na dimensão abuso emocional, 30 (17.1%) participantes foram sujeitos a algum tipo de abuso emocional, 17 (9.8%) foram expostos a abuso físico, 14 (8.1%) a abuso sexual, 45 (26%) dos sujeitos sofreram algum tipo de negligência emocional, 34 (19.5%) sofreram negligência física, 37 (21.1%) tinham os progenitores divorciados ou separados, 16 (9.1%) foram expostos a violência doméstica, 30 (17.1%) tinham algum familiar com abuso de

substâncias psicoativas, 34 (19.4%) tinham um familiar com perturbação mental ou que cometeu suicídio e, 11 (6.3%) participantes tinham ou já tiveram algum familiar preso.

No que respeita à exposição a acontecimentos traumáticos, 86 (49.4%,  $M=0.49$ ) participantes foram expostos a algum tipo de desastre natural, 106 (60.6%,  $M=0.60$ ) vivenciaram ou souberam de um familiar ou amigo próximo que tenha sido exposto a um incêndio ou explosão, 110 (64%,  $M=0.63$ ) foram expostos a acidente num transporte, 96 (55.2,  $M=0.55$ ) sofreram e/ou foram expostos a acidente grave na escola, em casa ou durante uma atividade recreativa, 86 (49.1%,  $M=0.49$ ) a agressão física, 50 (28.6%,  $M=0.28$ ) foram expostos ou souberam de alguém próximo que tenha sofrido agressão com arma, 32 (18.6%,  $M=0.18$ ) foram expostos a agressão sexual, 35 (20%,  $M=0.20$ ) a outra experiência de cariz sexual, desconfortável ou indesejada, 91 (52%,  $M=0.52$ ) vivenciaram doença, ferimento ou lesão com risco de vida, 55 (31.8%,  $M=0.31$ ) foram expostos a sofrimento humano intenso, 51 (29.1%,  $M=0.29$ ) a morte violenta repentina, 73 (42%,  $M=0.41$ ) morte acidental inesperada, 51 (30.9%,  $M=0.30$ ) causaram ou souberam de alguém próximo que causou dor, lesão, ferimento grave ou morte a outra pessoa e, finalmente, 39 (22.3%,  $M=0.22$ ) foram expostos a outro acontecimento ou experiência extremamente stressante.

No que respeita ao Comportamento Delinquente ( $M=1.95$ ,  $DP=2.68$ ), os resultados não evidenciam uma prática recorrente deste tipo de comportamento, no entanto, respeitante à Perturbação de Comportamento ( $M=10.20$ ,  $DP=4.84$ ), os resultados parecem conduzir no sentido da prática ou adoção de comportamentos que se inserem nesta problemática. Em relação ao Suporte Social ( $M=62.69$ ,  $DP=9.28$ ), os resultados nas 3 subescalas revelam que os participantes dispõem e percebem de figuras de suporte (Tabela 1).

Tabela 1

*Médias e desvio-padrão das principais medidas*

Variáveis	<i>n (%)</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Amostra</i>		<i>Instrumento</i>	
				<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Total Adversidade na Infância	171	14.6	13.6	.00	61.00		

Total Comportamento Delinquente	174	1.95	2.68	.00	13.00	0.00	22.00
Total Perturbação de Comportamento	175	10.20	4.84	1.00	29.00	0.00	40.00
Total Suporte Social	175	62.69	9.28	12.00	72.00	12.00	72.00
Subescala Figura Significativa	175	21.62	3.57	1.00	6.00	4.00	24.00
Subescala Família	175	21.06	4.00	1.00	6.00	4.00	24.00
Subescala Amigo	175	20.00	3.70	1.00	6.00	4.00	24.00

---

A seguir, são apresentadas as correlações entre as principais variáveis do estudo, onde se pode verificar que todas estão estatisticamente correlacionadas entre si (Tabela 2).

Tabela 2

*Correlação entre as principais medidas*

Variáveis	1	2	3	4	5
1. Suporte social	-				
2. Acontecimentos traumáticos	-.224**	-			

3. Adversidade na infância	- .554 <sup>***</sup>	.228 <sup>**</sup>	-	
4. Comportamento delinquente	- .193 <sup>*</sup>	.279 <sup>***</sup>	.351 <sup>***</sup>	-
5. Perturbação do comportamento	- .410 <sup>***</sup>	.202 <sup>**</sup>	.459 <sup>***</sup>	.548 <sup>***</sup> -

---

*Nota.* A variável Comportamento Delinquente engloba a variável Consumo de Substâncias Psicoativas.

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

Foi realizada uma análise de regressão hierárquica para testar os preditores do comportamento delinquente. No último bloco, que explicou 46% de variância  $F(7, 150) = 17.86$ ,  $p < .001$ , apenas a perturbação de comportamento,  $\beta = .43$ ,  $t = 5.85$ ,  $p < .001$ , CI [.16 - .32] foi preditora do comportamento delinquente.

A fim de testar se o suporte social seria mediador entre exposição à adversidade e comportamentos delinquentes, assim como mediador entre a exposição ao trauma e os comportamentos delinquentes, foram realizadas duas análises de regressão hierárquica, com vista a averiguar se no segundo bloco, com a entrada do potencial mediador (suporte social), quer a variável adversidade na infância, quer a variável exposição ao trauma, perdiam significância ou se o seu valor de beta diminuía. Este efeito mediador não se verificou com a variável adversidade na infância uma vez que, o mediador suporte social não foi significativo quando entrou no modelo,  $\beta = .001$ ,  $t = 0.01$   $p = .00$ , CI [-.05 - .05]. O mesmo resultado se verificou para a variável exposição ao trauma,  $\beta = .248$ ,  $t = 3.19$ ,  $p = .002$ , CI [.072 - .306], ou seja, a variável mediadora (suporte social) não foi significativa quando entrou no modelo.

Para testar se a perturbação de comportamento seria mediadora entre a exposição à adversidade e comportamentos delinquentes, bem como entre a exposição ao trauma e comportamentos delinquentes, foram realizadas, também, duas análises de regressão hierárquica, com o objetivo de testar se no segundo bloco, com a entrada do potencial mediador perturbação de comportamento, as VI (variáveis adversidade na infância e exposição ao trauma) perdiam significância ou se os seus valores de beta diminuía. No caso em que a VI era a adversidade na infância, este efeito mediador verificou-se uma vez que, a perturbação de comportamento foi significativa quando entrou no modelo,  $\beta = .351$ ,  $t = 4.851$ ,  $p = .000$ , CI [.041 - .097], e a VI adversidade na infância perdeu significância,  $\beta$

= .125,  $t = 1.74$ ,  $p = .084$ , CI [-.003 - .053]. O teste de sobel foi significativo para esta mediação, *sobel test* =  $p < .001$ . No caso em que a VI era exposição ao trauma, este efeito mediador verificou-se parcialmente, atendendo a que a perturbação de comportamento foi significativa quando entrou no modelo,  $\beta = .28$ ,  $t = 3.65$ ,  $p = .000$ , CI [.097 - .327], e a VI exposição ao trauma, apesar de manter a significância  $\beta = .18$ ,  $t = 2.62$ ,  $p = .009$ , CI [.033 - .234], o seu valor de beta diminuiu (de .28 para .18). O teste de sobel foi significativo para esta mediação parcial, *sobel test* =  $p < .001$  (Tabela 3).

Tabela 3

*Análise de Regressão Hierárquica*

Modelo	B	$\beta$	$t$
Step 1: $R^2 = .25^{***}$			
Sexo	-0.695	-.129	-1.836
Idade	1.174	.716	5.327 <sup>***</sup>
Escolaridade	-0.668	-.333	-2.486 <sup>*</sup>
Step 2: $R^2 = .30^{***}$ ; $\Delta R^2 = .06^{***}$			
Adversidade na infância	0.050	.255	3.664 <sup>***</sup>
Step 3: $R^2 = .32^{***}$ ; $\Delta R^2 = .02^*$			
Acontecimentos traumáticos	0.109	.144	2.004 <sup>*</sup>
	-5.		
Constant	-12.668		-5.329 <sup>***</sup>
Sexo	-0.408	-.076	-1.222

Idade	0.716	.437	3.48
Escolaridade	-0.265	-.132	-1.08
Adversidade na infância <sup>a</sup>	0.030	.151	1.977*
Acontecimentos traumáticos <sup>b</sup>	0.085	.112	1.708
Suporte social <sup>c</sup>	0.05	.17	2.239*
Perturbação de comportamento <sup>d</sup>	0.236	.427	5.86***

---

*Nota.* <sup>a</sup>Adversidade na infância = Questionário de História na Infância (versão adaptada para crianças e jovens de Felitti & Anda, 1998; Versão Portuguesa Silva & Maia, 2007a); <sup>b</sup>Acontecimentos traumáticos = *Life Events Checklist-5* (Weathers et al., 2013); Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015b); <sup>c</sup>Suporte social = Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (Zimet et al., 1988; Versão Portuguesa Matos, Costa & Almeida, 2009c); <sup>d</sup>Perturbação de comportamento = Dispositivo de Despiste de Processo Antissocial (APSD-SR – Versão de autorresposta de Frick & Hare, 2001; Versão Portuguesa Pechorro, 2011d)

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

### Discussão

A presente investigação, culminada sob a forma de dissertação, teve como principal objetivo explorar a relação entre a adversidade na infância e a exposição a acontecimentos traumáticos, com o consumo de substâncias e o comportamento delinquente, em crianças e jovens. Não obstante, foi ainda estudado o papel da perturbação de comportamento e o suporte social na mediação da relação supra descrita.

Após análise dos resultados e, quanto à primeira hipótese, relativamente à existência de uma relação entre as principais variáveis, os resultados revelaram ser estatisticamente significativos, indicando a existência de uma correlação positiva entre as 4 das principais variáveis: Adversidade na infância, Exposição a acontecimentos traumáticos, Consumo de substâncias psicoativas e Comportamento delinquente. Os resultados indicaram ainda que todos os participantes foram expostos a, pelo menos um acontecimento traumático. Este resultado prevê que crianças e jovens expostos a adversidade durante a sua infância, assim como a situações de trauma, tendem a apresentar

uma maior predisposição relativamente ao consumo de substâncias psicoativas e à prática de comportamentos delinquentes, o que é corroborado pela literatura nesta matéria (Chaffin, Kelleher, Hollenberg, citado por Garbin et al, 2004; Deas & Thomas, 2002; Gebara, 2009; Gomes, 2008; Guimarães, Souza, Caetano, Teles & Matos, 2017; Holt, Buckley & Whelana, 2008; Marinho, 2010; Palos, Ocampo & Rizzo, 2017; Wegman & Stetler, 2009; Teixeira, Lasiuk, Barton, Fernandes & Gherardi-Donato, 2017; Vilela, Macho & Almeida, 2011). Este facto pode ser melhor explicado uma vez que, independentemente da forma e do tipo de experiência adversa e/ou exposição ao trauma, várias podem ser as suas consequências, afetando significativamente o desenvolvimento físico, social, comportamental, emocional e cognitivo dos sujeitos (Holt, Buckley & Whelana, 2008). Assim, o consumo de substâncias psicoativas e o comportamento delincente podem funcionar como uma estratégia na tentativa de adaptação e socialização em contextos repressivos (Pingeon, 1982 como citado em Benavente, 2002; Knutson, DeGarmo & Reid, 2004). Por outro lado, a relação entre o consumo de substâncias psicoativas e o comportamento delincente pode ser explicado, atendendo a que o consumo pode ser considerado como um facilitador ou até motivador de ações delinquentes e violentas, com a agravante da associação a grupos de pares desviantes (Lührling, Gauer, Vasconcellos, Davoglio, Silva & Navarrette, 2014). Não obstante, deve ser tido em conta que, a adolescência é uma fase de descobrimento e experenciação dos limites pessoais e sociais (Marinho, 2010), pelo que não deve ser analisada esta relação como de causa efeito.

No que respeita à segunda hipótese, a exploração da relação entre as experiências adversas, como preditora do consumo de substâncias psicoativas e comportamento delincente e, a perturbação de comportamento e o suporte social como variáveis mediadoras, foi parcialmente confirmada. De facto, as experiências adversas são preditoras do consumo de substâncias psicoativas e comportamento delincente, sendo um resultado já esperado, atendendo ao que é referenciado na literatura (Aguilar *et al.*, 2000; Lemos, 2010; Silva & Mota, 2017; Loper, Mahmoodzadegan & Warren, 2008). Neste sentido, o consumo de substâncias psicoativas e o comportamento delincente podem ser melhor explicados em casos em que os sujeitos vivenciaram algum tipo de adversidade, uma vez que o uso de substâncias psicoativas e o comportamento delincente está associado a intenso sofrimento psicológico, como a depressão, sintomatologia ansiosa e baixa auto-estima (Benavente, 2002; Marques & Cruz, 2000), consequências estas associadas à



experencição de adversidade (Campbell, Telford, Cook, Waitzman & Keenan, 2016; Félix, 2011; Pinto, Alves & Maia, 2015; Teixeira, Lasiuk, Barton, Fernandes & Gherardi-Donato, 2017; Wegman & Stetler, 2009). Acerca da segunda parte da hipótese, nomeadamente se a perturbação de comportamento e o suporte social desempenhavam o papel de mediadores entre a variável independente (VI) adversidade na infância e a variável dependente (VD) comportamento delinquente (dimensão que engloba o consumo de substâncias psicoativas), apenas a perturbação de comportamento evidenciou ser mediadora, total, desta relação. O suporte social não obteve qualquer efeito ao entrar no modelo de regressão hierárquica. Este resultado é corroborado pela literatura como sendo uma possível consequência da exposição à adversidade (Masten & Coastworth, 1995 como citado em Sapienza & Pedromônico, 2005), na medida em que a adversidade pode exercer no indivíduo e no desenvolvimento da sua personalidade, uma visão distorcida do mundo e das interações que o rodeia (Rijo, 2001). Por sua vez e, atendendo a que a perturbação de comportamento está também associada ao comportamento delinquente (Bierderman, Petty, Dolan, Hughes, Mick, Monuteaux & Faraone, 2008; Rosando, 2013), existe um efeito mediador da perturbação de comportamento na relação entre a adversidade e o comportamento delinquente. Neste sentido e, segundo os mesmos autores, a perturbação de comportamento pode evoluir para tipologias de maior gravidade na fase da adolescência e, alargado a mais contextos como a escola e comunidade, sendo congruente com o que é esperado na prática de comportamento delinquente (Frick & Viding, 2009; Bierderman *et al.*, 2008; Henriques, 2014; Nardi *et al.*, 2016; Rosando, 2013). A variável suporte social não exerceu qualquer influência de mediação da relação entre a VI e a VD, o que vai no sentido inverso ao que a literatura refere (Goldstein, 1995 como citado em Cupertino *et al.*, 2006; Sutin & Gillath, 2009), ou seja, o suporte social não funcionou como um fator de amortização das consequências da adversidade na amostra e, por sua vez, na prática de comportamentos delinquentes. Este resultado pode ser explicado, atendendo a que na génese da adversidade estão muitas vezes atos praticados por figuras de suporte e confiança, de particularidade próxima com o sujeito, como pais ou cuidadores, influenciando assim a forma como é interpretada a qualidade do apoio social (Taylor, 2011), bem como, na dificuldade em estabelecer relações interpessoais satisfatórias (Loh, Maniam, Tan & Badi'ah, 2010). Contudo, é importante ressaltar que a amostra deste estudo se trata de crianças e jovens, em particular na fase de adolescência e, por isso esse motivo, o suporte social nesta fase pode não exercer o papel esperado, em comparação com

outro tipo de amostras que não de risco. Atendendo a que a adolescência é uma fase de desenvolvimento que envolve mudanças contextuais e sociais, a percepção de apoio social pode ser particularmente difícil para jovens expostos a adversidade (Pinto, Morgado, Reis, Monteiro & Levendosky, 2017).

Por fim, quanto à terceira hipótese, ou seja, a exposição a eventos traumáticos é preditora do consumo de substâncias e comportamento delinquente, tendo como variáveis mediadoras a perturbação de comportamento e o suporte social: A exposição a eventos traumáticos (sendo esta uma forma de adversidade) foi preditora do comportamento delinquente (incluindo a dimensão do consumo de substâncias) como era teoricamente esperado. Relativamente à perturbação de comportamento como mediadora desta relação, apenas foi verificado uma mediação parcial. O efeito parcial da mediação pode ser explicado atendendo a que a exposição a eventos traumáticos corresponde à exposição a pontuais acontecimentos traumáticos (como por exemplo um desastre natural, não envolvendo uma adversidade crónica) (Pinto, Morgado, Reis, Monteiro & Levendosky, 2017). Desta forma, a exposição a eventos traumáticos pontuais não tem a mesma probabilidade de evoluir para prática recorrente de comportamento delinquente. No que diz respeito à variável suporte social, esta não exerceu qualquer influência em relação à mediação entre VI e VD, revelando que, o suporte social parece não exercer influência na recuperação da exposição a um acontecimento traumático em crianças e jovens, à semelhança do que se sucede com a adversidade. Contudo, é importante clarificar que, caso os acontecimentos traumáticos envolvam relações de proximidade, a percepção deste apoio social fica distorcida, com sentimentos de ameaça, perigo e insegurança, quer acerca do sujeito, quer relativamente às relações com os outros, o que é compreensível em casos em que os sujeitos tenham sido abusados por familiares ou amigos próximos (Pinto *et al.*, 2017). Por outro lado e, segundo Pinto e colaboradores, pode ser a própria família e amigos próximos que não efetivam o suporte social necessário à vítima, evitando falar sobre o acontecimento, levando a que seja interpretado como se estes não se preocupassem, o que pode resultar em esquemas cognitivos de confiança distorcidos (Pinto *et al.*, 2017).

De uma forma geral, os resultados mostraram evidência empírica sobre a relação entre a adversidade na infância e a exposição a acontecimentos traumáticos com o consumo de substâncias psicoativas e comportamento delinquente. A perturbação de comportamento revelou ser mediadora nesta relação, ao contrário do suporte social, que não exerceu influência em nenhum dos resultados encontrados.

## **Limitações**

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas para a interpretação e determinação dos resultados. Em primeiro, os resultados obtidos não podem ser generalizados à população em geral, uma vez que se tratou de uma amostra específica, nomeadamente crianças e jovens e, não são representativos da generalidade desta população.

Por outro lado, não deve ser estabelecida uma relação linear de causa-efeito entre a variável independente e a variável dependente, uma vez que, inúmeras variáveis ou acontecimentos não controlados poderão ter exercido um efeito na variável dependente, atendendo a que não foi realizada uma avaliação longitudinal. Neste sentido, sugere-se que investigações futuras, optem por um *design* longitudinal, que permita compreender a trajetória de vida de crianças e jovens vítimas de adversidade e trauma, analisando se desenvolvem perturbação de comportamento e de que forma esta pode ou não evoluir para comportamento delinquente.

### Referências Bibliográficas

- Abreu-Lima, I. M., Alarcão, M., Almeida, A. T., Brandão, M. T., Cruz, O., Gaspar, M. F., & Santos, M. R. (2010). *Avaliação de Intervenções de Educação Parental: relatório*. Retirado de [https://www.mutualismo.pt/portal/images/website/destaques/2015/Avalia%C3%A7%C3%A3oInterven%C3%A7%C3%B5esEduca%C3%A7%C3%A3oParental\\_Relat%C3%B3rioFinal.pdf](https://www.mutualismo.pt/portal/images/website/destaques/2015/Avalia%C3%A7%C3%A3oInterven%C3%A7%C3%B5esEduca%C3%A7%C3%A3oParental_Relat%C3%B3rioFinal.pdf)
- Afifi, T. O., Mota, N. P., Dasiewicz, P., MacMillan, H. L. & Sareen, J. (2012). Physical Punishment and Mental Disorders: Results From a Nationally Representative US Sample. *Pediatrics*, 130-184. doi: 10.1542/peds.2011-2947
- Aguilar, B., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12(2), 109-132. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400002017>
- Albuquerque, R. N. (2013). Transtorno de conduta...A difícil convivência no ambiente familiar e social. *Síndromes*, 3(1), 3-10. ISSN 1646-6977
- Alves, J. F. C. (2009). Experiências Adversas na Infância e Comportamentos de Risco para a Saúde em Mulheres Reclusas. (Tese de Mestrado, Universidade do Minho). Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/9888>
- Alves, J. & Maia, Â. (2010). Experiências adversas durante a infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 151-171. ISSN 1645-0086
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Aragão, E. I., Vieira, S. S., Alves, M. G., & Santos, A. F. (2009). Suporte Social e Estresse: Uma revisão da literatura. *Psicologia em Foco*, 2(1), 79-90. Retirado de [http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161\\_115245\\_ARTIGO8-Suportesocialeestresse-umarevisaodaliteratura.pdf](http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_115245_ARTIGO8-Suportesocialeestresse-umarevisaodaliteratura.pdf)

- Baker, A. J. L., & Frestinger, T. (2011). Emotional abuse and emotional neglect subscales of the CTQ: Associations with each other, other measures of psychological maltreatment, and demographic variables. *Children and Youth Services Review*, 33, 2297-2302. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2011.07.018>
- Bastos, A. C.M. (2015). *Maus-tratos na infância e a violência nas relações de intimidade na vida adulta* (Tese de Mestrado, Universidade Lusófona do Porto). Retirado de <http://hdl.handle.net/10437/6934>
- Benavente, R. (2000). *Perturbação de Comportamento na infância: Diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura*. Almada, Portugal.
- Benavente, R. (2002). Delinquência Juvenil: Da disfunção social à psicopatologia. *Análise Psicológica*, 4, 637-645. ISSN 0870-8231
- Benda, B. B. (2005). The robustness of self-control in relation to form of delinquency. *YOUTH & SOCIETY*, 36(4), 418-444. doi: 10.1177/0044118X04268071
- Bierderman, J., Petty, C. R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Faraone, S. V. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38, 1027-1036. doi: 10.1017/S0033291707002668
- Bordin, I. A.S., & Offord, D. (2000). Transtorno da conduta e comportamento antissocial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(II), 12-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600004>
- Caderno, R. M., & Arantes, A. R. V. (2017, junho). A importância do brincar no desenvolvimento da criança na educação infantil. *Anais – Seminário de Pesquisa, Pós-Graduação, Ensino e Extensão do Câmpus de Anápolis de CSEH (SEPE)*. ISSN 2447-9357
- Campbell, K. A., Telford, S. R., Cook, L. J., Waitzman, N. J., & Keenan, H. (2016). Medicaid Expenditures for Children Remaining at Home After a First Finding of Child Maltreatment. *Pediatrics*, 158(3). doi: 10.1542/peds.2016-0439

- Campos, E. P. (2004). Suporte Social e Família. In J. Melo Filho, & M. Burd, *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, A. F. N. (2011). Análise dos fatores que levam os jovens a delinquir. (Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto).
- Center on The Developing Child Harvard University. (2017). Three Principles to Improve Outcomes for Children and Families. Retirado de <https://developingchild.harvard.edu/resources/three-early-childhood-development-principles-improve-child-family-outcomes/>
- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of Physical Abuse and Neglect: Psychiatric, Substance Abuse, and Social Risk Factors from Prospective Community Data. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 191-203. doi: 10.1016/s0145-2134(95)00144-1
- Cupertino, A. P., Oliveira, B. H., Guedes, D. V., Coelho, E. R., Milano, R. S., Rubac, J. S., & Sarkis, S. H. (2006). Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 371-378. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000300005>
- Dandreaux, D. M., & Frick, P. J. (2009). Developmental Pathways to Conduct Problems: A Further Test o the Childhood and Adolescent-Onset Distinction. *Journal Abnorm Child Psychology*, 37, 375-385. doi: 10.1007/s10802-008-9261-5.
- Davoglio, T. R., Gauer, J. C., Jaeger, J., & Tolotti, M. D. (2012). Personalidade e psicopatia: implicações diagnósticas na infância e adolescência. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 453-460. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300014>.
- Deas, D. & Thomas, S. (2002). Comorbid Psychiatric Factors Contributing to Adolescent Alcohol and Other Drug Use. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 116-121. Retirado de <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/116-121.html>
- Decreto- Lei n.º 189/91 de 17 de Maio (1991). Regulamentação acerca da criação, competência e funcionamento das comissões de proteção dos menores. Acedida em

maio, 12, 2018 através de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/639490/details/maximized>

Duarte, J. F. S. (2015). Experiências Adversas na Infância e Violência nas Relações de Intimidade: o Papel Mediador da Regulação Emocional. (Tese de Mestrado, Universidade Lusófona do Porto). Retirado de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6929/Dissertac%CC%A7a%CC%83o.pdf?sequence=1>

Duggan, C. (2008). Why are programmes for offenders with personality disorder not informed by the relevant scientific findings? *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1503), 2599-2612. doi: 10.1098/rstb.2008.0025

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>

Faria, A. P. A. (2015). *Associação entre Exposição a Adversidades na Infância e Tabagismo na Vida Adulta*. (Master's Thesis, Universidade Federal do Espírito Santo). Retirado de <http://repositorio.ufes.br/handle/10/5563>

Félix, A. F. L. (2011). *Acontecimentos de vida negativos e as perturbações do comportamento alimentar*. (Master's Thesis, Universidade do Algarve). Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.1/2759>

Fernandes, E., & António, J. P. (2004). Perturbação de hiperactividade com défice de atenção. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 20(4), 451-454. Retirado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10057/9794>

Ferreira, P. M. (2000). Controlo e Identidade: A não conformidade durante a adolescência. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 33, 55-85. ISSN 0873-6529

Ferreira, M. C. T., & Maturano, E. M. (2002). Ambiente Familiar e os Problemas do Comportamento apresentados por Crianças com Baixo Desempenho Escolar.

*Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 35-44. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722002000100005>.

- Festinger, T., & Baker, A. (2010). Prevalence of recalled childhood emotional abuse among child welfare staff and related well-being factors. *Children and Youth Services Review*, 32, 520-526. doi:10.1016/j.childyouth.2009.11.004
- Foa, E. B., Asnaani, A., Zang, Y. Capaldi, S. Yeh, R. (2018). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for Trauma-Exposed Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 38-46. doi: 10.1080/15374416.2017.1350962
- Frederick, J., & Goddard, C. (2008). Living on an island: consequences of childhood abuse, attachment disruption and adversity in later life. *Child and Family Social Work*, 13, 300-310. doi: 10.1111/j.1365-2206.2008.00554.x
- Frick, P. J., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology* 21, 1111-1131. doi: 10.1017/S09545794099990071
- Garbin, C. A., Queiroz, A., Roviada, T. A., & Saliba, O. (2012). A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista*, 8(1), 107-118. doi: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p107>
- Gebara, C. F. P. (2009). Estudo das crenças dos agentes comunitários de saúde do município de Lima Duarte em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes. (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora). Retirado de <http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Carla-Ferreira-de-Paula-Gebara.pdf>
- Gomes, I. G. (2008). Maus-Tratos, Droga e Criminalidade: Uma Trilogia no Feminino. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/1952>
- Guimarães, R. A., Souza, M. M., Caetano, K. A. A., Teles, S. A., & Matos, M. A. (2017). Use of illicit drugs by adolescents and young adults of na urban settlement in Brazil.



Revista da Associação Médica Brasileira, 64(2), 114-118. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.64.02.114>

Henriques, B. M. (2014). Comportamento antissocial na infância e adolescência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 83-91. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851787010>

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.02.004

Júnior, D. C. (2015). The formation of citizens: the pediatrician's role. *Jornal de Pediatria*, 92(3), 523-529. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.12.002>

Júnior, G. L. S. (2017). *A influência da afetividade sobre a associação entre adversidades na infância e patologia da personalidade na vida adulta*. (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-29012018-131957/en.php>

Knutson, J. F., DeGarmo, D. S., & Reid, J. B. (2004). Social Disadvantage and Neglectful Parenting as Precursors to the Development of Antisocial and Aggressive Child Behavior: Testing a Theoretical Model. *Aggressive Behavior*, 30, 187-205. doi: <https://doi.org/10.1002/ab.20016>

Laranjeira, C. A. (2007). A análise psicossocial do jovem delinquente: uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 221-227. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122097002>

Lei nº 147/99 de 1 de Setembro (1999). Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. Diário da República n.º 204 - I Série. Acedido em maio, 12, 2018 em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/581619/details/maximized>

Lei n.º 166/99 de 14 de Setembro (1999). Lei Tutelar Educativa. Diário da República n.º 215 – Série I-A. Acedido em maio, 12, 2018 em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=542&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=542&tabela=leis)

- Lemos, I. T. (2010). Risco psicossocial e psicopatologia em adolescentes com percurso delinquente. *Análise Psicológica*, 1(28), 117-132. doi: <https://doi.org/10.14417/ap.258>
- Loh, S. F., Maniam, T., Tan, S. M. k., & Badi'ah, Y. (2010). Childhood Adversity and Adult Depressive Disorder: a Case-controlled Study in Malaysia. *East Asian Psychiatry*, 20, 87-91. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22351814>
- Loper, A. B., Mahmoodzadegan, N., & Warren, J. I. (2008). Childhood maltreatment and cluster B personality pathology in female serious offenders. *Sex Abuse*, 20(2), 139-160. doi: 10.1177/1079063208317463
- Lu, W., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., & Jankowski, M. K. (2008). Correlates of Adverse Childhood Experiences Among Adults With Several Mood Disorders. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 59(9), 1018-1026. doi: 10.1176/appi.ps.59.9.1018
- Lühring, G., Gauer, G., Vasconcellos, S. Davoglio, T., Silva, L. & Navarrette, S. S. (2014) Correlação entre traços de psicopatia e abuso de drogas em uma amostra de adolescentes brasileiros em conflito com a lei. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2(1), 29-39. ISSN: 2317-8582
- Maia, Â. C., & Seabra, A. (2007). Experiências adversas, comportamentos de risco, queixas de saúde e preocupações modernas de saúde em universitários: uma comparação entre diferentes licenciaturas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 167-180. ISSN 1645-0086
- Marinho, T. F. R. (2010). *Ilicitude e delinquência na adolescência: estudo exploratório*. (Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.12/3957>
- Marques, A. C. R., & Cruz, M. S. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 32-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600009>
- Melo, A. S., & Alarcão, M. (2011). Avaliações em situações de risco e perigo para as crianças: Um roteiro organizador. *Análise Psicológica*, 29(3), 451-466. doi: 10.14417/ap.85

- Morana, H. C., Stone, M. H., & Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 74-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000600005>
- Moura, A. P. R. (2015). *Evaluation and Monitoring of Effectiveness of Treatments for Psychoactive Substance Use*. (Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto).
- Nardi, F. L., Filho, N. H., & Dell’Aglío, D. D. (2016). Preditores do Comportamento Antissocial em Adolescentes. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 32(1), 63-70. doi: <http://dx.doi.org/10.15900102-37722016011651063070>
- Oliveira, P. A., Scivoletto, S., & Cunha, P. J. (2010). Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (6), 271-279. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000600004>
- Palos, P. A., Ocampo, D. B., Carmona, N., D., M., & Rizzo, A. A. (2017). Fortalezas externas desde el modelo de desarrollo positivo de los jóvenes y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes mexicanos y colombianos. *Avances en Psicología Latinoamericana (Bogotá (Colombia))*, 35(3), 515-529. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4095>
- Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 592-599. Retirado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10677>
- .
- Pedras, S. & Pereira, M.G. (2013). Experiências Adversas, Trauma, TEPT e Comportamentos de Risco na População e em Veteranos de Guerra. *Temas em Psicologia*, 21(1), 139-150. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-10>
- Pereira, F. G., & Viana, M. C. (2015). A exposição a experiências adversas na infância é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças e agravos à saúde na vida

- adulta?. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 17(1). doi: <https://doi.org/10.21722/rbps.v17i1.20739>
- Perista, H., Cardoso, A., Silva, M., & Carrilho, P. (2012). *Delinquência e violência juvenil em Portugal: Traçando um retrato a diferentes vozes*. Lisboa: CESIS
- Pinto, R. J., Morgado, D., Reis, S., Monteiro, R., & Levendosky, A. (2017). When social support is not enough: Trauma and PTSD symptoms in a risk-sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 72, 110-119. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.07.017
- Pinto, V. C., Alves, F. C. J., Maia, Â. (2015). Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. *Estudos de Psicologia*, 32(4), 617-625. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395352313005>
- Pinto, R., & Maia, Â. (2009). Dos maus-tratos na infância aos comportamentos de risco na idade adulta: um modelo conceptual. *I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde*, 1035-1046. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/11202>
- Pires, A. L., & Miyazaki, M. C. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(1), 42-49. Retirado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2733.pdf>
- Ribeiro, K. C. S., Pereira, L. B., Wiese, I. R. B., Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2017). Consumo de álcool e tabaco e associações com outras vulnerabilidades em jovens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 348-359. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180206>
- Rijo, D. (2001, setembro, 13). “Combata-se a Delinquência, não os delinquentes”. *Público*. Retirado de [http://static.publico.pt/dossiers/cidadania/html/delinquencia\\_solu1.htm](http://static.publico.pt/dossiers/cidadania/html/delinquencia_solu1.htm)
- Rosa, B., Droppa, C. S., & Conceição, T. B. (2010). *Prevalência de Violência Física e Psicológica contra a Criança perpetrada por seu cuidador em uma população usuária de um CS em Florianópolis-SC*. (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina). Retirado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/120490>

- Rosando, A. R. A. (2013). Perturbações do Comportamento na Infância e Adolescência: Uma Revisão da Literatura. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(1), 117-127. Retirado de <http://hdl.handle.net/11067/964>
- Rosário, A. M. M. (2011). *Avaliação de instrumentos que investigam o abuso de álcool e outras drogas em adolescentes: revisão de literatura* (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- Santos, M. M. (2017). *Associação entre o consumo de drogas e aspectos sociais e de saúde em adolescentes escolares*. (Tese de Mestrado, Universidade Federal da Bahia). Retirado de <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/23697>
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216. Retirado de [www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07](http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07)
- Schmitt, R., Pinto, T. P., Gomes, K. M., Quevedo, J., & Stein, A. (2006). Personalidade Psicopática em uma amostra de adolescentes infratores brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(6), 297-303. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000600002>
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 45-53. Retirado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1647-21602014000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1647-21602014000200007&lng=pt&nrm=iso)
- SICAD. (2018). Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Retirado de <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=19>
- Silva, F. M., & Mota, C. P. (2018). Vinculação aos pais, adversidade na infância e desenvolvimento de psicopatologia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(1), 175-192. ISSN 1809-5267

- Sousa, L. C. (2010). *Perturbação da Personalidade Anti-social e Imputabilidade*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53518/2/Perturbao%20da%20Personalidade%20Antisocial%20e%20Imputabilidade.pdf>
- Souza, G. L., & Kantorski, L. P. (2003). Maus Tratos na Infância . *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 5, 213-222. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v5i3.8084>
- Sutin, A. R., & Gillath, O. (2009). Autobiographical Memory Phenomenology and Content Mediate Attachment Style and Psychological Distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 351-364. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919846/>
- Taylor, S. E. (2011). *Social Support: A Review*. The Oxford Handbook of Health Psychology: Howard S. Friedman.
- Teixeira, A. M., & Alarcão, M. (2011). Avaliações em situações de risco e perigo para as crianças: Um roteiro organizador. *Análise Psicológica*, 3(XXIX), 451-466. doi: 10.14417/ap.85
- Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodvin, R. (2006). Social Support and Developmental Psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. III. Risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley.
- Torres, A., Pegado, E., Sarmiento, M., Hilário, A. P., Freitas, A., Sousa, I., & Cruz, R. (2008). Estudo de Diagnóstico e Avaliação das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. *Centro de Investigação e Estudos de Sociologia*, 1-26. Retirado de <http://www.analiatorres.com/pdf/SINOPSEfinalcriancasconclrecomendacoes.pdf>
- Trindade, J. (2011). *Manual da psicologia jurídica*. Porto Alegre: Livraria do advogado.
- Vilela, L., Macho, P., & Almeida, G. (2011). Consumo de álcool em adolescentes e psicopatologia associada. *Revista Toxicodependências*, 17(1), 43-52. Retirado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-48902011000100005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-48902011000100005)

Wegman, H. L., & Stetler, C. (2009). Analytic Review of the Effects os Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 805-812. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bb2b46

World Health Organization. (2014). Global Status Report on Violence Prevention. Retirado de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)

## **Anexos**

### **Anexo A. Termo de Consentimento Informado**



## Projeto de Investigação

### Termo de Consentimento Informado

A Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona do Porto está a desenvolver um projeto de investigação em parceria com o Departamento de Psicologia da Universidade de Michigan, no qual envolve a recolha de dados através de um conjunto de questionários sobre experiências de vida em jovens Portugueses.

Serve o presente documento para solicitar autorização ao representante legal do jovem para este participar no referido projeto de investigação. A participação no estudo é voluntária e não envolve qualquer risco ou despesa, podendo o participante desistir a qualquer momento. A informação recolhida é estritamente confidencial e anónima, sendo a mesma utilizada apenas para fins científicos, de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de Outubro e Deliberação Nº 227/2007. A fim de garantir o anonimato, os dados identificativos do titular serão codificados. Pela mesma razão, este consentimento não será anexado aos questionários preenchidos pelo participante.

Se desejar obter mais algum esclarecimento sobre o projeto, pode contactar a equipa de investigação para o email: *projeto.investigacao@ulp.pt*.

### Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_ na qualidade de  
representante legal do jovem \_\_\_\_\_  
autorizo a sua participação no estudo de investigação acima mencionado.

Local e data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



### Projeto de Investigação

#### Termo de Consentimento Informado

A Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona do Porto está a desenvolver um projeto de investigação em parceria com o Departamento de Psicologia da Universidade de Michigan, no qual envolve o preenchimento de um conjunto de questionários sobre experiências de vida em jovens Portugueses.

A participação no estudo é voluntária e não envolve qualquer risco ou despesa, podendo o participante desistir a qualquer momento. A informação recolhida é estritamente confidencial e anónima, sendo a mesma utilizada apenas para fins científicos, de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de Outubro e Deliberação Nº 227/2007. A fim de garantir o anonimato, os dados identificativos serão codificados, sendo apenas lhe pedido que assine este consentimento, mas não será anexado aos questionários.

Se desejar obter mais algum esclarecimento sobre o projeto, pode contactar a equipa de investigação para o email: [projeto.investigacao@ulp.pt](mailto:projeto.investigacao@ulp.pt).

#### Consentimento

Declaro que fui informado sobre os meus direitos na qualidade de titular dos dados, bem como dos objetivos e a importância desta investigação, dando de forma livre e consciente o meu consentimento para a recolha e tratamento dos dados de forma confidencial e anónima, para efeitos de investigação científica.

Local e data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Se tiver interesse em receber informação sobre os resultados do estudo, deixe um email/telefone de contacto: \_\_\_\_\_

## **Anexo B. Protocolo de Investigação**

### Questionário Sociodemográfico

Idade: \_\_\_\_\_

Assinala com ☒ a opção mais adequada

Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

Estado civil:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ União de facto

☐ Divorciado ou separado

Grau de escolaridade (se estudas coloca o ano em que te encontras):  
\_\_\_\_\_

Rendimento mensal do agregado familiar:

☐ Menos de 250 euros

☐ Entre 250 e 500 euros

☐ Mais de 500 até 750 euros

☐ Mais de 750 até 1000 euros

☐ Mais de 1000 até 1500 euros

☐ Mais de 1500 até 2000

☐ Mais de 2000

Onde vives atualmente?

☐ Em casa com ambos os pais

☐ Em casa só com a mãe

☐ Em casa só com o pai

☐ Numa instituição

☐ Outra situação \_\_\_\_\_

Número de elementos do agregado familiar:

\_\_\_\_\_ (não se aplica )

Situação Ocupacional:

☐ Estudante

☐ Trabalhador estudante

☐ Outra profissão

Qual? \_\_\_\_\_

☐ Desempregado

Grau de escolaridade do pai:

☐ 4ª Classe ou menos

☐ Ensino Básico (até ao 9º ano)

☐ Ensino Secundário ou Profissional

☐ Ensino Superior

Grau de escolaridade da mãe:

☐ 4ª Classe ou menos

☐ Ensino Básico (até ao 9º ano)

☐ Ensino Secundário ou Profissional

☐ Ensino Superior

A preencher pelo/a investigador/a

Setting: CS \_\_\_\_\_; IA \_\_\_\_\_; CE \_\_\_\_\_ - Pb / Pv / Pr

Código: \_\_\_\_\_

## LEC-5

(Woolfson et al., 2013; Versão adaptada para jovens)

Na lista abaixo encontra um conjunto de situações difíceis ou stressantes que às vezes acontecem. Para cada um dos acontecimentos assinala uma ou mais das opções à direita, indicando se a situação: a) te aconteceu pessoalmente, b) viste acontecer a outra pessoa, c) soubeste que aconteceu a um familiar ou amigo próximo, d) não tens a certeza se te aconteceu e e) não se aplica a ti.

Ao responder considera toda a tua vida, desde a infância.

Acontecimento	Aconteceu-me	Viste acontecer	Soubeste que aconteceu	Não tenho a certeza	Não se aplica
1. Desastre natural (ex: inundação, furacão, tornado, terremoto)					
2. Incêndio ou explosão					
3. Acidente num transporte (ex: acidente de viação, barco, comboio, avião)					
4. Acidente grave na escola, em casa ou durante uma atividade recreativa					
5. Agressão física (ex: ser atacado, atingido, esbofetinado, pontapeado, espancado)					
6. Agressão com arma (ex: ser baleado, apunhalado, ameaçado com uma faca, arma, bomba)					
7. Agressão sexual (ex: violação, tentativa de violação, ser obrigado a praticar qualquer tipo de ato sexual forçado ou sob ameaça)					
8. Outra experiência de contacto sexual desconfortável ou indesejada					
9. Doença, ferimento ou lesão com risco de vida					
10. Sofrimento humano intenso					
11. Morte violenta repentina (ex: homicídio, suicídio)					
12. Morte acidental inesperada					
13. Causar dor, lesão, ferimento grave ou morte a outra pessoa					
14. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante					

POR FAVOR PREENCHE A PARTE 2 NA PÁGINA SEGUINTE

APSD - SR			
<p>Lê cada uma das questões seguintes e decide se te descreve.</p> <p>Responde assinalando a opção correcta para cada questão.</p> <p>Responde da forma como eras antes de entrares nos Centros Educativos.</p>			
	Muitas vezes verdade Por vezes verdadeira	Falso	
1. Culpas os outros pelos teus erros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Envolves-te em actividades ilegais (contra a lei)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Preocupas-te com o teu descompenho na escola ou no trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fazes as coisas sem pensar nas conseqüências?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pareces ser falso às outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. És bom a mentir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. És bom a manter as promessas que fazes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ganhas-te muito das coisas que fazes ou tens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ficas facilmente aborrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Enganas ou usas as pessoas para tores o que queres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gozas ou divertes-te à custa das outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sentes-te mal ou culpado quando fazes alguma coisa de errado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fazes coisas arriscadas ou perigosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fazes-te de simpático para conseguires as coisas que queres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ficas zangado quando te corrigem ou castigam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pensas que és melhor ou mais importante que os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Deixas as coisas que tens a fazer sempre para o último minuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Preocupas-te com os sentimentos dos outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mostras os teus sentimentos às outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tens mantido a amizade com os mesmos amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTAMOS INTERESSADOS EM SABER COMO SE SENTE FACE A ESTAS AFIRMAÇÕES.

POR FAVOR INDIQUE O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA COM CADA UMA. (assinale uma cruz em cada linha)

	① Discordo fortemente	② Discordo moderadamente	③ Discordo levemente	④ Concordo levemente	⑤ Concordo moderadamente	⑥ Concordo fortemente
1. Há uma pessoa especial que está presente quando eu preciso.	①	②	③	④	⑤	⑥
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	①	②	③	④	⑤	⑥
3. A minha família tenta verdadeiramente ajudar-me.	①	②	③	④	⑤	⑥
4. A minha família dá-me a ajuda e o apoio emocional de que preciso.	①	②	③	④	⑤	⑥
5. Tenho alguém especial que é uma autêntica fonte de consolo para mim.	①	②	③	④	⑤	⑥
6. Os meus amigos tentam verdadeiramente ajudar-me.	①	②	③	④	⑤	⑥
7. Posso contar com os meus amigos quando as coisas dão para o torto.	①	②	③	④	⑤	⑥
8. Posso falar sobre os meus problemas com a minha família.	①	②	③	④	⑤	⑥
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	①	②	③	④	⑤	⑥
10. Há uma pessoa especial que se preocupa com os meus sentimentos.	①	②	③	④	⑤	⑥
11. A minha família está disposta a ajudar-me a tomar decisões.	①	②	③	④	⑤	⑥
12. Posso falar acerca dos meus problemas com os meus amigos.	①	②	③	④	⑤	⑥

**Questionário de História na Infância**  
(Felitti & Anda, 1998; versão portuguesa Silva & Maia, 2007)

As questões/afirmações que se seguem referem-se a experiências da infância (até 18 anos). Responde a todas as questões com a maior sinceridade.

	Sim	Não			
1. Havia alguém em tua casa deprimido ou com alguma doença mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Alguém em tua casa tentou suicidar-se ou suicidou-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Alguém em tua casa esteve na prisão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Os teus pais eram divorciados ou separados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Havia alguém em casa que usasse drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Viveste com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se sim, essa(s) pessoa(s) era(m): Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Irmãs <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Quem? _____					
<i>Com que frequência é que viste entre os teus pais (ou pessoas equivalentes) alguma destas coisas:</i>					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
7. Puxar, agarrar ou aliciar-lhe alguma coisa?					
o teu pai (ou padrasto) ou o namorado da tua mãe fez à tua mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a tua mãe (ou madrasta) ou a namorada do teu pai fez ao teu pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pontapear, morder, bater com a mão, ou bater com alguma coisa forte?					
o teu pai (ou padrasto) ou o namorado da tua mãe fez à tua mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a tua mãe (ou madrasta) ou a namorada do teu pai fez ao teu pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bater-lhe repetidamente durante alguns minutos?					
o teu pai (ou padrasto) ou o namorado da tua mãe fez à tua mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a tua mãe (ou madrasta) ou a namorada do teu pai fez ao teu pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ameaçar com uma faca ou arma branca, ou usar uma faca ou arma branca para magoar?					
o teu pai (ou padrasto) ou o namorado da tua mãe fez à tua mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a tua mãe (ou madrasta) ou a namorada do teu pai fez ao teu pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
11. Não tinha o suficiente para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas da tua família chamavam-te coisas como "feio" ou "preguiçoso".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Havia alguém na família que me ajudava a sentir especial ou importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Havia quem lavasse a roupa suja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Senti-me amada (o).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Pensei que os meus pais desejaram que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti que alguém da família me odiava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. As pessoas da família disseram coisas que me magoaram ou insultaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. As pessoas da família sentiam-se próximas umas das outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Acredito que fui emocionalmente abusado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Havia alguém que me levasse ao médico caso necessitasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. A família foi fonte de força e suporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tive de usar roupas sujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Alguém...</i>					
27. Te insultou ou te disse palavrões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ameaçou bater-te ou atirar-te com alguma coisa mas não o fez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Puxou-te, agarrou-te ou atirou-te alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Bateu-te com tanta força que deixou marcas ou feriu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Agiu de uma forma que te deixou com medo que te magoasse fisicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Com que frequência te bateram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não forte	Pouco forte	Médio	Um pouco forte	Muito forte
33. Com que severidade /força te bateram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Se alguma vez te bateram, que idade tinhas a última vez que te lembras de ter sido espancado/batido violentamente? \_\_\_\_\_

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

	Sim	Não
35. Tocou ou acariciou o teu corpo de uma forma sexualizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Tocaste o corpo delas (dessas pessoas) de forma sexualizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito Obrigado

## ASPS

Os jovens fazem muitas coisas diferentes e podem quebrar algumas regras de vez em quando.  
 Lê atentamente as questões e responde assinalando a opção correcta para cada uma delas.  
 Nos últimos 12 meses...

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Compraste bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bebeste bebidas alcoólicas em locais públicos (exemplo: em discotecas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fumaste haxixe ("ganza") ou marijuana ("erva")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Usaste drogas duras (exemplo: ecstasy, cocaína ou heroína)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vendeste drogas a outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Usaste a força para conseguir coisas de outras pessoas (exemplo: dinheiro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Andaste armado ou usaste algum tipo de arma (exemplo: faca, pistola)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estragaste de propósito material da escola (exemplo: cadeira, porta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Estragaste de propósito coisas públicas (exemplo: jardim, calçada do lixeiro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estragaste de propósito coisas de outras pessoas (exemplo: carro, partir vidros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Atraste de propósito um fogo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anexo C. Pedido de Autotização para Agrupamentos Escolares e Escolas**  
**Profissionais**

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a) do Agrupamento de Escolas de \_\_\_\_\_

Exmo(a). Senhor(a) Dr(a). \_\_\_\_\_

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Justiça – Vítimas de Crime da Universidade Lusófona do Porto, Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto, a aluna Joana Teles encontra-se a desenvolver, sob minha orientação e co-orientação do Professor Dr.º Ricardo Pinto, um estudo subordinado ao tema “Adversidade na Infância, Consumo de Substâncias Psicoactivas e Comportamento Delinquente: O Papel Mediador da Perturbação de Comportamento e do Suporte Social”.

A concretização deste estudo implica a recolha de dados relativos a crianças e jovens de ambos os sexos, entre os 12 e os 17 anos e, será realizada através da aplicação de um protocolo de questionários, de autorresposta, necessitando de contacto direto com as crianças/jovens.

Para a recolha desses dados serão utilizados questionários, previamente selecionados e aferidos para a população portuguesa, que avaliam a experenciação de situações de risco/perigo e eventuais consequências destas nas suas trajetórias de vida, tais como saúde mental (Perturbação de Comportamento), consumos de substâncias psicoactivas, comportamentos delinquentes, história familiar, história de vitimação na infância e suporte social.

Nesse sentido, e para que este estudo possa ser concretizado, venho, por este meio, solicitar junto de V. Exa. autorização para que a aluna Joana Teles possa proceder à recolha de dados.

A recolha e tratamento destes dados serão, obviamente, realizados de acordo com todas as regras éticas e deontológicas inerentes a uma investigação científica, designadamente o consentimento do representante legal, consentimento informado da criança/jovem, anonimato e tratamento integrado/coletivo dos dados recolhidos e a garantia de sigilo em relação aos dados/processos consultados.

Caso seja necessário algum procedimento complementar a este pedido, solicito que me seja dada essa informação, para encetar todas as diligências necessárias.

Agradecendo a atenção dispensada, e na expectativa de uma resposta positiva, despeço-me com os meus melhores cumprimentos.

Porto, 28 de Fevereiro de 2018

Professora Auxiliar da ULP e orientadora do Mestrado de Joana Teles

Andreia de Moura, Ph.D.