

O Consumo de Substâncias Psicoativas em Adultos Emergentes e a Relação com os Maus-tratos Infantis, Vinculação e Impulsividade

Bruno Guerra de Carvalho Queiroz da
Costa

M

2020



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ADULTOS EMERGENTES
E A RELAÇÃO COM OS MAUS-TRATOS INFANTIS, VINCULAÇÃO E
IMPULSIVIDADE**

Bruno Guerra de Carvalho Queiroz da Costa

Junho de 2020

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor *Jorge
Nuno Negreiros* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Fátima, por ser a minha confidente, a pessoa que melhor compreende os meus obstáculos, que celebra comigo todas as pequenas vitórias e, acima de tudo, por nunca me ter falhado e sempre me ter feito acreditar que eu poderia derrubar todos os “impossíveis”.

À minha tia, Bernardete, pelas incontáveis viagens Viana-Porto-Viana, por ser sempre a primeira em busca de uma solução para cada problema, pela sua presença permanente e por nunca me ter deixado desistir.

Aos meus tios, Ana e Abílio, e à minha prima, Aninhas, por me terem aberto as portas de sua casa, alterado as suas rotinas, partilhado comigo os dias menos bons e me terem apoiado incondicionalmente na conquista deste objetivo.

Ao meu avô, Alfredo, por acreditar mais em mim do que eu próprio, por sempre me assegurar que eu teria uma boa nota em todos os exames, mesmo que eu lhe dissesse o contrário e, acima de tudo, pela sua constante preocupação com o meu bem-estar.

À minha avó, Alda, por desde sempre me ter incentivado no meu percurso académico, por sempre me ter enchido de amor e carinho e para quem esta minha caminhada tinha um sabor mais especial. A vida só lhe permitiu acompanhar metade desta minha viagem, mas, hoje, onde quer que se encontre, dirá, sorrindo: *o meu menino conseguiu*.

À Isabel, minha tia do coração, por ter estado sempre presente e disponível para mim. Pudessem todos ter a sorte de saber o que é ter uma tia Béu na vida.

Aos meus amigos que me acompanharam, incentivaram e em quem encontrei o sossego e a esperança nos dias de maior desalento.

Aos meus colegas, onde encontrei muitas vezes companheirismo, ajuda e sem os quais esta aventura não teria sido tão fácil, gratificante e enriquecedora. Tenho a sorte de poder dizer que levarei alguns deles para a vida.

Ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Luzia, por tão bem me ter acolhido durante esta última etapa do meu curso, onde pude ter o primeiro contacto com a realidade daquela que será a minha profissão.

À Dr.^a Ana Lúcia Pinto, pela sua simpatia e disponibilidade, pela inesgotável partilha de conhecimentos, por encontrar em cada momento um espaço de reflexão e discussão e pelas muitas oportunidades de aprendizagem que me possibilitou.

Por último, ao Professor Doutor Jorge Nuno Negreiros, pelo seu incansável apoio na construção e desenvolvimento desta investigação. Sem o seu conhecimento, experiência e proximidade não teria sido possível elaborar esta dissertação e concluir a última etapa deste meu percurso.

Dedicado à minha avó, Alda

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas é uma das áreas de investigação e intervenção que tem reunido maior interesse científico, sendo que os adultos emergentes (18-25 anos) são a população que apresenta maiores níveis de consumo (com maior prevalência nos indivíduos que frequentam o Ensino Superior). Após revisão da literatura, identificaram-se fatores pessoais (impulsividade e busca de sensações) e fatores familiares (maus-tratos infantis e vinculação) que aumentam o risco de substâncias psicoativas, tendo este estudo o objetivo de analisar as relações existentes entre estes fenómenos. Para responder às questões de investigação formuladas, desenvolveu-se um questionário online que reúne os seguintes instrumentos: BIS-11, BSSS-V, PBI, CTQ-SF e ASSIST. A amostra final é constituída por 613 adultos emergentes portugueses a frequentar o Ensino Superior.

Concluiu-se que vítimas de abuso físico apresentam níveis superiores de consumo de tabaco, canábis e cocaína, enquanto as vítimas de negligência (emocional e física) apenas registam consumos superiores de tabaco e canábis. Quanto ao risco de substâncias psicoativas, os participantes com nível de risco moderado de tabaco, álcool, canábis e cocaína pontuam mais alto em relação à impulsividade e à busca de sensações. Relativamente à vinculação com mãe e pai, os participantes com níveis de risco moderado de tabaco, canábis e cocaína apresentam níveis inferiores de cuidado e níveis superiores de hiperproteção; enquanto os participantes que se situam num nível de risco moderado de álcool apenas pontuam mais alto para as escalas de hiperproteção. Discutem-se as limitações deste estudo e apresentam-se linhas de orientação para investigações futuras.

Palavras-chave: substâncias psicoativas; tabaco; álcool; canábis; cocaína; maus-tratos infantis; vinculação; impulsividade; busca de sensações; adulez emergente; estudantes universitários

ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances is one of the areas of research and intervention that has been gathering a great scientific interest, and emergent adults (18-25 years old) are the population that shows higher levels of consumption (with a higher prevalence among individuals who attend Higher Education). After reviewing the literature, we identified personal factors (impulsiveness and sensation seeking) and family factors (child abuse and attachment) that increase the risk of psychoactive substances, and this study aims at analyzing the relationships between these phenomena. To obtain answers to our research questions, we developed an online questionnaire that gathers the following instruments: BIS-11, BSSS-V, PBI, CTQ-SF and ASSIST. The final sample consists of 613 Portuguese emerging adults attending Higher Education.

We concluded that victims of physical abuse show higher levels of consumption of tobacco, cannabis, and cocaine, while victims of (emotional and physical) neglect only show higher levels of consumption of tobacco and cannabis. As for the risk of psychoactive substances, participants with a moderate risk related to tobacco, alcohol, cannabis, and cocaine score higher about impulsiveness and sensation seeking. Regarding their attachment with their parents, participants with moderate levels of risk related to tobacco, cannabis, and cocaine show lower levels of care and higher levels of hyperprotection, while participants who are at a moderate risk regarding alcohol only score higher in hyperprotection scales. We discuss the limitations of this study and present guidelines for future research work.

Keywords: psychoactive substances; tobacco; alcohol; cannabis; cocaine; child abuse; attachment; impulsiveness; sensation seeking; emergent adulthood; university students

RÉSUMÉ

La consommation de substances psychoactives est l'un des domaines de recherche et d'intervention qui a suscité le plus d'intérêt scientifique, les adultes émergents (18-25 ans) font partie de la population qui présente des niveaux de consommation les plus élevés. Après une analyse de la littérature existante, il s'avère que les facteurs personnels (impulsivité et recherche de sensations) et les facteurs familiaux (maltraitance des enfants et attachement) augmentent le risque de consommation de substances psychoactives. Cette étude vise à analyser les relations entre ces phénomènes. Un questionnaire en ligne a été mis au point rassemblant les outils suivants: BIS-11, BSSS-V, PBI, CTQ-SF et ASSIST. L'échantillon final se compose de 613 adultes émergents portugais fréquentant l'enseignement supérieur.

Nous sommes arrivés à la conclusion que les victimes de maltraitance physique ont des niveaux de consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne plus élevés, tandis que les victimes de négligence consomment uniquement plus de tabac et de cannabis. En ce qui concerne le risque d'utilisation de substances psychoactives, les participants présentaient un risque modéré de consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et de cocaïne et obtenaient des scores plus élevés par rapport à l'impulsivité et à la recherche de sensations. Quant au attachement avec la mère et le père, les participants présentaient un risque modéré de consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne tout en révélant des niveaux de soins inférieurs et des niveaux d'hyperprotection plus élevés, alors que les participants présentant un risque modéré de consommation d'alcool obtenaient des scores plus élevés en matière d'hyperprotection.

Mots-Clés: substances psychoactives; tabac; alcool; cannabis; cocaïne; maltraitance des enfants; attachement; impulsivité; recherche de sensations; vie d'adulte émergente; étudiants universitaires

Índice

| | |
|---|----|
| Enquadramento teórico | 3 |
| 1. A adultez emergente | 3 |
| 1.1. A adultez emergente e o consumo de substâncias psicoativas | 5 |
| 1.2. O consumo de substâncias psicoativas em Portugal | 6 |
| 2. A parentalidade | 7 |
| 2.1. A importância da vinculação | 7 |
| 2.2. A vinculação e o consumo de substâncias psicoativas | 8 |
| 2.3. Os maus-tratos infantis | 9 |
| 2.4. Os maus-tratos infantis em Portugal | 11 |
| 2.5. Os maus-tratos infantis e o consumo de substâncias psicoativas | 12 |
| 3. A impulsividade e a busca de sensações | 13 |
| 3.1. A impulsividade como fator mediador dos maus-tratos infantis e do consumo de substâncias psicoativas | 14 |
| Método | 16 |
| 1. Hipóteses de investigação | 16 |
| 2. Caracterização da amostra | 16 |
| 3. Instrumentos | 17 |
| 3.1. Questionário sociodemográfico | 17 |
| 3.2. The Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11) | 17 |
| 3.3. Brief Sensation Seeking Scale V (BSSS-V) | 18 |
| 3.4. Parental Bonding Instrument (PBI) | 18 |
| 3.5. Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF) | 19 |
| 3.6. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) | 19 |
| 4. Procedimento | 21 |
| 5. Participantes | 21 |
| Resultados | 23 |
| 1. Padrões de consumo de substâncias psicoativas | 23 |
| 2. Os maus-tratos infantis | 25 |
| 3. A impulsividade | 28 |

| | |
|--|----|
| 4. A busca de sensações | 29 |
| 5. A vinculação | 31 |
| Discussão | 35 |
| Conclusão | 38 |
| 1. Observações principais | 38 |
| 2. Limitações do estudo e orientações para futuras investigações | 38 |
| Referências bibliográficas | 41 |
| Anexos | 48 |

Enquadramento teórico

1. A adultez emergente

Em Portugal, a partir dos 18 anos, todas as pessoas são legalmente adultas. Todavia, do ponto de vista biopsicossocial, os indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 25 anos de idade não são adolescentes nem adultos (Arnett, 2005). Apesar de nesta faixa etária já se observar um desenvolvimento físico típico da idade adulta, o mesmo não se verifica no comportamento, onde prevalece a imaturidade típica da adolescência. Esta divergência deve-se à existência de um conjunto de características e processos de desenvolvimento que só ocorrem neste intervalo de tempo e que são diferentes daqueles que se observam antes e depois desta faixa etária (Hochberg & Konner, 2019). Ademais, sabe-se que nesta época o cérebro ainda não está inteiramente desenvolvido, o que sustenta a hipótese da existência de um estágio intermediário (Spear, 2000).

Por conseguinte, foi proposto um novo estágio do desenvolvimento designado de adultez emergente, que efetua a transição entre o estágio da adolescência e o da idade adulta (Arnett, 2005). À semelhança dos restantes estádios, esta é uma fase do desenvolvimento humano que possui especificidade, nomeadamente nas tarefas a serem cumpridas para um desenvolvimento saudável, consistente e integrado no ciclo de vida de um indivíduo (Schwartz et al., 2016). De um modo geral, os adultos emergentes iniciam este estágio numa situação de dependência financeira para com os seus progenitores, encontrando-se a viver com a sua família de origem e a vivenciar as suas primeiras relações amorosas. Porém, quando estiverem perto de transitar para a idade adulta, grande parte deles já terá conquistado a sua independência, em termos financeiros e de habitação, bem como já terá estabelecido uma relação romântica duradoura e projetado um caminho profissional bem definido (Wood et al., 2018).

As diferenças culturais entre países assumem um impacto significativo no desenvolvimento individual, o que é visível nas idades médias em que os indivíduos de diferentes países começam a trabalhar, se tornam economicamente autónomos, passam a viver sozinhos, se casam, assumem papéis parentais, entre outros (Arnett, 2005; Swanson, 2016). Paralelamente, observa-se que os adultos emergentes ganham a sua autonomia cada vez mais tarde, sobretudo nos países desenvolvidos. A principal razão atribuída a esse fenómeno é o prolongamento do percurso académico, uma vez que tem aumentado a

quantidade de jovens a aceder ao Ensino Superior nestes países. Pelas razões anteriormente descritas, tem sido impossível um consenso internacional sobre a faixa etária em que este estágio do desenvolvimento se desenrola, podendo em alguns casos prolongar-se até aos 29 anos. Todavia, aponta-se que as principais transformações da adultez emergente ocorram, globalmente, até aos 25 anos de idade (Andrews & Westling, 2014; Arnett, 2014; Hochberg & Konner, 2019).

Entre 2005 e 2015, verificou-se um aumento significativo da investigação sobre esta fase do ciclo de vida, o que traduz o interesse crescente no conhecimento das características particulares do desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional dos adultos emergentes (Hochberg & Konner, 2019; Swanson, 2016). Por sua vez, Arnett (2005) identificou e descreveu cinco pilares do funcionamento psicológico do estágio da adultez emergente: a exploração da identidade, a instabilidade, a autocentração, o sentimento de não pertença, e, por fim, o sentimento de esperança.

Nesse sentido, a exploração da identidade, que se inicia na adolescência, adquire um significado diferente nesta época. Por um lado, os indivíduos começam a ponderar os seus parceiros e relações amorosas a longo prazo (e.g., traços e características que procuram numa relação duradoura), mas também é a altura em que a maioria contacta, pela primeira vez, com o mundo laboral e define o tipo de trabalho de que mais gosta e para o qual é mais competente. A instabilidade está associada às múltiplas e rápidas mudanças típicas deste período que são de carácter pessoal, familiar e social, como é o caso da mudança de habitação, integração no ensino superior e/ou contexto profissional, a busca de sensações e a maior disponibilidade para aceder a produtos e serviços que antes lhes eram menos acessíveis (e.g., substâncias psicoativas). A autocentração atinge nesta fase o seu nível máximo, apesar da sua presença na infância e na adolescência. À medida que os adultos emergentes perdem o controlo e a punição parental e se tornam mais independentes e autónomos nas tomadas de decisão, passam também a deter uma liberdade individual que antes inexistia. Tudo isto contribui para que, pela primeira vez, possam de forma autónoma e livre priorizar as suas vontades e desejos. Relativamente ao sentimento de não pertença, este existe pelo facto de os adultos emergentes percecionarem uma indefinição quanto ao grupo a que pertencem, uma vez que sentem que não se encontram nem na adolescência nem na idade adulta. Isto reflete também como o desenvolvimento da identidade pessoal se prolonga desde a adolescência até este novo estágio, apesar de ser muitas vezes descrito como uma tarefa exclusiva da adolescência. Por último, o sentimento de esperança está

subjacente à crença de este ser o período do ciclo de vida em que há um maior número de oportunidades e, simultaneamente, maior potencial de transformação das suas vidas.

Cada uma das características anteriormente explanadas é um fator de risco geral e comum à maioria dos adultos emergentes. Contudo, é fulcral sublinhar que existem indivíduos com fatores de risco adicionais (e.g., ter sido vítima de maus-tratos infantis, *bullying* e/ou *cyberbullying*, possuir elevados níveis de impulsividade, ter diagnóstico de perturbação de hiperatividade e déficit de atenção e abandonar o ensino secundário) que os tornam ainda mais vulneráveis à adoção de comportamentos de risco (Abajobir et al., 2018; Flory et al., 2006; Halpern et al., 2018; Kritsotakis et al., 2017; Maynard et al., 2014). Além disso, a forma como cada adulto emergente responde aos desafios depende dos recursos pessoais, familiares e sociais que foram por si adquiridos, ao longo da infância e adolescência (Wood et al., 2018).

De modo global, entre os comportamentos de risco mais suscetíveis de serem praticados por esta população, identificam-se a condução perigosa (muitas vezes, sob a influência de álcool), a prática de atividade sexual de risco (i.e., sexo sem proteção e/ou com variados parceiros desconhecidos), a adoção de comportamentos violentos e/ou criminosos e o consumo de substâncias psicoativas (Arnett, 2000; Paul & Hayes, 2002; Steinberg, 2008).

1.1. A adulez emergente e o consumo de substâncias psicoativas

Nos últimos anos, o consumo de substâncias psicoativas foi o tópico mais estudado pela comunidade científica, quanto a este estágio de desenvolvimento (Swanson, 2016). A nível internacional, regista-se o pico do consumo de substâncias durante a adulez emergente, sendo que as substâncias mais consumidas são o álcool, o tabaco e a canábis. Estes consumos não refletem necessariamente a presença de adição, considerando que o consumo pode ser para uso recreativo ou instrumental, como facilitar as interações sociais ou melhorar o humor. Ainda assim, qualquer um destes consumos constitui um comportamento de risco, uma vez que alguns indivíduos podem desenvolver dependência da(s) substância(s) em questão (Andrews & Westling, 2014; Skidmore et al., 2016).

De entre todos os indivíduos deste estágio do desenvolvimento, aqueles que prolongam o seu percurso académico e frequentam uma instituição de Ensino Superior apresentam níveis mais elevados de consumo de álcool e canábis, assim como níveis superiores de *binge drinking* (i.e., ingestão de cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião), contribuindo para isso a influência dos pares. Deste modo, os estudantes do Ensino Superior estão mais vulneráveis ao consumo de substâncias psicoativas (Andrews & Westling, 2014).

As consequências destes consumos são também preocupantes, uma vez que têm impacto em várias áreas da vida dos adultos emergentes, sendo mais significativas nos estudantes universitários: desempenho académico inferior (i.e., notas inferiores e mais faltas às aulas), problemas de saúde (e.g., ansiedade e depressão), maior tendência para ter problemas legais, para adotar outros comportamentos com perigos associados (e.g., comportamento sexual de risco) e para consumir e desenvolver dependência de substâncias psicoativas na idade adulta (Esmaeelzadeh et al., 2018; Skidmore et al., 2016).

1.2. O consumo de substâncias psicoativas em Portugal

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência publica anualmente um relatório que inclui os dados mais recentes de cada país europeu, quanto ao consumo de substâncias psicoativas. Em cada relatório, são diferenciados dois níveis de consumo: o da população adulta em geral (15 a 64 anos), ao longo do tempo de vida e o dos jovens adultos (15 a 34 anos), no decorrer dos 12 meses anteriores. Relativamente a Portugal, os dados mais recentes reportam-se aos anos de 2015 e 2016. Assim, estimam-se as seguintes prevalências de consumo para os jovens adultos: canábis (8.0%), cocaína (0.3%), MDMA (0.2%) e anfetaminas (0.0%). Ademais, na população portuguesa, estima-se que em cada 1000 casos de consumo de opiáceos existam 3.8 a 7.6 casos problemáticos, bem como por cada 1000 habitantes haverá 1.0 a 4.5 casos de consumo de droga injetável (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT], 2019b). Globalmente, a prevalência de consumo é maior no sexo masculino, sendo essa diferença mais evidente quanto à canábis (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2019).

Comparativamente aos dados nacionais anteriores, referentes ao ano de 2012, é possível observar um crescimento generalizado do consumo destas substâncias (3.2%). Mais detalhadamente, verificou-se nos jovens adultos: aumento do consumo de canábis (2.9%) e diminuição do consumo de MDMA (0.4%). Quanto à cocaína e anfetaminas, os níveis de consumo são sobreponíveis. Regista-se ainda um aumento de até 2.0 casos problemáticos por cada 1000 casos de consumo de opiáceos e um aumento de até 2.0 casos de consumo de droga injetável por cada 1000 habitantes (OEDT, 2017).

Para a União Europeia, foram estimadas as seguintes prevalências em jovens adultos: canábis (14.4%), cocaína (2.1%), MDMA (1.7%) e, por fim, anfetaminas (1.0%). Conclui-se, portanto, que Portugal apresenta indicadores menos significativos. Todavia, é necessário sublinhar que a comparação entre as prevalências apuradas se encontra limitada pelo facto de os dados relativos a cada país não se reportarem todos ao mesmo ano, mas sim entre os

anos de 2011 e 2017, bem como pela existência de diferenças metodológicas na recolha de dados (OEDT, 2019b). Paralelamente, apesar de não ser objetivo do presente trabalho estudar a legislação sobre o consumo de substâncias a vigorar em cada país, tem existido um longo debate sobre o impacto que esta pode assumir nos níveis médios de consumo (Laqueur, 2014; MacCoun, 1993), o que também limita as comparações das prevalências de consumo de diferentes países.

2. A parentalidade

2.1. A importância da vinculação

A Teoria da Vinculação defende que as experiências infantis de relacionamento com as figuras cuidadoras são um aspeto determinante no funcionamento do indivíduo, ao longo da sua vida (Fonagy, 1999). De acordo com Bretherton (2008), as experiências de amor, afeto, segurança e responsividade proporcionadas às crianças pelas suas figuras cuidadoras estão na base de esquemas cognitivos que orientam o modo como estas se percebem a si, aos outros e ao mundo. A partir dessas experiências, as crianças desenvolvem expectativas acerca da disponibilidade de cada figura para o desempenho dos papéis de base segura (i.e., fornecimento de suporte à exploração livre e segura do mundo externo) e de porto seguro (i.e., figura a quem pode recorrer para a obtenção do conforto, proteção e suporte necessários em situações de maior *stress*) (Levy et al., 2011).

Por sua vez, foram propostos vários estilos de vinculação que descrevem distintos padrões relacionais com a figura cuidadora, assim como padrões específicos de regulação emocional, estratégias de *coping*, competências e comportamentos interpessoais. Nesse sentido, são propostos quatro estilos para a infância: seguro, ansioso-evitante, ansioso-ambivalente e desorganizado-desorientado. Os últimos três estilos de vinculação podem ser agregados num estilo vincutivo único, o estilo de vinculação inseguro (Padykula & Conklin, 2009).

Segundo Ainsworth e Witting (1969, citado por Duschinsky, 2015), os indivíduos que desenvolvem um estilo de vinculação seguro utilizam a figura cuidadora como base segura para a exploração, manifestam comportamentos de protesto em situações de separação e procuram a proximidade quando se dá a reunião. Nestes casos, a figura cuidadora é extremamente responsiva e sensível aos comportamentos de vinculação da criança.

Por sua vez, o estilo de vinculação inseguro distingue-se pelo evitamento da criança em manifestar as suas emoções quanto à separação/reunião com a figura cuidadora ou pela

manifestação de frustração e dificuldade da criança em ser confortada, quando ocorre a reunião. Estes padrões comportamentais serão adaptativos para estas crianças, na medida em que mantêm a atenção de uma figura cuidadora que experienciam como não responsiva ou porque aprenderam, em experiências prévias de *stress*, que a expressão dos seus sentimentos e emoções é causadora de rejeição pela figura de vinculação. Este grupo tem como figura cuidadora alguém insensível e não responsivo aos comportamentos do sistema de vinculação da criança.

2.2. A vinculação e o consumo de substâncias psicoativas

Quando um indivíduo não desenvolve um estilo de vinculação seguro, existe uma lacuna na aquisição de estratégias de *coping* eficazes que permitam ao indivíduo ser autossuficiente face a situações adversas (e.g., acontecimentos causadores de *stress* ou medo). Desse modo, o consumo de substâncias psicoativas é uma das estratégias encontradas por estes indivíduos para compensarem essa falha. Uma meta-análise que incluiu trinta e sete estudos da área (com amostras clínicas e não-clínicas constituídas por adolescentes, adultos emergentes e adultos) reportou a existência de uma correlação entre o tipo de vinculação (segura vs. insegura) e os níveis de consumo de substâncias psicoativas: indivíduos que apresentam vinculação insegura possuem níveis mais elevados de consumo. Porém, não se observaram correlações significativas entre cada um dos estilos de vinculação e o consumo de substâncias específicas. Ainda assim, enquanto a heroína parece estar associada a uma vinculação extremamente insegura, o álcool será transversal aos vários estilos de vinculação inseguros, podendo ter diferentes funções para cada um deles. O facto de os dados existentes serem fragmentados e haver substâncias que ainda não foram devidamente estudadas (e.g., cocaína) impossibilita análises mais aprofundadas (Schindler, 2019).

Uma outra análise sistemática reviu vinte e oito investigações longitudinais que estudaram a associação entre a qualidade da relação de pais e filhos e o consumo de álcool. Uma vez que foram obtidos resultados contraditórios nos vários estudos, não se verificou a existência de uma relação clara e inequívoca entre os fenómenos (Visser et al., 2012). Todavia, os autores concluíram que a qualidade da relação entre pais e filhos tem uma magnitude de efeito superior enquanto fator protetor, do que como fator de risco. Também este estudo refere múltiplas diferenças metodológicas entre as várias investigações, o que limita a validade da análise efetuada.

Há evidência de que adultos com Perturbações do Consumo de Substâncias (PCS) apresentam um estilo de vinculação mais inseguro, se comparados com uma amostra não-

clínica (Gidhagen et al., 2018). No final do tratamento, os indivíduos com níveis superiores de evitamento não reduziram o consumo deste tipo de substâncias ou apresentaram uma redução menos significativa face aos restantes. Não foi possível correlacionar estilos de vinculação específicos, em adolescentes e adultos, com o consumo de diferentes substâncias psicoativas (Gidhagen et al., 2018; Schindler & Broning, 2015).

Por fim, o estilo de vinculação em criança prediz o consumo de substâncias psicoativas no futuro; porém, o consumo precoce de substâncias psicoativas não prediz o estilo de vinculação na idade adulta. Nesse sentido, os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro apresentam maiores níveis de consumo de substâncias psicoativas, comparativamente com aqueles que apresentam um estilo seguro (Fairbairn et al., 2018). Assim, continua a justificar-se o estudo da associação entre os dois fenómenos, para se clarificar a sua relação.

2.3. Os maus-tratos infantis

A conceptualização de maus-tratos está estreitamente ligada às características geográficas e culturais de cada comunidade, razão pela qual existem diversas propostas para a sua definição. Apesar de haver um consenso alargado sobre a existência de distintas formas de maus-tratos infantis, há vários contributos sobre a melhor forma de agrupar e classificar as suas diferentes naturezas. Esta dificuldade surge por, em certa medida, algumas tipologias apresentarem limites pouco claros. Na totalidade, podem identificar-se as seguintes formas: violência física e psicológica, abuso sexual, negligência física e emocional (Bernstein et al., 1997; World Health Organization [WHO], 1999).

Concernente à violência física, englobam-se os comportamentos de natureza física dirigidos à criança que induzam algum tipo de lesão à mesma ou que a coloquem em risco de tal. Nesta categoria, incluem-se também os incidentes que possam advir da intencional ausência de ação por parte de um adulto que, pela sua posição, possui responsabilidade e competência para proteger a criança ou jovem (Bernstein et al., 1997; WHO, 1999).

A violência psicológica refere-se aos comportamentos e atitudes de natureza não-física praticados por adultos que põem em risco a criação e manutenção de um meio seguro e de suporte para o desenvolvimento da criança ou jovem. Estas ações humilham e ameaçam o valor pessoal da vítima, identificando-se: denegrir, assustar, ameaçar, ridicularizar, tratar de forma hostil, entre outros. Todos estes exemplos resultam na ausência de uma figura cuidadora com quem a vítima possa criar uma vinculação segura, o que é fundamental para

o desenvolvimento de competências emocionais e sociais necessárias para o seu bem-estar ao longo da vida.

Por sua vez, o abuso sexual inclui qualquer tipo de contacto sexual estabelecido com a criança ou jovem, por um adulto ou por outro jovem que se encontre num estágio de desenvolvimento superior e a quem é atribuída uma posição de responsabilidade ou competência. Nesta tipologia, acrescentam-se ainda outras atividades que visam a obtenção de prazer ou gratificação por terceiros (e.g., exploração de crianças para pornografia).

Já a negligência pode ser separada em duas categorias: a de carácter emocional e a de índole física. Enquanto a primeira é composta por acontecimentos em que a figura cuidadora não atende de forma satisfatória as necessidades afetivas e fisiológicas basilares da criança, comprometendo o amor, sentido de pertença e suporte de que esta carece; a última traduz-se em acontecimentos em que o/a cuidador(a) não é responsivo/a quanto às necessidades físicas da criança, nomeadamente face às carências de alimentação e supervisão da sua segurança e integridade física.

É fulcral sublinhar que testemunhar violência doméstica é também um modo de maltrato, sendo proposta a sua inclusão na negligência emocional (Hamburger, 2008). Existe a possibilidade de a mesma criança poder ser, simultaneamente, vítima de múltiplas tipologias de violência. Por exemplo, é frequente que a violência psicológica se verifique quer isoladamente, assim como acompanhada de abuso sexual e/ou violência física. Contudo, é incomum a observação de abusos sexuais ou de violência física sem a presença de outro tipo de maus-tratos (Liu, 2019).

A análise de variados estudos realizados em países europeus permitiu concluir as seguintes prevalências de maus-tratos infantis: violência psicológica (29.1%), violência física (22.9%), negligência emocional (18.4%), negligência física (16.3%) e abuso sexual (13.4% - sexo feminino, 5.7% - sexo masculino). No relatório, é salientada a existência de poucos estudos que avaliam a negligência e a necessidade de serem desenvolvidas investigações europeias padronizadas, para se assegurar a validade dos dados (WHO, 2013).

A literatura tem repetidamente descrito o fenómeno de “negligência da negligência” em múltiplos domínios dos maus-tratos infantis: investigação, intervenção, entre outros (McSherry, 2007). Por um lado, existe alguma inconsistência na sua definição, o que se reflete na operacionalização e avaliação. Paralelamente, apesar da sua elevada prevalência, é muito frequente a negligência não ser percecionada pelas pessoas como uma forma de violência e maltrato infantil. Ou seja, a sua desvalorização enquanto maltrato pode traduzir-se também na subvalorização da sua experiência, apesar da negligência ser uma das formas

de violência infantil mais frequentes (Halpern et al., 2018; Stoltenborgh et al., 2015; WHO, 2013).

A experiência de maus-tratos pode causar um nível de *stress* agudo que interfere com o desenvolvimento cerebral das vítimas, aumentando o risco de desenvolvimento, a curto e longo prazo, de doença mental (e.g., ansiedade, depressão, perturbações do comportamento alimentar, comportamento suicida, automutilação), comportamento sexual de risco e consumo de substâncias psicoativas. Ademais, outras consequências têm sido estudadas, ainda que haja menor evidência: diabetes, obesidade, doença cardiovascular, entre outras (Norman et al., 2012; WHO, 2013).

2.4. Os maus-tratos infantis em Portugal

No mais recente relatório disponibilizado pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - APAV (2019a) sobre as estatísticas de crianças e jovens vítimas de crime e de violência, constam os dados referentes aos anos de 2013 a 2018. Durante estes anos, registou-se um total de 9539 crimes perpetrados por 5848 indivíduos contra 5628 vítimas. Em 2015, foram alcançados os números mais elevados (1991 crimes, 1084 vítimas) e, no ano de 2017, assinalaram-se os valores mais baixos (1286 crimes, 810 vítimas). Apesar de o relatório relativo ao ano de 2019 ainda não ter sido publicado, foram identificadas 1473 crianças e jovens vítimas nesse ano, o que traduz um aumento significativo de vítimas face ao registado entre 2013 e 2018 (APAV, 2020). Todavia, estes números não se referem exclusivamente a maus-tratos praticados por adultos, uma vez que incluem também aqueles que são praticados por outras crianças e jovens.

Nesse sentido, quanto à relação das vítimas com os autores da violência, apurou-se que as vítimas eram: filhos/as (57.7%), colegas de escola (5.2%), outros familiares (4.0%), conhecidos/as (2.9%) e netos/as (2.5%). Das restantes vítimas, 2.6% não tinham qualquer relação com os autores do crime e 25.1% tinham uma relação que não cabe nas categorias anteriormente citadas. Relativamente aos autores, sabe-se que 83.2% são do sexo masculino e que, quanto àqueles cuja idade é conhecida, 86.7% têm entre 18 e 64 anos e 3.2% possuem idade igual ou superior a 65 anos. Quanto aos tipos de crime, 71.4% configuram-se como violência doméstica, 24.0% como crimes contra pessoas e 4.6% como outros crimes. No sentido estrito da violência doméstica sobressaem a violência psicológica (55.3%) e física (22.3%), apesar de também se assinalarem casos de ameaças (11.7%), injúrias/difamação (5.2%) e de natureza sexual (0.8%). Nos crimes contra pessoas, destaca-se o abuso sexual (31.0%) e nos restantes crimes salienta-se o *bullying* (69.0%).

Durante igual período, verificou-se que as vítimas são majoritariamente do sexo feminino. Além disso, observa-se um aumento progressivo, ao longo dos anos, da diferença de casos em função do sexo da vítima: em 2013, 53.0% das vítimas eram do sexo feminino, valor que aumentou para 61.9%, em 2019. Relativamente às idades das vítimas, se entre 2013 e 2015 a maioria delas tinha até 10 anos, desde 2016 que a maior prevalência se registra na faixa etária dos 11 aos 17 anos de idade (em 2018, correspondiam a 59.0% do total de vítimas identificadas) (APAV, 2019a, 2020).

Não se pode deixar de refletir que estes números não reportam a totalidade de casos existentes, dada a dificuldade em identificar um grande espectro de maus-tratos infantis. Este tipo de violência ocorre muitas vezes nas residências das vítimas, longe do olhar da sociedade e, frequentemente, não deixa marcas visíveis que contribuam para a sua identificação (APAV, 2019a; WHO, 2013).

2.5. Os maus-tratos infantis e o consumo de substâncias psicoativas

A associação entre as características do contexto social em que as crianças estão inseridas e o seu impacto nas diferentes dimensões da vida, a curto e a longo prazo, é um tema de interesse crescente na comunidade científica. Por conseguinte, verifica-se que a existência de psicopatologia e a sua severidade, na idade adulta, está correlacionada com os níveis de *stress* vividos em criança, resultantes de contextos sociais desfavoráveis, nomeadamente a experiência de maus-tratos infantis. Entre as problemáticas de natureza psicológica, enumeram-se a depressão, ansiedade e perturbação de *stress* pós-traumático, entre outros (Enoch, 2011).

No que concerne ao consumo de substâncias psicoativas, uma revisão sistemática e meta-análise de dez estudos longitudinais avaliou a relação existente entre os diferentes tipos de maus-tratos infantis e a presença de PCS, na idade adulta (Halpern et al., 2018). Os autores observaram que ser vítima de violência física infantil aumenta em 74% o risco de diagnóstico de PCS em adulto, à semelhança dos resultados obtidos noutros estudos da área (e.g., Huang et al., 2011; Shin et al., 2013).

Quanto ao abuso sexual, os autores concluíram que ser vítima deste tipo de violência em criança acresce igualmente o risco (73%) do desenvolvimento posterior de PCS. Importa sublinhar que esta é a única modalidade de maus-tratos infantis em que foi encontrado um efeito de sexo estatisticamente significativo: vítimas do sexo feminino apresentam um nível de consumo de substâncias psicoativas superior comparativamente com as vítimas do sexo masculino (Halpern et al., 2018). Portanto, isto poderá significar que a exposição a situações

de violência sexual é apreendida distintamente, consoante o sexo das vítimas, implicando um maior risco para o sexo feminino (Tonmyr & Shields, 2017). Porém, esta associação não é consensual na literatura, aumentando o interesse na sua investigação e clarificação (e.g., Huang et al., 2011; Mendoza-Melendez et al., 2018).

Relativamente à experiência de negligência, esta não se encontrava correlacionada com um aumento de PCS, apesar de se observar uma ligeira tendência positiva. Contudo, o estudo da negligência tem algumas dificuldades associadas que limitam a sua investigação, como a inconsistência na sua definição e o facto de a sociedade nem sempre percecionar a negligência como uma forma de maltrato (e.g., Halpern et al., 2018; Stoltenborgh et al., 2015).

Um outro objetivo tem sido a tentativa de identificação e caracterização de como a experiência de diferentes tipos de violência infantil poderá estar associada ao consumo de distintas substâncias psicoativas e quais as diferenças em função do sexo dos indivíduos (Wells, 2009). Nesse sentido, Kristman-Valente e Wells (2013) elaboraram uma revisão sistemática da literatura compreendida entre 1995 e 2011, onde analisaram o papel desempenhado pelo sexo na associação entre os dois fenómenos. Contudo, não foi possível observar um padrão claro, quanto ao papel moderador do sexo, dado que se depararam com múltiplas limitações: a) a existência de poucos estudos longitudinais sobre os dois fenómenos que procurassem investigar as diferenças entre homens e mulheres; b) os resultados contraditórios obtidos nas diversas investigações, o que compromete a comparação inter-sexo; c) diferenças conceptuais de carácter metodológico, nomeadamente substâncias estudadas (legais vs. ilegais), tipos de instrumentos, idades dos participantes, entre outros. Desse modo, mantém-se a necessidade de investigar as diferenças das consequências provocadas pelos maus-tratos infantis, em função do sexo das vítimas, ao longo do ciclo de vida.

3. A impulsividade e a busca de sensações

A impulsividade pode ser definida como a reação rápida e não planeada a um estímulo, sem o processamento total da informação que está disponível, a par da falta de consideração das consequências a longo-prazo dos seus comportamentos e da falta de sensibilidade face às consequências negativas (Moeller et al., 2001). Ou seja, a impulsividade é um constructo multifatorial, pelo que se tem tentado identificar e distinguir quais os diferentes fatores que

a constituem, bem como qual a sua relação com diferentes comportamentos de risco, incluindo o consumo de substâncias psicoativas e a adoção de atividade sexual de risco (e.g., Coskunpinar et al., 2013; Curry et al., 2017). Atendendo a que a impulsividade tem sofrido alterações importantes ao longo dos anos, tem-se discutido se outros constructos relacionados com a impulsividade (e.g., busca de sensações e busca de novidades) são, na verdade, o mesmo constructo, ainda que com designações distintas, ou se há diferenças que justificam a sua separação (Whiteside & Lynam, 2001).

Ao todo, foram identificados cinco traços relativos ao comportamento impulsivo: a falta de planeamento, a falta de perseverança, a busca de sensações, a urgência negativa e a urgência positiva. Desse modo, a falta de planeamento remete para a execução de atividades sem que tenha sido elaborado um planeamento prévio das mesmas, enquanto a falta de perseverança denomina a tendência para a não conclusão de tarefas já iniciadas. Respetivamente à busca de sensações, esta designa a tendência para o envolvimento em atividades e experiências que espoletem sensações novas e excitantes. Já a urgência refere-se à tendência para a adoção de comportamentos irresponsáveis e perigosos, diferindo no tipo de emoções que lhe estão subjacentes: a urgência negativa é desencadeada por emoções negativas severas e a urgência positiva é acionada por emoções extremamente positivas (Cyders & Smith, 2007; Whiteside & Lynam, 2001). Relativamente aos vários domínios da impulsividade, os indivíduos do sexo masculino apresentam um nível superior de urgência positiva e busca de sensações. Ainda assim, comparativamente com as mulheres, estas diferenças não se traduzem num maior nível de risco das consequências da impulsividade no sexo masculino (Cyders, 2013).

3.1. A impulsividade como fator mediador dos maus-tratos infantis e do consumo de substâncias psicoativas

Na literatura, é descrita a existência de uma relação consistente entre a impulsividade e o consumo de substâncias psicoativas. Na idade adulta emergente, verifica-se que os indivíduos que consomem esta categoria de substâncias apresentam níveis mais elevados de impulsividade. Globalmente, apresentam maior risco os que combinam níveis superiores de falta de planeamento e de busca de sensações, pois são os que registam maior probabilidade de consumir substâncias psicoativas e de experienciar consequências mais negativas (McCabe et al., 2015). Todavia, diferentes substâncias e padrões específicos de consumo podem estar associados a outros traços da impulsividade.

Uma meta-análise concluiu que, no que respeita ao álcool, todos os traços da impulsividade apresentam alguma associação com o consumo desta substância: a quantidade de consumo está relacionada mais significativamente com a falta de perseverança; a urgência negativa e a falta de planeamento estão relacionadas com a dependência; a busca de sensações está associada sobretudo ao *binge drinking* e, por fim, a urgência (positiva e negativa) encontra-se relacionada com os consumos problemáticos de álcool. Por sua vez, a frequência de consumo está de igual modo associada aos cinco traços que compõem a impulsividade (Coskunpinar et al., 2013).

Por outro lado, a experiência de maus-tratos infantis tem também uma relação com a impulsividade. Quando analisada a relação com tipos específicos de violência infantil, a impulsividade só parece estar significativamente associada com a violência física e maioritariamente com a violência psicológica, mas não com o abuso sexual e negligência (física e emocional), não sendo conhecidas as razões destas diferenças (Liu, 2019). Todavia, sabe-se que a violência psicológica é a forma mais comum de maltrato infantil e ocorre em simultâneo com outras formas de maus-tratos (abuso sexual e violência física). Por essa razão, pode ser mais fácil detetar uma associação deste tipo de violência com a impulsividade (Liu, 2019; Stoltenborgh et al., 2015).

Todavia, também há dados que correlacionam a experiência de maus-tratos infantis, incluindo a negligência, com o aumento de comportamentos impulsivos, a partir do meio/fim da adolescência. Por sua vez, o aumento da impulsividade prediz o consumo de canábis e tabaco, no início da idade adulta. Ou seja, a impulsividade é um fator mediador entre os maus-tratos infantis e o consumo de substâncias psicoativas (Oshri et al., 2018). Os autores verificaram ainda quais os traços da impulsividade que correlacionam os maus-tratos infantis e o consumo de substâncias específicas: álcool (urgência negativa, urgência positiva e busca de sensações), tabaco (urgência negativa) e, por último, canábis (urgência negativa e busca de sensações). Apenas não foi encontrada qualquer correlação entre o consumo de canábis e a experiência de negligência.

Por fim, continua a ser necessário investigar as relações existentes entre as diferentes facetas da impulsividade e de que modo cada uma é influenciada por fatores como a experiência de violência no contexto familiar. Só dessa forma se poderá conhecer melhor a relação indireta entre estas experiências e o consumo de várias substâncias psicoativas, no início da idade adulta (Oshri et al., 2018).

Método

1. Hipóteses de investigação

Atendendo à revisão da literatura previamente apresentada, estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação:

- 1 - Indivíduos com níveis mais elevados de consumo de substâncias psicoativas, em adultos, apresentam níveis superiores de maus-tratos infantis físicos e/ou sexuais.
- 2 - Os níveis de consumo de substâncias psicoativas de indivíduos do sexo feminino que tenham sido vítimas de maus-tratos infantis sexuais são superiores aos níveis de indivíduos do sexo masculino que sofreram do mesmo tipo de abuso.
- 3 - Indivíduos com níveis mais elevados de risco de substâncias psicoativas apresentam níveis superiores de impulsividade.
- 4 - Indivíduos com níveis mais elevados de risco de substâncias psicoativas apresentam níveis superiores de busca de sensações.
- 5 - Indivíduos com níveis mais elevados de risco de substâncias psicoativas apresentam um estilo de vinculação inseguro.

2. Caracterização da amostra

Com o objetivo de estudar os fenómenos descritos previamente e atendendo à literatura, definiram-se as seguintes características para a amostra de interesse deste estudo: ser estudante universitário, ser adulto emergente (i.e., estar na faixa etária compreendida entre 18 e 25 anos de idade) e ser de nacionalidade portuguesa. O sexo dos participantes não é um fator de exclusão, considerando que se pretendem investigar diferenças entre os sexos masculino e feminino. Justifica-se a seleção de uma amostra com estas características, pelo crescente interesse no estudo dos adultos emergentes, nomeadamente no que respeita à sua relação com o consumo de substâncias psicoativas, bem como quanto às consequências que resultam da experiência de maus-tratos infantis (Arnett, 2000; Hochberg & Konner, 2019; Swanson, 2016).

3. Instrumentos

Para verificar as hipóteses apresentadas, elaborou-se um instrumento compósito que resultou da combinação dos seguintes instrumentos:

3.1. Questionário sociodemográfico

Foi elaborado um conjunto de questões para recolher informações sobre os participantes, possibilitando a caracterização da amostra e, paralelamente, assegurar que os participantes cumprem todos os critérios de inclusão pré-estabelecidos. Nesse sentido, incluíram-se questões acerca do sexo dos participantes, a sua idade, nacionalidade, área de residência, instituição de ensino e constituição da família de origem. Não foram solicitados quaisquer dados que permitam a identificação dos inquiridos, uma vez que a participação é anónima e se garante a confidencialidade dos dados recolhidos.

3.2. The Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11)

A BIS-11 (Patton, Stanford, & Barratt, 1995, adaptado por Cruz & Barbosa, 2012, citado por Fernandes, 2014) é uma escala de autorrelato constituída por 30 itens. Tendo como finalidade a avaliação dos níveis de impulsividade de um indivíduo, os itens descrevem formas habituais de comportamento, devendo o indivíduo responder em que medida se revê em cada uma das afirmações, mediante uma escala de Likert de 4 pontos (em que 1 representa “raramente/nunca” e 4 significa “quase sempre/sempré”).

Para além do nível global de impulsividade, o instrumento concede também informação acerca de três subescalas: a impulsividade atencional (que inclui os fatores de atenção e instabilidade cognitiva), a impulsividade motora (que engloba os fatores motor e perseverança) e, por último, o não-planeamento (que contempla os fatores de autocontrolo e complexidade cognitiva).

O instrumento apresenta uma consistência interna moderada, atendendo aos valores de α de Cronbach obtidos: escala total (.73), subescalas de impulsividade atencional (.74), não-planeamento (.76) e impulsividade motora (.52). Quanto à fidelidade teste-reteste, em que se considerou um intervalo temporal de um mês, obtiveram-se valores não tão elevados quanto o previsto para a correlação de Pearson: escala geral (.38), subescalas de impulsividade atencional (.46), impulsividade motora (.37) e não-planeamento (.23).

Relativamente à validade convergente, verificou-se a existência de uma relação positiva moderada entre o fator da impulsividade atencional da BIS-11 e a escala de Neuroticismo

do Eysenck Personality Questionnaire - Revised (EPQ-R; o que é positivo, uma vez que a escala de Neuroticismo mede a instabilidade cognitiva e comportamental que está associada à impulsividade). Por outro lado, quanto à validade divergente, verificou-se que não existe uma associação significativa entre a avaliação dos traços de personalidade medidos pelo EPQ-R (à exceção do Neuroticismo) e a desejabilidade social avaliada pela DESCA.

3.3. Brief Sensation Seeking Scale V (BSSS-V)

A BSSS-V (Zuckerman, 1978, adaptado por Chitas, 2010) é um instrumento de autorrelato que se propõe a avaliar os quatro fatores da escala original, através de 8 itens. Entre as dimensões examinadas, encontram-se: busca de aventura e emoção (i.e., desejo de participação em desportos e outras atividades que possam estar relacionadas com perigo e velocidade), busca de experiências (i.e., procura de novas experiências, nomeadamente, por meio da mente, sentidos, viagens e/ou um estilo de vida não-conformista), desinibição (i.e., interesse de desinibição social e sexual que pode ser expressado, mediante o consumo de bebidas alcoólicas, diversidade de parceiros e experiências de cariz sexual e participação em festas excitantes) e, por fim, suscetibilidade ao aborrecimento (i.e., desinteresse e rejeição face à rotina, repetição e previsibilidade e os sentimentos de desconforto na ausência de novidade). A escala possui uma consistência interna moderada, considerando o valor de α de Cronbach (.72), não tendo sido encontrada informação de outras propriedades psicométricas da versão portuguesa.

3.4. Parental Bonding Instrument (PBI)

O PBI (Parker, Tupling, & Brown, 1979, adaptado por Geada, 2003, citado por Serrudo, 2016) é uma medida de autorrelato que tem como finalidade avaliar as atitudes e comportamentos parentais dos progenitores dos participantes, em duas dimensões distintas: cuidado e hiperprotecção. Para responder aos 25 itens que a constituem, os indivíduos devem utilizar uma escala de Likert de 4 pontos (em que 1 significa “nunca ou quase nunca” e 4 representa “sempre ou quase sempre”).

Enquanto a primeira dimensão se refere ao afeto, calor emocional, empatia e proximidade; a segunda dimensão avalia comportamentos de controlo, intrusão, infantilização, impedimento de um comportamento independente por parte do filho e um contacto excessivo com o mesmo. Para além disso, o instrumento visa estudar estas dimensões nas relações estabelecidas com os pais até aos 16 anos de idade dos participantes. Valores baixos na(s) escala(s) de cuidado e/ou valores elevados na(s) escala(s) de

hiperprotecção remetem para uma vinculação insegura, enquanto valores no sentido contrário representam uma vinculação segura.

No que concerne à consistência interna, verificaram-se valores consistentes de α de Cronbach: escala total (.81) e subescalas de cuidado maternal (.85), cuidado paternal (.88), hiperprotecção maternal (.77), hiperprotecção paternal (.79). Todavia, não se encontraram referências a outras qualidades psicométricas acerca da utilização do instrumento na população portuguesa.

3.5. Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF)

O CTQ-SF (Bernstein et al., 2003, adaptado por Calafate Ribeiro et al., 2010, citado por Dias et al., 2013) é um instrumento de autorrelato que engloba 28 itens descritivos de experiências decorridas até aos 15 anos dos sujeitos (quer de maltrato, como de cuidados parentais ajustados). As opções de resposta são apresentadas mediante uma escala de Likert de 5 pontos (1 - “nunca”, 5 - “sempre”). Assim, permite-nos aceder a uma escala geral de exposição a maus-tratos infantis que advém da soma das cotações das suas cinco subescalas, que dizem respeito a cinco formas distintas de maltrato: abuso físico (violência física), abuso emocional (violência psicológica), abuso sexual, negligência física e negligência emocional.

Concernente à fiabilidade, apurou-se uma consistência interna (α de Cronbach) elevada quanto à escala global (.84) e moderada face a quatro subescalas (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e negligência emocional, com valores entre .71 e .79). Tal como observado noutros estudos efetuados em população não-clínica, a subescala de negligência física apresenta uma consistência interna baixa (.47). As correlações entre as subescalas e a escala geral eram todas positivas e significativas, sendo que a menor correlação dizia respeito à subescala de abuso sexual (.24).

Quanto à fidelidade teste-reteste, avaliada num intervalo temporal de um mês, as correlações de Pearson foram significativas para a escala geral e respetivas subescalas (entre .72 e .93). A avaliação da sua validade convergente e divergente permitiu concluir que o instrumento distingue a exposição a situações de carácter sexual e de violência no contexto familiar da exposição a outros contextos de violência (e.g., atuação militar e tortura).

3.6. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

O ASSIST é um instrumento de autorrelato desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, na década de 90, que visa avaliar o consumo de múltiplas categorias de substâncias: tabaco, álcool, canábis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inalantes,

ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, alucinogénios, opiáceos, entre outras (SICAD, n.d.). Este instrumento foi recentemente validado para estudantes universitários portugueses (Mostardinha et al., 2019), sendo a sua utilização recomendada em Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2014).

As oito perguntas que constituem a escala incidem sobre dois momentos temporais distintos: algumas refletem os acontecimentos experienciados ao longo do tempo de vida do indivíduo; outras focam-se apenas no que decorreu nos últimos 3 meses. No período temporal mais alargado, recolhe-se informação sobre se o indivíduo já consumiu alguma das substâncias psicoativas previamente explicitadas, se já alguém lhe expressou preocupação sobre o consumo deste tipo de substâncias, se já tentou reduzir ou cessar o consumo e, por fim, se já injetou alguma substância psicoativa. No segundo espectro temporal, avalia-se a frequência: do consumo das variadas substâncias psicoativas, da experiência de forte desejo de consumo, dos problemas associados ao consumo (sociais, legais, financeiros ou de saúde) e a frequência com que o consumo interferiu no cumprimento das responsabilidades do indivíduo (DGS, 2014).

Os participantes podem responder às perguntas mediante respostas dicotómicas (sim/não), bem como através de escalas de Likert de 3 e 5 pontos, consoante a frequência com que se verificou cada um dos comportamentos em questão (e.g., a escala de 5 pontos varia de 1 que significa “nunca” até 5 que corresponde a “5 a 7 vezes por semana”). Por sua vez, o ASSIST possibilita avaliar o risco associado à relação do participante com cada substância, classificando-o como baixo, moderado ou alto. O nível de risco é calculado a partir do somatório das questões relativas a cada substância, excluindo a primeira questão (consumo ao longo do tempo de vida) e a última (consumo de drogas injetáveis).

Na validação em contexto nacional, só foi possível estudar as subescalas de tabaco, álcool e canábis, dado que quanto às restantes categorias de substâncias houve baixa proporção de consumo. Assim, apuraram-se os seguintes valores de consistência interna (α de Cronbach): tabaco (.84), canábis (.79) e álcool (.66). Quanto à validade convergente das subescalas em questão, verificaram-se associações estatisticamente significativas com a apresentação de comportamentos de *binge drinking* e consumo atual de tabaco. Contudo, não foram consideradas outras qualidades psicométricas (Mostardinha et al., 2019), não tendo sido possível identificar outros estudos de validação ao contexto nacional.

4. Procedimento

O questionário elaborado, a partir dos instrumentos previamente apresentados, foi administrado online, através da plataforma “Google Docs - Formulários”. O mesmo foi partilhado online, em múltiplas páginas dirigidas a estudantes universitários, de modo a obter-se a maior e mais representativa amostra possível. Ademais, enviou-se para o e-mail institucional de todos os estudantes da Universidade do Porto informação sobre a presente investigação, após a mesma ter sido autorizada pela Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto.

Antes do preenchimento do questionário, foi apresentado a todos os participantes o consentimento informado, onde se podiam ler variadas informações, entre as quais: contextualização da investigação e seus objetivos, anonimato e confidencialidade dos dados, carácter voluntário da participação, possibilidade de desistência, ao longo do preenchimento do instrumento e contacto para esclarecimento de dúvidas.

Posteriormente, procedeu-se ao processo de seleção dos participantes, de modo a assegurar que todos cumpram os critérios de inclusão anteriormente definidos. De seguida, os dados foram analisados com recurso ao programa de análise estatística IPM Statistical Package for Social Sciences - 26 (SPSS). Para responder às questões de investigação formuladas, utilizaram-se estatísticas descritivas e inferenciais. Atendendo a que os resultados não apresentam uma distribuição próxima da normal, não se utilizaram procedimentos da estatística paramétrica.

5. Participantes

Na totalidade, foram registadas 1141 participações no questionário online. Contudo, 1% dos participantes não se encontra a frequentar o Ensino Superior e 2% não são de nacionalidade portuguesa. Após a exclusão destas respostas, verificou-se a existência de uma diferença significativa entre o número de participantes do sexo feminino (75%) e do sexo masculino (25%). Por essa razão, procedeu-se à seleção aleatória de um número mais reduzido de participantes do sexo feminino, através da função de amostragem aleatória do SPSS, de modo a obter uma amostra final equivalente quanto ao sexo.

A amostra final é constituída por 613 participantes de nacionalidade portuguesa a frequentar, atualmente, o Ensino Superior. Identificam-se 55% participantes do sexo

feminino e 45% do sexo masculino, distribuindo-se da seguinte forma as suas idades: 18 a 19 anos (38%), 20 a 21 anos (33%), 22 a 23 anos (20%), 24 a 25 anos (9%). A maioria dos estudantes que participaram no estudo é residente no distrito do Porto (63%), sendo que os restantes participantes (37%) residem em 18 outros distritos portugueses. Quanto à instituição de ensino, a maioria frequenta a Universidade do Porto (89%), enquanto 11% pertencem a outras 25 instituições de ensino. No que diz respeito ao agregado familiar com quem os participantes viveram durante a infância e adolescência, verifica-se: pais e irmão(s) (62%), pais (15%), um dos progenitores e irmão(s) (8%), apenas com a mãe (5%), com os avós (1%) e apenas com o pai (1%). Por último, 8% dos participantes apresentam outras configurações familiares que não cabiam nestas categorias.

Resultados

Antes de se proceder à análise fatorial dos instrumentos usados, para avaliação da validade de constructo, examinou-se a adequação da amostra, através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Foram obtidos valores de KMO excelentes a excepcionais para os diferentes instrumentos: .83 (BSSS-V); .84 (BIS-11); .87 (CTQ-SF); .94 (PBI), pelo que a amostra é adequada para a Análise de Componentes Principais (ACP). Relativamente ao teste de esfericidade de Bartlett, também se verificou a significância das correlações estudadas: $\chi^2_{(21)} = 1150.68$; $p < .01$ (BSSS-V); $\chi^2_{(120)} = 2431.29$; $p < .01$ (BIS-11); $\chi^2_{(78)} = 4963.84$; $p < .01$ (CTQ-SF); $\chi^2_{(300)} = 8385.97$; $p < .01$ (PBI). Isto é, a matriz de correlações resultante é significativamente diferente da matriz de identidade das variáveis em análise.

1. Padrões de consumo de substâncias psicoativas

Recorreu-se ao ASSIST para avaliar os padrões de consumo de substâncias psicoativas dos participantes. Ao longo do tempo de vida, observam-se as seguintes prevalências de consumo: álcool (91%), tabaco (61%), canábis (54%), ansiolíticos/sedativos/hipnóticos (12%), alucinogénios (11%), estimulantes de tipo anfetamina (10%), cocaína (5%), inalantes (4%), opiáceos (3%) e outras (3%). Quanto aos últimos 3 meses, estas substâncias apresentam os seguintes níveis de consumo: álcool ($M=2.86$; $DP=1.14$), tabaco ($M=1.91$; $DP=2.32$), canábis ($M=1.37$; $DP=1.90$), ansiolíticos/sedativos/hipnóticos ($M=.27$; $DP=1.02$), alucinogénios ($M=.13$; $DP=.53$), estimulantes de tipo anfetamina ($M=.13$; $DP=.53$), cocaína ($M=.04$; $DP=.29$), inalantes ($M=.04$; $DP=.29$), opiáceos ($M=.04$; $DP=.31$) e outras ($M=.04$; $DP=.36$).

No que respeita aos níveis de risco de substâncias psicoativas, atendendo a que há um número não significativo de participantes com “risco alto” para as substâncias álcool, canábis e cocaína, os mesmos foram eliminados. As substâncias em que se registam mais casos de risco moderado são: canábis (45%), tabaco (44%), cocaína (19%) e álcool (19%). Não se prosseguiu com a análise das restantes substâncias, uma vez que há menos de 9% de participantes no nível de “risco moderado” (cf. quadro 1). Apuraram-se os seguintes valores de α de Cronbach, relativamente à consistência interna das escalas do ASSIST: tabaco (.71), álcool (.50), canábis (.65) e cocaína (.61) (cf. anexos 1 a 4).

Quadro 1

Frequências dos níveis de risco de substâncias psicoativas

| Substância | Nível de risco (<i>n</i>) | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------|------|
| | Baixo | Moderado | Alto |
| Tabaco | 260 | 201 | 0 |
| Álcool | 373 | 87 | 3 |
| Canábis | 251 | 207 | 5 |
| Cocaína | 372 | 89 | 1 |
| Estimulantes de tipo anfetamina | 433 | 29 | 0 |
| Inalantes | 449 | 14 | 0 |
| Ansiolíticos/Sedativos/Hipnóticos | 424 | 38 | 0 |
| Alucinogénios | 424 | 39 | 0 |
| Opiáceos | 450 | 13 | 0 |
| Outras | 457 | 5 | 0 |

Procedeu-se à realização do teste de Mann-Whitney para comparação da frequência de consumo de substâncias psicoativas nos últimos 3 meses e do nível de risco associado a cada substância, em função do sexo dos estudantes. Assim, registam-se diferenças estatisticamente significativas na frequência de consumo de tabaco, álcool e canábis, mas não quanto à frequência de consumo de cocaína nos últimos 3 meses. Os participantes do sexo masculino apresentam níveis superiores de consumo das várias substâncias psicoativas (cf. quadro 2).

Quadro 2

Níveis de consumo de substâncias psicoativas nos últimos 3 meses em função do sexo

| Substância | Sexo | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------------|
| Tabaco | Feminino | 254 | 1.56 | 2.11 | 22099.50 | -3.37 | .001 |
| | Masculino | 209 | 2.34 | 2.49 | | | |
| Álcool | Feminino | 254 | 2.77 | .97 | 23050.00 | -2.57 | <.001 |
| | Masculino | 209 | 2.98 | 1.31 | | | |
| Canábis | Feminino | 254 | .93 | 1.56 | 19919.50 | -5.23 | <.001 |
| | Masculino | 209 | 1.90 | 2.13 | | | |
| Cocaína | Feminino | 254 | .03 | .25 | 26199.00 | -.95 | .340 |
| | Masculino | 209 | .06 | .34 | | | |

No que respeita ao nível de risco de substâncias psicoativas, verificam-se diferenças significativas para todas as substâncias estudadas: tabaco, álcool, canábis e cocaína. Tal

como se verificou quanto à frequência de consumo de substâncias nos últimos 3 meses, são os inquiridos do sexo masculino que apresentam níveis de risco superiores para todas as substâncias estudadas (cf. quadro 3).

Quadro 3

Níveis de risco de substâncias psicoativas em função do sexo

| Substância | Sexo | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------------|
| Tabaco | Feminino | 254 | 1.39 | .49 | 23812.00 | -2.03 | .043 |
| | Masculino | 209 | 1.49 | .50 | | | |
| Álcool | Feminino | 254 | 1.16 | .36 | 24313.00 | -2.27 | .023 |
| | Masculino | 209 | 1.25 | .47 | | | |
| Canábis | Feminino | 254 | 1.38 | .49 | 21709.00 | -3.89 | <.001 |
| | Masculino | 209 | 1.57 | .53 | | | |
| Cocaína | Feminino | 253 | 1.12 | .32 | 21968.50 | -4.56 | <.001 |
| | Masculino | 209 | 1.29 | .47 | | | |

2. Os maus-tratos infantis

Efetuiu-se uma análise inicial da consistência interna do CTQ-SF, tendo-se eliminado os itens que apresentam correlação item-total inferior a .30 (1, 4, 10, 16 e 22). Os restantes itens apresentam correlações entre .31 e .79 (cf. anexo 5). Realizou-se ACP para confirmação da estrutura fatorial, tendo sido retidos quatro fatores, de acordo com o critério de Kaiser (extração de fatores com *eigenvalues* superior a um), que explicam 35.55%, 17.42%, 7.74% e 5.04% da variância total. Após rotação *Varimax*, os fatores passaram a explicar 26.31%, 19.38%, 14.80% e 5.26%, respetivamente. Observou-se que múltiplas variáveis apresentam saturações dispersas, pelo que foram eliminados os itens 6, 9, 15, 17 e 18 (cf. anexos 6 a 8).

Procedeu-se novamente à análise, com o mesmo critério, retendo três fatores que explicam 37.73%, 19.42% e 7.37% da variância total. Depois de aplicada rotação *Varimax*, os mesmos fatores explicam 25.66%, 22.86% e 16.00%. Os itens 3, 7, 8, 14 e 25 foram excluídos por saturarem vários fatores de modo disperso (cf. anexos 9 a 11). Posteriormente, repetiu-se o procedimento e obtiveram-se 3 fatores que explicam 37.87%, 22.49% e 9.08% da variância total. Depois de aplicada rotação *Varimax*, os fatores passaram a explicar

respetivamente 31.07%, 25.86% e 12.52%, ou seja, 69.44% da variância total (cf. anexos 12 e 13).

O primeiro fator é saturado pelos itens 20, 21, 23, 24 e 27 (corresponde à totalidade da escala de abuso sexual proposta pelos autores), o segundo fator agrega os itens 2, 5, 13, 19, 26 e 28 (correspondente a 4 itens de negligência emocional e 2 de negligência física) e, por fim, o terceiro fator inclui os itens 11 e 12 (avaliam o abuso físico) (cf. anexo 14). Em vez das cinco escalas esperadas, obtiveram-se apenas três: abuso sexual, negligência (emocional e física) e abuso físico, impossibilitando a avaliação do abuso emocional. Verificou-se a consistência interna das escalas finais (α de Cronbach): escala total (.93), negligência emocional e física (.83), abuso sexual (.94) e abuso físico (.74) (cf. anexos 15 a 18).

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para estudar diferenças quanto às experiências de maus-tratos infantis em função do sexo. Relativamente aos níveis de abuso sexual, verificou-se que participantes do sexo feminino apresentam níveis médios superiores comparativamente com os estudantes universitários do sexo masculino. Contudo, não se observam diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, quanto aos níveis de negligência (emocional e física) e abuso físico (cf. quadro 4).

Quadro 4

Níveis de maus-tratos infantis em função do sexo

| Maus-tratos | Sexo | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|---------------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-------------|
| Abuso sexual | Feminino | 335 | 5.41 | 1.85 | 42681.00 | -2.26 | .024 |
| | Masculino | 268 | 5.27 | 1.78 | | | |
| Negligência | Feminino | 332 | 10.70 | 4.43 | 40913.50 | -1.40 | .161 |
| | Masculino | 264 | 11.14 | 4.49 | | | |
| Abuso físico | Feminino | 336 | 2.42 | 1.08 | 44550.00 | -.53 | .596 |
| | Masculino | 270 | 2.45 | 1.12 | | | |

Para analisar a existência de diferenças quanto ao consumo de substâncias, em função dos participantes terem sido, ou não, vítimas de algum tipo de experiência de maus-tratos infantis, também se recorreu ao teste de Mann-Whitney. De entre os 463 indivíduos que responderam à escala de frequência de consumo de substâncias psicoativas nos últimos 3 meses, apenas 7% relatam ter sido vítimas de abuso sexual (70% das quais são do sexo feminino). Por ser um número reduzido de inquiridos, não é possível comparar os níveis

médios de consumo de substâncias entre vítimas e não-vítimas desta forma de maltrato. Quanto às vítimas, também não é possível fazer comparações em função do sexo, impossibilitando o estudo da hipótese de investigação 2.

No que diz respeito à experiência de negligência (emocional e física), observam-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao tabaco e canábis, mas não em relação ao álcool e cocaína. Relativamente às substâncias em que se observam diferenças, são os participantes que relatam ter sido vítimas deste tipo de maus-tratos infantis que apresentam níveis superiores de consumo (cf. quadro 5).

Quadro 5

Níveis de consumo de substâncias psicoativas nos últimos 3 meses em função da experiência de negligência (emocional e física)

| Substância | Estatuto | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Tabaco | Não-vítima | 62 | 1.35 | 2.16 | 10451.00 | -2.20 | .028 |
| | Vítima | 401 | 2.00 | 2.34 | | | |
| Álcool | Não-vítima | 62 | 2.95 | .93 | 11569.50 | -.93 | .355 |
| | Vítima | 401 | 2.85 | 1.17 | | | |
| Canábis | Não-vítima | 62 | .89 | 1.57 | 10566.00 | -2.15 | .032 |
| | Vítima | 401 | 1.45 | 1.94 | | | |
| Cocaína | Não-vítima | 62 | .03 | .25 | 12352.50 | .32 | .750 |
| | Vítima | 401 | .04 | .30 | | | |

No que diz respeito ao abuso físico, há diferenças quanto aos níveis de consumo de tabaco, canábis e cocaína, sendo que são os participantes que indicam ter sido vítimas desta modalidade de violência que apresentam níveis superiores de consumo. Todavia, à semelhança da negligência, não foram detetadas diferenças significativas em relação ao consumo de álcool (cf. quadro 6).

Quadro 6

Níveis de consumo de substâncias psicoativas nos últimos 3 meses em função da experiência de abuso físico

| Substância | Estatuto | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|------------|------------|----------|----------|-----------|----------|----------|-------------|
| Tabaco | Não-vítima | 364 | 1.73 | 2.23 | 14590.50 | -3.16 | .002 |
| | Vítima | 99 | 2.61 | 2.54 | | | |
| Álcool | Não-vítima | 364 | 2.83 | 1.10 | 16141.50 | -1.67 | .094 |
| | Vítima | 99 | 3.00 | 1.28 | | | |
| Canábis | Não-vítima | 364 | 1.21 | 1.81 | 14446.00 | -3.42 | .001 |
| | Vítima | 99 | 1.95 | 2.10 | | | |
| Cocaína | Não-vítima | 364 | .03 | .23 | 17355.50 | -2.23 | .026 |
| | Vítima | 99 | .10 | .44 | | | |

3. A impulsividade

Avaliou-se previamente a consistência interna da BIS-11, obtendo-se um α de Cronbach de .82. Contudo, 14 itens (3, 10, 11, 13, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30) apresentam uma correlação baixa com o constructo em avaliação ($.09 \leq r \leq .29$; cf. anexo 19). Estas afirmações referem-se maioritariamente a características de vida que podem não se aplicar a grande parte dos estudantes universitários que participaram, entre os quais a tendência para a manutenção e/ou troca de emprego e habitação, a existência de gastos excessivos face ao dinheiro que o estudante ganha e cuidados de poupança. Por essa razão, optou-se pela eliminação dessas variáveis, aumentando a consistência interna total para $\alpha = .84$. Os restantes 16 itens apresentam uma correlação que varia entre .33 e .60 (cf. anexo 20).

Efetuuou-se uma ACP com os 16 itens, utilizando-se o critério de Kaiser. Identificam-se três fatores que explicam, respetivamente, 30.19%, 9.70% e 8.51% da variância total (48.40% cumulativamente). Apesar de corresponder ao número de fatores definido pelos autores (impulsividade atencional, impulsividade motora e não-planeamento), há variáveis a saturarem dois fatores acima de .30 ou a apresentam saturação dispersa pelos fatores, inclusivamente após rotação *Varimax* (cf. anexos 21 a 23). Por essa razão, decidiu-se extrair um único fator, designado de impulsividade geral, que explica 30.19% da variância total. Das variáveis incluídas, quatro pertencem à escala de impulsividade motora (2, 4, 17, 19), seis à escala de impulsividade atencional (5, 6, 9, 20, 26, 28) e seis à escala de não-planeamento (1, 7, 8, 12, 14, 18). Os itens saturam o fator entre .40 e .70 (cf. anexo 24 a 26).

Procedeu-se à realização de testes de Mann-Whitney para comparação dos níveis de impulsividade geral, em função do sexo e do risco das substâncias estudadas. Quanto ao

sexo, registam-se diferenças estatisticamente significativas, sendo que os inquiridos do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de impulsividade do que as participantes do sexo feminino (cf. quadro 7).

Quadro 7

Níveis de impulsividade em função do sexo

| Sexo | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|------------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Feminino | 332 | 32.64 | 6.81 | | | |
| Masculino | 268 | 34.91 | 6.89 | 35940.00 | -4.05 | <.001 |

Para além disso, observam-se diferenças estatisticamente significativas no nível de impulsividade, em função do risco associado ao tabaco, álcool, canábis e cocaína. Nesse sentido, em relação a todas as substâncias, verifica-se que os participantes com risco moderado apresentam níveis superiores de impulsividade comparativamente aos inquiridos com risco baixo (cf. quadro 8).

Quadro 8

Níveis de impulsividade em função do nível de risco de substâncias psicoativas

| Substâncias | Risco | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|--------------------|--------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Tabaco | Baixo | 261 | 33.25 | 6.52 | 21875.50 | -3.07 | .002 |
| | Moderado | 201 | 35.29 | 7.32 | | | |
| Álcool | Baixo | 374 | 33.69 | 6.89 | 13303.50 | -2.65 | .008 |
| | Moderado | 87 | 35.87 | 6.83 | | | |
| Canábis | Baixo | 252 | 32.34 | 6.46 | 17576.00 | -6.02 | <.001 |
| | Moderado | 207 | 36.29 | 6.89 | | | |
| Cocaína | Baixo | 372 | 33.48 | 6.89 | 11703.00 | -4.44 | <.001 |
| | Moderado | 90 | 37.04 | 6.67 | | | |

4. A busca de sensações

O BSSS-V apresenta uma boa consistência interna para a amostra (α de Cronbach=.79), contudo, o item “Fico aborrecido(a) quando tenho de passar muito tempo em casa” apresenta uma correlação com a escala inferior a .30 ($r=.28$; cf. anexo 27). Por isso, optou-se pela

eliminação dessa variável, aumentando a consistência interna total para $\alpha=.80$, sendo que os restantes itens apresentam uma correlação satisfatória com a escala ($.42 \leq r \leq .63$; cf. anexo 28). Efetuou-se uma ACP com os 7 itens restantes, utilizando-se o critério de Kaiser. Observa-se a retenção de um único fator que explica 46.26% da variância total, sendo que os 7 itens saturam entre .56 e .76. Ou seja, não é possível distinguir as quatro facetas da escala (busca de experiências, busca de aventura, desinibição e suscetibilidade ao aborrecimento), pelo que se considera que o fator extraído corresponde a uma escala geral de busca de sensações (cf. anexos 29 a 31).

Realizaram-se dois testes de Mann-Whitney, para comparar os níveis médios de busca de sensações, em função do sexo e do nível de risco de consumo de substâncias psicoativas. Verifica-se que há uma diferença estatisticamente significativa em função do sexo, sendo que os estudantes do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de busca de sensações do que as inquiridas (cf. quadro 9).

Quadro 9

Níveis de busca de sensações em função do sexo

| Sexo | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|------------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Feminino | 332 | 21.27 | 5.93 | | | |
| Masculino | 268 | 23.24 | 6.46 | 36975.00 | -4.18 | <.001 |

Por fim, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de busca de sensações em função do nível de risco de todas as substâncias avaliadas (tabaco, álcool, canábis e cocaína). Desse modo, os participantes com risco moderado apresentam níveis superiores de busca de sensações do que os participantes com risco baixo de substâncias psicoativas (cf. quadro 10).

Quadro 10

Níveis de busca de sensações em função do nível de risco de substâncias psicoativas

| Substâncias | Risco | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|-------------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| Tabaco | Baixo | 261 | 22.02 | 5.90 | 19575.00 | -4.68 | <.001 |
| | Moderado | 201 | 24.67 | 5.51 | | | |
| Álcool | Baixo | 374 | 22.72 | 5.87 | 12331.50 | -3.52 | <.001 |
| | Moderado | 87 | 25.13 | 5.63 | | | |
| Canábis | Baixo | 252 | 21.30 | 5.73 | 15329.00 | -7.61 | <.001 |
| | Moderado | 207 | 25.47 | 5.29 | | | |
| Cocaína | Baixo | 372 | 22.40 | 5.88 | 9845.00 | -6.07 | <.001 |
| | Moderado | 90 | 26.49 | 4.75 | | | |

5. A vinculação

Avaliou-se a consistência interna do PBI, verificando-se que apresenta valores moderados a excelentes de α de Cronbach: escala total (.70), escalas de cuidado paternal (.94) e maternal (.93) e escalas de hiperprotecção paternal (.89) e maternal (.90). Para nenhuma das variáveis se verificou que a sua exclusão aumentasse o nível de consistência interna e todos os itens apresentam uma boa correlação com a respetiva escala ($.41 \leq r \leq .77$; cf. anexos 32 e 33).

Realizaram-se duas ACP para estudar a análise fatorial das escalas referentes à relação com a mãe e com o pai (cf. anexo 34). Quanto às variáveis do relacionamento com a mãe e de acordo com o critério de Kaiser, identificam-se quatro fatores que explicam 38.06%, 14.95%, 6.17% e 4.04% respetivamente, o que totaliza 63.22% da variância. Atendendo a que os autores propõem a existência de dois fatores (cuidado e hiperprotecção), repetiu-se o procedimento forçando a extração de apenas dois fatores. Após rotação *Varimax*, explicam 29.12% e 23.89% da variância total (53.01% cumulativamente). As variáveis do cuidado saturam todas acima de .59 (nove das quais acima de .70) no primeiro fator; enquanto as variáveis de hiperprotecção saturam acima de .59 no segundo fator (cf. anexos 35 e 36).

Quanto aos itens sobre a relação com o pai, a ACP com recurso ao critério de Kaiser retém três fatores que explicam 38.45%, 13.76% e 6.14% respetivamente, o que totaliza 58.35% da variância total. Como os autores propõem a existência de dois fatores iguais à escala de relacionamento com a mãe, repetiu-se o procedimento, forçando a extração de apenas dois fatores. Depois da aplicação da rotação *Varimax*, os fatores explicam 30.61% e 21.60% da variância (52.21% cumulativamente). Observa-se que todas as variáveis do cuidado saturam acima de .64 (dez das quais acima de .70) no primeiro fator, enquanto as

variáveis de hiperprotecção saturam acima de .49 no segundo fator (oito das quais acima de .60). Assim, confirma-se a estrutura fatorial proposta pelos autores para ambas as escalas (cf. anexos 37 e 38).

Efetuarão-se testes de Mann-Whitney para averiguar se há diferenças nas escalas de cuidado e hiperprotecção quanto a cada um dos progenitores, em função do sexo e do nível de risco para as substâncias consideradas. Relativamente às escalas de cuidado maternal e hiperprotecção paternal, não há diferenças estatisticamente significativas entre estudantes universitários do sexo feminino e do sexo masculino. Quanto às escalas de cuidado paternal e hiperprotecção maternal, registam-se diferenças significativas, em função do sexo. No que concerne ao cuidado do pai, as participantes do sexo feminino apresentam valores superiores; enquanto face à hiperprotecção da mãe se observam valores superiores por parte dos participantes do sexo masculino (cf. quadro 11).

Quadro 11

Níveis de cuidado e hiperprotecção maternal e paternal em função do sexo

| Escala | Sexo | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|--------------------------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-------------|
| Cuidado maternal | Feminino | 327 | 28.11 | 7.74 | 44294.50 | .28 | .779 |
| | Masculino | 265 | 28.46 | 6.93 | | | |
| Cuidado paternal | Feminino | 327 | 23.03 | 9.35 | 38529.00 | 2.32 | .020 |
| | Masculino | 265 | 21.47 | 8.89 | | | |
| Hiperprotecção maternal | Feminino | 333 | 12.87 | 8.62 | 38545.50 | -2.73 | .006 |
| | Masculino | 266 | 14.41 | 8.16 | | | |
| Hiperprotecção paternal | Feminino | 327 | 10.92 | 7.56 | 40827.50 | -.98 | .327 |
| | Masculino | 262 | 11.52 | 7.70 | | | |

Concernente à escala de cuidado maternal, verifica-se a existência de diferenças significativas em função do nível de risco, quanto às seguintes substâncias psicoativas: tabaco, canábis e cocaína. O grupo de risco moderado apresenta níveis inferiores de cuidado da mãe comparativamente com o grupo de risco baixo. Contudo, não se registam diferenças significativas quanto ao álcool (cf. quadro 12).

Quadro 12

Níveis de cuidado maternal em função do nível de risco de substâncias psicoativas

| Substâncias | Risco | n | M | DP | U | Z | p |
|--------------------|--------------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------------|
| Tabaco | Baixo | 260 | 28.65 | 7.19 | 23191.00 | -2.14 | .032 |
| | Moderado | 201 | 27.28 | 7.79 | | | |
| Álcool | Baixo | 373 | 28.31 | 7.32 | 15035.50 | -1.11 | .269 |
| | Moderado | 87 | 27.37 | 7.83 | | | |
| Canábis | Baixo | 251 | 29.06 | 7.27 | 20921.50 | -3.66 | <.001 |
| | Moderado | 207 | 26.98 | 7.49 | | | |
| Cocaína | Baixo | 372 | 28.70 | 7.31 | 12053.50 | -4.13 | <.001 |
| | Moderado | 89 | 25.69 | 7.44 | | | |

Por sua vez, regista-se um padrão idêntico no que respeita à escala de cuidado paternal. Desse modo, há diferenças significativas em função do nível de risco de tabaco, canábis e cocaína, sendo que o grupo de risco moderado destas substâncias psicoativas apresenta níveis de cuidado do pai inferiores ao grupo de risco baixo. Todavia, não se detetam diferenças em relação ao nível de risco do álcool (cf. quadro 13).

Quadro 13

Níveis de cuidado paternal em função do nível de risco de substâncias psicoativas

| Substâncias | Risco | n | M | DP | U | Z | p |
|--------------------|--------------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------------|
| Tabaco | Baixo | 260 | 23.38 | 8.98 | 21658.50 | -3.22 | .001 |
| | Moderado | 201 | 20.60 | 9.10 | | | |
| Álcool | Baixo | 373 | 22.51 | 9.04 | 14873.00 | -1.25 | .212 |
| | Moderado | 87 | 21.24 | 9.17 | | | |
| Canábis | Baixo | 251 | 24.09 | 8.94 | 19105.50 | -4.94 | <.001 |
| | Moderado | 207 | 19.98 | 8.82 | | | |
| Cocaína | Baixo | 372 | 22.91 | 8.98 | 12912.00 | -3.37 | .001 |
| | Moderado | 89 | 19.44 | 8.88 | | | |

Relativamente à escala de hiperprotecção maternal, observa-se a existência de diferenças significativas em função do nível de risco de todas as substâncias psicoativas estudadas: tabaco, álcool, canábis e cocaína. Verifica-se que o nível de risco moderado das substâncias psicoativas apresenta níveis de hiperprotecção da mãe superiores aos relatados pelo grupo de risco baixo (cf. quadros 14).

Quadro 14

Níveis de hiperprotecção maternal em função do nível de risco de substâncias psicoativas

| Substâncias | Risco | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|--------------------|--------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Tabaco | Baixo | 260 | 12.24 | 7.65 | 19133.50 | -4.99 | <.001 |
| | Moderado | 201 | 16.06 | 8.76 | | | |
| Álcool | Baixo | 373 | 13.38 | 8.35 | 12994.00 | -2.93 | .003 |
| | Moderado | 87 | 16.07 | 8.10 | | | |
| Canábis | Baixo | 251 | 12.44 | 7.92 | 20178.00 | -4.18 | <.001 |
| | Moderado | 207 | 15.60 | 8.48 | | | |
| Cocaína | Baixo | 372 | 12.94 | 8.09 | 11019.50 | -5.04 | <.001 |
| | Moderado | 89 | 17.85 | 8.28 | | | |

Quanto aos níveis de hiperprotecção paternal, também existem diferenças significativas em função do nível de risco de todas as substâncias psicoativas estudadas: tabaco, álcool, canábis e cocaína. Observa-se que os participantes do grupo de risco moderado das substâncias psicoativas apresentam níveis de hiperprotecção do pai mais elevados do que os do grupo de risco baixo (cf. quadros 15).

Quadro 15

Níveis de hiperprotecção paternal em função do nível de risco de substâncias psicoativas

| Substâncias | Risco | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|--------------------|--------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Tabaco | Baixo | 260 | 10.51 | 7.09 | 22246.00 | -2.80 | .005 |
| | Moderado | 201 | 12.38 | 7.61 | | | |
| Álcool | Baixo | 373 | 10.80 | 7.26 | 12877.00 | -3.03 | .002 |
| | Moderado | 87 | 13.23 | 7.41 | | | |
| Canábis | Baixo | 251 | 9.48 | 6.30 | 18334.00 | -5.49 | <.001 |
| | Moderado | 207 | 13.44 | 8.00 | | | |
| Cocaína | Baixo | 372 | 10.52 | 7.09 | 11322.00 | -4.77 | <.001 |
| | Moderado | 89 | 14.52 | 7.72 | | | |

Discussão

A presente investigação tinha como principal objetivo avaliar as diferenças existentes nos níveis de impulsividade, busca de sensações, maus-tratos infantis e dimensões das relações de vinculação, em função dos níveis de consumo e de risco de substâncias psicoativas. Todos estes fenómenos são de particular interesse no que respeita aos adultos emergentes, pelas características específicas e distintas que caracterizam este estágio do desenvolvimento humano (Arnett, 2000; Swanson, 2016).

Ao longo do tempo de vida dos participantes, as substâncias psicoativas com maior prevalência de consumo são o álcool (91%), tabaco (61%) e canábis (54%), sendo também estas as substâncias que apresentam maiores níveis de consumo nos últimos 3 meses. O álcool é descrito na literatura como a substância psicoativa mais consumida pelos estudantes universitários (Skidmore et al., 2016). Todavia, no que se refere à existência de casos de risco moderado, o álcool é a terceira substância com maior prevalência (19%), a par da cocaína (19%), sendo superado pela canábis (45%) e tabaco (44%). Deste modo, podemos concluir que o álcool, apesar de ser a substância mais consumida, não é aquela que configura maior risco para os adultos emergentes portugueses a frequentar o Ensino Superior. A canábis e o tabaco têm mais casos de risco moderado, apesar de registarem menor prevalência de consumo do que o álcool.

Por sua vez, estudantes universitários do sexo masculino apresentam níveis superiores de risco e de consumo de substâncias psicoativas nos últimos 3 meses em relação à generalidade das substâncias (tabaco, álcool e canábis). Quanto à cocaína, observam-se diferenças em função do sexo, relativamente aos níveis de risco, mas não quanto aos níveis de consumo. Importa sublinhar que a prevalência baixa (5%) de consumo de cocaína pode limitar a comparação entre sexos. Os padrões de consumo identificados vão ao encontro dos dados estatísticos conhecidos e que apontam para um consumo superior por parte do sexo masculino para as substâncias analisadas, à exceção da cocaína, onde os níveis de consumos são equiparáveis (DGS, 2019; OEDT, 2019a; SICAD, 2019, 2020).

Concernente aos maus-tratos infantis, os níveis de abuso físico e negligência (emocional e física) não apresentam diferenças em função do sexo. Contudo, deteta-se que participantes do sexo feminino apresentam níveis superiores de abuso sexual, uma diferença corroborada por outras investigações (Halpern et al., 2018; Stoltenborgh et al., 2015; WHO, 2013). Estes

resultados evidenciam que a violência infantil é comum a crianças e jovens de ambos os sexos, ainda que haja maior incidência de maus-tratos sexuais em raparigas.

Relativamente à hipótese de investigação 1, a mesma é parcialmente confirmada, uma vez que adultos emergentes com níveis superiores de consumo de substâncias psicoativas (tabaco, canábis e cocaína) experienciaram maus-tratos infantis físicos. Por essa razão, apresentam maior risco de desenvolver as consequências negativas associadas ao seu consumo (Andrews & Westling, 2014). Porém, não foi possível investigar se este padrão também se verifica em vítimas de abuso sexual, pela baixa prevalência (7%) deste tipo de violência na amostra.

Apesar de a negligência (emocional e física) não estar incluída na hipótese de investigação, verifica-se que as vítimas desta forma de maus-tratos infantis também apresentam níveis superiores de consumo de substâncias psicoativas (em relação ao tabaco e canábis). Este é um dado importante, na medida em que, tal como já foi abordado, a negligência é muitas vezes subvalorizada enquanto modalidade de violência, apesar da sua elevada prevalência e das consequências que origina. Os resultados obtidos refletem a necessidade de se desenvolverem investigações e intervenções orientadas para estas experiências específicas de maus-tratos (McSherry, 2007).

Não se verifica qualquer diferença nos níveis de consumo de álcool em função dos participantes terem sido vítimas, ou não, das formas de violência estudadas. A literatura retrata evidências fracas e/ou inconsistentes que associem os maus-tratos infantis e o consumo problemático de bebidas alcoólicas (Norman et al., 2012). Por outro lado, na população de estudantes universitários, independentemente da presença de outros fatores de risco, a substância com níveis mais elevados de consumo é o álcool (Andrews & Westling, 2014).

O facto de apenas se identificarem diferenças nos níveis de consumo de cocaína para o abuso físico sugere a possibilidade de existir uma relação específica entre esta modalidade de violência e o consumo desta substância, o que sustenta a hipótese de que cada tipo de maus-tratos poderá associar-se ao consumo de distintas substâncias psicoativas (Wells, 2009). Paralelamente, o facto de as vítimas de abuso físico apresentarem consumos significativamente superiores em mais uma substância psicoativa do que a negligência aponta para que a violência física seja uma das formas de maus-tratos infantis que mais aumenta o risco de consumo de substâncias psicoativas (Halpern et al., 2018).

Quanto à impulsividade e busca de sensações, os participantes do sexo masculino apresentam níveis superiores. Uma vez que não foi possível estudar as restantes facetas da

impulsividade (falta de planeamento, falta de perseverança, urgência negativa e urgência positiva), apenas podemos concluir que adultos emergentes do sexo masculino pontuam acima do sexo feminino em relação à busca de sensações, o que corrobora os resultados da literatura (Argyriou et al., 2020; Cyders, 2013).

Quanto às hipóteses de investigação 3 e 4 de que indivíduos com níveis mais elevados de risco de substâncias psicoativas apresentam níveis superiores de impulsividade e busca de sensações, respetivamente, as hipóteses são confirmadas em relação a todas as substâncias psicoativas estudadas (tabaco, álcool, canábis e cocaína). A literatura retrata que níveis superiores de uma ou mais facetas da impulsividade predizem o consumo de tabaco, álcool e canábis (Oshri et al., 2018). Indivíduos em tratamento para PCS devido ao consumo de cocaína também apresentam níveis superiores de impulsividade (Garcia-Marchena et al., 2018). Por sua vez, a busca de sensações é apontada como uma das facetas com maior associação ao consumo de substâncias psicoativas e à experiência de mais consequências negativas derivadas desses consumos (McCabe et al., 2015).

No que concerne às escalas de cuidado e hiperprotecção dos progenitores, apenas se observam diferenças significativas em função do sexo relativamente ao cuidado paternal (níveis superiores registados para o sexo feminino) e hiperprotecção maternal (níveis superiores registados para o sexo masculino). Quanto à hipótese de investigação 5 de que adultos emergentes com níveis superiores de risco de substâncias psicoativas apresentam um estilo de vinculação inseguro (valores inferiores de cuidado e/ou valores superiores de hiperprotecção), a mesma é confirmada quanto a todas as substâncias (tabaco, álcool, canábis e cocaína) em relação às escalas de hiperprotecção. Quanto às escalas de cuidado, apenas se confirma a hipótese em relação ao tabaco, canábis e cocaína. Apesar de não se poder inferir qualquer relação de causalidade, os resultados são compatíveis com o racional teórico da Teoria da Vinculação que defende que os indivíduos que apresentam um estilo de vinculação inseguro não desenvolveram estratégias de *coping* eficazes, podendo suprimir essa lacuna mediante o consumo deste tipo de substâncias (Schindler, 2019).

Conclusão

1. Observações principais

Identifica-se que indivíduos que foram vítimas de abuso físico apresentam níveis superiores de consumo de tabaco, canábis e cocaína, enquanto as vítimas de negligência (emocional e física) apenas registam consumos mais elevados de tabaco e canábis. Relativamente ao risco de substâncias psicoativas, os participantes no nível de risco moderado de tabaco, álcool, canábis e cocaína pontuam mais alto em relação à impulsividade e à busca de sensações. Por fim, quanto à vinculação com mãe e pai, os indivíduos que se encontram no nível de risco moderado de tabaco, canábis e cocaína apresentam níveis inferiores de cuidado e níveis superiores de hiperprotecção, enquanto os participantes que se situam no nível de risco moderado de álcool apenas pontuam mais alto para as escalas de hiperprotecção.

Apesar das limitações deste estudo, que serão explanadas no setor seguinte, esta investigação possibilita a comparação dos resultados obtidos numa amostra de adultos emergentes portugueses a frequentar o Ensino Superior com os dados referentes a outros projetos de investigação nacionais e/ou internacionais. Ademais, salienta-se a diferença existente entre os níveis de consumo e os níveis de risco de substâncias psicoativas. Ou seja, substâncias com maiores prevalências de consumo (e.g., álcool) podem não corresponder às substâncias em que há mais casos de risco (e.g., canábis). Esta diferença resulta do facto de o risco abranger aspetos como as consequências do consumo, os níveis de desejo da substância, entre outros, para além dos níveis de consumo. As conclusões apresentadas nesta investigação, a par dos conhecimentos teóricos e empíricos disponíveis, devem orientar intervenções mais completas e específicas com adultos emergentes que consomem substâncias psicoativas.

2. Limitações do estudo e orientações para futuras investigações

Em primeiro lugar, este estudo é de natureza correlacional, não tendo o objetivo de investigar a causalidade dos fenómenos. Por essa razão, não é possível assegurar qualquer relação de causa-efeito entre os fenómenos estudados, algo importante para a compreensão

aprofundada da relação entre o consumo de substâncias psicoativas, a experiência de maus-tratos infantis, o estilo de vinculação e o desenvolvimento de traços de personalidade, como é o caso da impulsividade. Apesar de serem investigações mais longas e que exigem mais tempo e recursos, as investigações longitudinais permitem o acesso a mais informação, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções melhor fundamentadas e ajustadas às necessidades dos indivíduos.

Concernente à amostra, foi impossível obter uma amostra representativa dos adultos emergentes portugueses a frequentar o Ensino Superior. Para tal, seria necessário assegurar que a amostra é representativa da população estudantil portuguesa, quanto ao sexo, idade, curso e instituição. Evidentemente, isto pressuporia acesso a todos os estudantes universitários nacionais. Ao efetuar a divulgação online do questionário, é impossível apurar a quantidade de alunos que tiveram contacto com o mesmo, mas optaram por não responder; bem como a quantidade de estudantes que não chegaram a ter conhecimento do mesmo. Nesse sentido, a criação de uma investigação em parceria com as diferentes instituições de ensino permitiria que cada instituição divulgasse junto dos seus estudantes o questionário, aumentando o tamanho da amostra e a sua representatividade.

Ainda do ponto de vista metodológico, procuraram-se identificar os instrumentos que melhor poderiam responder às questões de investigação desenvolvidas. Contudo, algumas escalas não reúnem todas as qualidades psicométricas desejadas, afetando a fiabilidade dos resultados e, por conseguinte, da análise e interpretação dos dados recolhidos. Por essa razão, não se puderam estudar as facetas da impulsividade e da busca de sensações, nem a violência psicológica. Ainda assim, os instrumentos selecionados já foram utilizados em variadas investigações portuguesas, o que contribui para a comparação de resultados obtidos em diferentes momentos e com diversas populações. No futuro, novos estudos de validação destas escalas (ou de outros instrumentos com os mesmos objetivos) poderiam contribuir para suprimir as lacunas dos instrumentos administrados.

Não foi encontrado qualquer instrumento validado para a população portuguesa que tivesse a finalidade de avaliar se adultos emergentes haviam testemunhado violência doméstica durante a sua infância. Atendendo à elevada prevalência de violência doméstica (APAV, 2019b, 2020) e tratando-se de uma forma de maltrato infantil (Hamburger, 2008), urge apurar a possível existência de uma relação entre estas experiências. A obtenção destes dados também possibilitaria a avaliação comparativa com as restantes tipologias de maus-tratos infantis e respetivas consequências.

Qualquer investigação que use medidas de autorrelato pode ser condicionada pelo efeito de desejabilidade social, algo que pode ser ainda mais significativo neste estudo por duas razões. Em primeiro lugar, os adultos emergentes, como já apresentado, encontram-se num estágio do desenvolvimento muito específico, em que ainda não está totalmente formada a sua identidade, o que pode aumentar o efeito de desejabilidade social. Por outro lado, questões de âmbito mais pessoal, como as experiências de maus-tratos na infância, são mais significativas para os participantes do que questões emocionalmente neutras. Ademais, os instrumentos de autorrelato são sensíveis à sub ou sobrevalorização das experiências pessoais. Por exemplo, a tendência para a desvalorização da negligência como forma de maltrato (Halpern et al., 2018; Stoltenborgh et al., 2015; WHO, 2013) pode interferir com os resultados obtidos.

Uma outra limitação trata-se da plataforma utilizada para a recolha de dados (“Google Docs - Formulários”), uma vez que não permite algumas opções que facilitariam a resposta dos participantes às questões colocadas. Por exemplo, nas perguntas sobre o consumo de substâncias psicoativas, seria positivo que as substâncias que os participantes indicam nunca ter consumido desaparecessem automaticamente das questões seguintes.

Em investigações futuras, deverá ainda ser avaliada a relação atual dos adultos emergentes com os pais e família (e.g., estilo de vinculação atual dos participantes com os progenitores). Ademais, atendendo a que foi estudado o efeito do sexo no consumo e risco de substâncias psicoativas, seria importante estudar o efeito do género e avaliar em que medida há interferência deste fator nos perfis de consumo e de risco, assim como nas respetivas consequências (Rogers et al., 2018).

Referências bibliográficas

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2018). Risky Sexual Behaviors and Pregnancy Outcomes in Young Adulthood Following Substantiated Childhood Maltreatment: Findings From a Prospective Birth Cohort Study. *J Sex Res*, 55(1), 106-119. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1368975>
- Andrews, J. A., & Westling, E. (2014). Substance Use in Emerging Adulthood. In J. J. Arnett (Ed.), *The Oxford Handbook of Emerging Adulthood*. Oxford Handbooks Online. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199795574.013.20>
- Argyriou, E., Um, M., Wu, W., & Cyders, M. A. (2020). Measurement Invariance of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale Across Age and Sex Across the Adult Life Span. *Assessment*, 27(3), 432-453. <https://doi.org/10.1177/1073191119832660>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2005). The Developmental Context of Substance use in Emerging Adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-253. <https://doi.org/10.1177/002204260503500>
- Arnett, J. J. (2014). A Longer Road to Adulthood. In *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties (2nd edition)*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929382.003.0001>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2019a). *Estatísticas APAV. Crianças e Jovens Vítimas de Crime e de Violência 2013-2018*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Criancas_Jovens_2013-2018.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2019b). *Estatísticas APAV. Relatório anual 2018*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2020). *Estatísticas APAV. Relatório anual 2019*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV-Relatorio_Anual_2019.pdf
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>

- Bretherton, I. (2008). A Communication Perspective on Attachment Relationships and Internal Working Models. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 310-329. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1995.tb00220.x>
- Chitas, V. C. (2010). *Consumo de drogas e outros comportamentos de risco na adolescência: factores de risco e factores de protecção* [Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/96439>
- Coskunpinar, A., Dir, A. L., & Cyders, M. A. (2013). Multidimensionality in impulsivity and alcohol use: a meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Alcohol Clin Exp Res*, 37(9), 1441-1450. <https://doi.org/10.1111/acer.12131>
- Curry, I., Luk, J. W., Trim, R. S., Hopfer, C. J., Hewitt, J. K., Stallings, M. C., Brown, S. A., & Wall, T. L. (2017). Impulsivity Dimensions and Risky Sex Behaviors in an At-Risk Young Adult Sample. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 529-536. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1054-x>
- Cyders, M. A. (2013). Impulsivity and the sexes: measurement and structural invariance of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Assessment*, 20(1), 86-97. <https://doi.org/10.1177/1073191111428762>
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2007). Mood-based rash action and its components: Positive and negative urgency. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 839-850. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.02.008>
- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Vale, I. C., Kleber, R., & Cardoso, R. M. (2013). Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância – Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*, 11(2), 103-120. <https://doi.org/10.14417/lp.11.2.713>
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Norma da Direção-Geral da Saúde: Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens (036/2012)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas>
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>
- Duschinsky, R. (2015). The emergence of the disorganized/disoriented (D) attachment classification, 1979-1982. *Hist Psychol*, 18(1), 32-46. <https://doi.org/10.1037/a0038524>

- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology (Berl)*, 214(1), 17-31. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1916-6>
- Esmaelzadeh, S., Moraros, J., Thorpe, L., & Bird, Y. (2018). The association between depression, anxiety and substance use among Canadian post-secondary students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 3241-3251. <https://doi.org/10.2147/ndt.S187419>
- Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L., & Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychol Bull*, 144(5), 532-555. <https://doi.org/10.1037/bul0000141>
- Fernandes, D. A. R. (2014). *Estudos de validação da escala de impulsividade BIS-11 de Barratt para uma amostra da população portuguesa* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/28357>
- Flory, K., Molina, B. S. G., Jr. William, E. P., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in Young Adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 571-577. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_8
- Fonagy, P. (1999). Attachment, the Development of the Self, and Its Pathology in Personality Disorders. In J. Derksen, C. Maffei, & H. Groen (Eds.), *Treatment of Personality Disorders*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6876-3_5
- Garcia-Marchena, N., Ladron de Guevara-Miranda, D., Pedraz, M., Araos, P. F., Rubio, G., Ruiz, J. J., Pavon, F. J., Serrano, A., Castilla-Ortega, E., Santin, L. J., & Rodriguez de Fonseca, F. (2018). Higher Impulsivity As a Distinctive Trait of Severe Cocaine Addiction among Individuals Treated for Cocaine or Alcohol Use Disorders. *Front Psychiatry*, 9, 26. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00026>
- Gidhagen, Y., Holmqvist, R., & Philips, B. (2018). Attachment style among outpatients with substance use disorders in psychological treatment. *Psychol Psychother*, 91(4), 490-508. <https://doi.org/10.1111/papt.12172>
- Halpern, S. C., Schuch, F. B., Scherer, J. N., Sordi, A. O., Pachado, M., Dalbosco, C., Fara, L., Pechansky, F., Kessler, F., & Von Diemen, L. (2018). Child Maltreatment and Illicit Substance Abuse: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Child Abuse Review*, 27(5), 344-360. <https://doi.org/10.1002/car.2534>

- Hochberg, Z. E., & Konner, M. (2019). Emerging Adulthood, a Pre-adult Life-History Stage. *Front Endocrinol (Lausanne)*, *10*(918), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00918>
- Huang, S., Trapido, E., Fleming, L., Arheart, K., Crandall, L., French, M., Malcolm, S., & Prado, G. (2011). The long-term effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood. *Addict Behav*, *36*(1-2), 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.09.001>
- Kristman-Valente, A., & Wells, E. A. (2013). The role of gender in the association between child maltreatment and substance use behavior: a systematic review of longitudinal research from 1995 to 2011. *Subst Use Misuse*, *48*(8), 645-660. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.800115>
- Kritsotakis, G., Papanikolaou, M., Androulakis, E., & Philalithis, A. E. (2017). Associations of Bullying and Cyberbullying With Substance Use and Sexual Risk Taking in Young Adults. *Journal of Nursing Scholarship*, *49*(4), 360-370. <https://doi.org/10.1111/jnu.12299>
- Laqueur, H. (2014). Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal. *Law & Social Inquiry*, *40*(3), 1-36. <https://doi.org/10.1111/lsi.12104>
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *J Clin Psychol*, *67*(2), 193-203. <https://doi.org/10.1002/jclp.20756>
- Liu, R. T. (2019). Childhood Maltreatment and Impulsivity: A Meta-Analysis and Recommendations for Future Study. *J Abnorm Child Psychol*, *47*(2), 221-243. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0445-3>
- MacCoun, R. J. (1993). Drugs and the law: A psychological analysis of drug prohibition. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 497-512. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.497>
- Maynard, B. R., Salas-Wright, C. P., & Vaughn, M. G. (2014). High school dropouts in emerging adulthood: substance use, mental health problems, and crime. *Community Ment Health J*, *51*(3), 289-299. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9760-5>
- McCabe, C. J., Louie, K. A., & King, K. M. (2015). Premeditation moderates the relation between sensation seeking and risky substance use among young adults. *Psychol Addict Behav*, *29*(3), 753-765. <https://doi.org/10.1037/adb0000075>
- McSherry, D. (2007). Understanding and addressing the "neglect of neglect": why are we making a mole-hill out of a mountain? *Child Abuse Negl*, *31*(6), 607-614. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.011>

- Mendoza-Melendez, M. A., Cepeda, A., Frankeberger, J., Lopez-Macario, M., & Valdez, A. (2018). History of child sexual abuse among women consuming illicit substances in Mexico City. *J Subst Use*, 23(5), 520-527. <https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1489478>
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Mostardinha, A. R., Bartolo, A., Bonifacio, J., & Pereira, A. (2019). Validação do The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) em Estudantes Universitários. *Acta Med Port*, 32(4), 279-288. <https://doi.org/10.20344/amp.10650>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9(11), 1-31. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2017). *Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Tendências e evoluções*. <https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017>
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019a). *Portugal Country Drug Report 2019*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/portugal_en
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019b). *Relatório Europeu sobre Drogas 2019: Tendências e evoluções*. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2019>
- Oshri, A., Kogan, S. M., Kwon, J. A., Wickrama, K. A. S., Vanderbroek, L., Palmer, A. A., & MacKillop, J. (2018). Impulsivity as a mechanism linking child abuse and neglect with substance use in adolescence and adulthood. *Dev Psychopathol*, 30(2), 417-435. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000943>
- Padykula, N. L., & Conklin, P. (2009). The Self Regulation Model of Attachment Trauma and Addiction. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351-360. <https://doi.org/10.1007/s10615-009-0204-6>
- Paul, E. L., & Hayes, K. A. (2002). The Casualties of 'Casual' Sex: A Qualitative Exploration of the Phenomenology of College Students' Hookups. *Journal of Social*

- and Personal Relationships*, 19(5), 639-661.
<https://doi.org/10.1177/0265407502195006>
- Rogers, M. M., McKinney, C., & Asberg, K. (2018). Substance use predicted by parental maltreatment, gender, and five-factor personality. *Personality and Individual Differences*, 128, 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.02.030>
- Schindler, A. (2019). Attachment and Substance Use Disorders-Theoretical Models, Empirical Evidence, and Implications for Treatment. *Front Psychiatry*, 10(727), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00727>
- Schindler, A., & Broning, S. (2015). A Review on Attachment and Adolescent Substance Abuse: Empirical Evidence and Implications for Prevention and Treatment. *Subst Abus*, 36(3), 304-213. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.983586>
- Schwartz, S. J., Côté, J. E., & Arnett, J. J. (2016). Identity and Agency in Emerging Adulthood. *Youth & Society*, 37(2), 201-229. <https://doi.org/10.1177/0044118x05275965>
- Serrudo, C. d. J. M. (2016). *Ambivalência durante a gravidez na adolescência* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/29475>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n.d.). *Instrumentos de rastreio e intervenção na rede*.
<http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Instrumentos.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019). *Relatório Anual 2018 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. <http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2020). *Sinopse Estatística 2018 - Álcool*.
<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/Paginas/default.aspx>
- Shin, S. H., Miller, D. P., & Teicher, M. H. (2013). Exposure to childhood neglect and physical abuse and developmental trajectories of heavy episodic drinking from early adolescence into young adulthood. *Drug Alcohol Depend*, 127(1-3), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.005>
- Skidmore, C. R., Kaufman, E. A., & Crowell, S. E. (2016). Substance Use Among College Students. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 25(4), 735-753. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.06.004>

- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463. [https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(00)00014-2)
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78-106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Swanson, J. A. (2016). Trends in Literature About Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 4(6), 391-402. <https://doi.org/10.1177/2167696816630468>
- Tonmyr, L., & Shields, M. (2017). Childhood sexual abuse and substance abuse: A gender paradox? *Child Abuse Negl*, 63, 284-294. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.004>
- Visser, L., Winter, A. F. d., & Reijneveld, S. A. (2012). The parent-child relationship and adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 12(886), 1-16. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-886>
- Wells, K. (2009). Substance abuse and child maltreatment. *Pediatr Clin North Am*, 56(2), 345-362. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2009.01.006>
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00064-7)
- Wood, D., Crapnell, T., Lau, L., Bennett, A., Lotstein, D., Ferris, M., & Kuo, A. (2018). Emerging Adulthood as a Critical Stage in the Life Course. In N. Halfon, C. B. Forrest, R. M. Lerner, & E. M. Faustman (Eds.), *Handbook of Life Course Health Development* (pp. 123-143). Spring. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3_7
- World Health Organization (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention WHO, Geneva, 29-31 March 1999*. WHO Press. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/>
- World Health Organization (2013). *European report on preventing child maltreatment*. WHO Press. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/>

Anexos

Anexo 1 - Estatísticas de item-total da escala de Tabaco (ASSIST)

Quadro 16: Escala de Tabaco (ASSIST) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|-----------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Cons3m_1 | .777 | .660 | .607 |
| Des3m_1 | .761 | .655 | .617 |
| Pro3m_1 | .401 | .171 | .762 |
| Preoc3m_1 | .647 | .427 | .670 |
| Redu3m_1 | .073 | .041 | .809 |

Anexo 2 - Estatísticas de item-total da escala de Álcool (ASSIST)

Quadro 17: Escala de Álcool (ASSIST) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|-----------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Cons3m_2 | .334 | .197 | .389 |
| Des3m_2 | .335 | .195 | .371 |
| Pro3m_2 | .261 | .096 | .428 |
| Alt3m_2 | .218 | .102 | .439 |
| Preoc3m_2 | .151 | .054 | .477 |
| Redu3m_2 | .253 | .081 | .433 |

Anexo 3 - Estatísticas de item-total da escala de Canábis (ASSIST)

Quadro 18: Escala de Canábis (ASSIST) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|-----------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Cons3m_3 | .523 | .502 | .564 |
| Des3m_3 | .608 | .525 | .518 |
| Pro3m_3 | .322 | .151 | .644 |
| Alt3m_3 | .304 | .140 | .650 |
| Preoc3m_3 | .337 | .156 | .638 |
| Redu3m_3 | .281 | .086 | .651 |

Anexo 4 - Estatísticas de item-total da escala de Cocaína (ASSIST)

Quadro 19: Escala de Cocaína (ASSIST) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|-----------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| Cons3m_4 | .184 | .178 | .593 |
| Des3m_4 | .166 | .157 | .588 |
| Pro3m_4 | .218 | .147 | .593 |
| Alt3m_4 | .545 | .319 | .405 |
| Preoc3m_4 | .469 | .224 | .459 |
| Redu3m_4 | .468 | .261 | .458 |

Anexo 5 - Estatísticas de item-total da escala total (CTQ-SF): análise inicial

Quadro 20: Escala total (CTQ-SF) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|-----|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| C1 | .117 | . | .925 |
| C2 | .555 | . | .920 |
| C3 | .558 | . | .920 |
| C4 | .246 | . | .923 |
| C5 | .543 | . | .920 |
| C6 | .310 | . | .923 |
| C7 | .780 | . | .916 |
| C8 | .670 | . | .918 |
| C9 | .340 | . | .923 |
| C10 | .292 | . | .900 |
| C11 | .506 | . | .921 |
| C12 | .455 | . | .921 |
| C13 | .730 | . | .917 |
| C14 | .653 | . | .918 |
| C15 | .571 | . | .920 |
| C16 | .265 | . | .906 |
| C17 | .382 | . | .923 |
| C18 | .624 | . | .919 |
| C19 | .713 | . | .917 |
| C20 | .382 | . | .922 |
| C21 | .387 | . | .903 |
| C22 | .258 | . | .911 |
| C23 | .348 | . | .923 |
| C24 | .359 | . | .922 |
| C25 | .738 | . | .916 |
| C26 | .312 | . | .923 |
| C27 | .334 | . | .923 |
| C28 | .785 | . | .915 |

Anexo 6 - Comunalidades das variáveis (CTQ-SF): primeira análise fatorial

Quadro 21: Escala total (CTQ-SF) - comunalidades

| | Inicial | Extração |
|-----|---------|----------|
| C2 | 1.000 | .534 |
| C3 | 1.000 | .603 |
| C5 | 1.000 | .453 |
| C6 | 1.000 | .503 |
| C7 | 1.000 | .733 |
| C8 | 1.000 | .551 |
| C9 | 1.000 | .727 |
| C11 | 1.000 | .680 |
| C12 | 1.000 | .552 |
| C13 | 1.000 | .676 |
| C14 | 1.000 | .644 |
| C15 | 1.000 | .695 |
| C17 | 1.000 | .633 |
| C18 | 1.000 | .487 |
| C19 | 1.000 | .658 |
| C20 | 1.000 | .893 |
| C21 | 1.000 | .825 |
| C23 | 1.000 | .917 |
| C24 | 1.000 | .694 |
| C25 | 1.000 | .676 |
| C26 | 1.000 | .513 |
| C27 | 1.000 | .747 |
| C28 | 1.000 | .728 |

Anexo 7 - Extração de fatores do (CTQ-SF): primeira análise fatorial

Quadro 22: Escala total (CTQ-SF) - variância total explicada

| Componente | Autovalores iniciais | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado | |
|------------|----------------------|----------------|--|----------------|---|----------------|
| | Total | % de variância | Total | % de variância | Total | % de variância |
| 1 | 8.177 | 35.550 | 8.177 | 35.550 | 6.052 | 26.312 |
| 2 | 4.006 | 17.416 | 4.006 | 17.416 | 4.457 | 19.378 |
| 3 | 1.780 | 7.738 | 1.780 | 7.738 | 3.404 | 14.801 |
| 4 | 1.160 | 5.042 | 1.160 | 5.042 | 1.209 | 5.255 |
| 5 | .928 | 4.033 | | | | |
| 6 | .829 | 3.606 | | | | |
| 7 | .717 | 3.118 | | | | |
| 8 | .663 | 2.885 | | | | |
| 9 | .597 | 2.595 | | | | |
| 10 | .486 | 2.114 | | | | |
| 11 | .469 | 2.039 | | | | |
| 12 | .422 | 1.833 | | | | |
| 13 | .411 | 1.789 | | | | |
| 14 | .360 | 1.565 | | | | |
| 15 | .320 | 1.392 | | | | |
| 16 | .293 | 1.275 | | | | |
| 17 | .281 | 1.221 | | | | |
| 18 | .268 | 1.163 | | | | |
| 19 | .243 | 1.058 | | | | |
| 20 | .210 | .915 | | | | |
| 21 | .186 | .808 | | | | |
| 22 | .118 | .513 | | | | |
| 23 | .077 | .333 | | | | |

Anexo 8 - Matriz de componentes após rotação *Varimax* (CTQ-SF): primeira análise fatorial

Quadro 23: Escala total (CTQ-SF) - matriz de componente rotativa

| | Componente | | | |
|-----|------------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C2 | .673 | -.015 | .064 | .277 |
| C3 | .575 | .018 | .276 | -.442 |
| C5 | .657 | .100 | -.024 | .105 |
| C6 | .057 | .314 | .558 | .298 |
| C7 | .838 | .071 | .153 | .055 |
| C8 | .652 | .104 | .334 | -.052 |
| C9 | .004 | .483 | .650 | .266 |
| C11 | .278 | .076 | .767 | -.096 |
| C12 | .252 | .087 | .678 | -.146 |
| C13 | .794 | .051 | .105 | .176 |
| C14 | .636 | .123 | .263 | -.394 |
| C15 | .371 | .091 | .727 | -.146 |
| C17 | -.048 | .374 | .671 | .202 |
| C18 | .587 | .157 | .314 | -.139 |
| C19 | .809 | .039 | .015 | .037 |
| C20 | .127 | .919 | .177 | .021 |
| C21 | .001 | .876 | .234 | .057 |
| C23 | .080 | .936 | .181 | .035 |
| C24 | .184 | .805 | .078 | -.076 |
| C25 | .704 | .150 | .296 | -.265 |
| C26 | .346 | .076 | .111 | .612 |
| C27 | .123 | .848 | .116 | .012 |
| C28 | .838 | .096 | .104 | .068 |

Anexo 9 - Comunalidades das variáveis (CTQ-SF): segunda análise fatorial

Quadro 24: Escala total (CTQ-SF) - comunalidades

| | Inicial | Extração |
|-----|---------|----------|
| C2 | 1.000 | .510 |
| C3 | 1.000 | .561 |
| C5 | 1.000 | .459 |
| C7 | 1.000 | .736 |
| C8 | 1.000 | .533 |
| C11 | 1.000 | .622 |
| C12 | 1.000 | .584 |
| C13 | 1.000 | .680 |
| C14 | 1.000 | .573 |
| C19 | 1.000 | .662 |
| C20 | 1.000 | .904 |
| C21 | 1.000 | .814 |
| C23 | 1.000 | .922 |
| C24 | 1.000 | .677 |
| C25 | 1.000 | .627 |
| C26 | 1.000 | .259 |
| C27 | 1.000 | .751 |
| C28 | 1.000 | .739 |

Anexo 10 - Extração de fatores (CTQ-SF): segunda análise fatorial

Quadro 25: Escala total (CTQ-SF) - variância total explicada

| Componente | Autovalores iniciais | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado | |
|------------|----------------------|----------------|--|----------------|---|----------------|
| | Total | % de variância | Total | % de variância | Total | % de variância |
| 1 | 6.791 | 37.726 | 6.791 | 37.726 | 4.618 | 25.655 |
| 2 | 3.496 | 19.420 | 3.496 | 19.420 | 4.115 | 22.860 |
| 3 | 1.326 | 7.365 | 1.326 | 7.365 | 2.879 | 15.996 |
| 4 | .993 | 5.514 | | | | |
| 5 | .811 | 4.507 | | | | |
| 6 | .688 | 3.822 | | | | |
| 7 | .630 | 3.501 | | | | |
| 8 | .499 | 2.775 | | | | |
| 9 | .434 | 2.412 | | | | |
| 10 | .418 | 2.321 | | | | |
| 11 | .381 | 2.115 | | | | |
| 12 | .312 | 1.736 | | | | |
| 13 | .305 | 1.696 | | | | |
| 14 | .278 | 1.545 | | | | |
| 15 | .228 | 1.266 | | | | |
| 16 | .206 | 1.142 | | | | |
| 17 | .126 | .702 | | | | |
| 18 | .078 | .434 | | | | |

Anexo 11 - Matriz de componentes após rotação Varimax (CTQ-SF): segunda análise fatorial

Quadro 26: Escala total (CTQ-SF) - matriz de componente rotativa

| | Componente | | |
|-----|------------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 |
| C2 | ,707 | ,006 | ,099 |
| C3 | ,361 | -,015 | ,656 |
| C5 | ,658 | ,078 | ,140 |
| C7 | ,784 | ,074 | ,341 |
| C8 | ,533 | ,125 | ,482 |
| C11 | ,097 | ,183 | ,761 |
| C12 | ,055 | ,181 | ,740 |
| C13 | ,790 | ,058 | ,230 |
| C14 | ,456 | ,079 | ,599 |
| C19 | ,777 | ,019 | ,241 |
| C20 | ,111 | ,936 | ,124 |
| C21 | ,001 | ,894 | ,120 |
| C23 | ,072 | ,952 | ,107 |
| C24 | ,147 | ,800 | ,124 |
| C25 | ,549 | ,144 | ,552 |
| C26 | ,464 | ,189 | -,120 |
| C27 | ,111 | ,855 | ,084 |
| C28 | ,800 | ,091 | ,291 |

Anexo 12 - Comunalidades (CTQ-SF): análise fatorial final

Quadro 27: Escala total (CTQ-SF) - comunalidades

| | Inicial | Extração |
|-----|---------|----------|
| C2 | 1.000 | .504 |
| C5 | 1.000 | .483 |
| C11 | 1.000 | .773 |
| C12 | 1.000 | .796 |
| C13 | 1.000 | .738 |
| C19 | 1.000 | .713 |
| C20 | 1.000 | .898 |
| C21 | 1.000 | .815 |
| C23 | 1.000 | .923 |
| C24 | 1.000 | .670 |
| C26 | 1.000 | .229 |
| C27 | 1.000 | .748 |
| C28 | 1.000 | .737 |

Anexo 13 - Extração de fatores (CTQ-SF): análise fatorial final

Quadro 28: Escala total (CTQ-SF) - variância total explicada

| Componente | Autovalores iniciais | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado | |
|------------|----------------------|----------------|--|----------------|---|----------------|
| | Total | % de variância | Total | % de variância | Total | % de variância |
| 1 | 4.923 | 37.870 | 4.923 | 37.870 | 4.039 | 31.071 |
| 2 | 2.924 | 22.494 | 2.924 | 22.494 | 3.361 | 25.856 |
| 3 | 1.180 | 9.080 | 1.180 | 9.080 | 1.627 | 12.516 |
| 4 | .889 | 6.840 | | | | |
| 5 | .644 | 4.956 | | | | |
| 6 | .547 | 4.211 | | | | |
| 7 | .451 | 3.472 | | | | |
| 8 | .382 | 2.940 | | | | |
| 9 | .332 | 2.553 | | | | |
| 10 | .289 | 2.223 | | | | |
| 11 | .222 | 1.709 | | | | |
| 12 | .134 | 1.033 | | | | |
| 13 | .081 | .620 | | | | |

Anexo 14 - Matriz de componentes após rotação *Varimax* (CTQ-SF): análise fatorial final

Quadro 29: Escala total (CTQ-SF) - matriz de componente rotativa

| | Componente | | |
|-----|------------|------|-------|
| | 1 | 2 | 3 |
| C2 | .014 | .709 | .044 |
| C5 | .087 | .676 | .135 |
| C11 | .166 | .198 | .840 |
| C12 | .154 | .163 | .864 |
| C13 | .056 | .837 | .183 |
| C19 | .025 | .832 | .143 |
| C20 | .931 | .117 | .135 |
| C21 | .894 | .011 | .125 |
| C23 | .952 | .077 | .107 |
| C24 | .798 | .157 | .093 |
| C26 | .155 | .450 | -.051 |
| C27 | .857 | .105 | .049 |
| C28 | .104 | .827 | .205 |

Anexo 15 - Estatísticas de item-total da escala de Abuso Sexual (CTQ-SF): análise final

Quadro 30: Escala de Abuso Sexual (CTQ-SF) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|-----|------------------------------------|---------------------------------|--|
| C20 | .898 | .845 | .895 |
| C21 | .818 | .771 | .912 |
| C23 | .914 | .885 | .892 |
| C24 | .721 | .541 | .938 |
| C27 | .783 | .637 | .916 |

Anexo 16 - Estatísticas de item-total da escala de Negligência (CTQ-SF): análise final

Quadro 31: Escala de Negligência (emocional e física; CTQ-SF) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|-----|------------------------------------|---------------------------------|--|
| C2 | .563 | .327 | .818 |
| C5 | .551 | .341 | .820 |
| C13 | .754 | .645 | .775 |
| C19 | .728 | .637 | .779 |
| C26 | .313 | .199 | .855 |
| C28 | .756 | .589 | .772 |

Anexo 17 - Estatísticas de item-total da escala de Abuso Físico (CTQ-SF): análise final

Quadro 32: Escala de Abuso Físico (CTQ-SF) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|-----|------------------------------------|---------------------------------|--|
| C11 | .588 | .346 | . |
| C12 | .588 | .346 | . |

Anexo 18 - Estatísticas de item-total da escala total (CTQ-SF): análise final

Quadro 33: Escala total (CTQ-SF) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|-----|------------------------------------|---------------------------------|--|
| C2 | .505 | .340 | .817 |
| C5 | .532 | .357 | .818 |
| C11 | .446 | .404 | .822 |
| C12 | .411 | .397 | .824 |
| C13 | .691 | .663 | .800 |
| C19 | .644 | .644 | .806 |
| C20 | .488 | .854 | .824 |
| C21 | .379 | .782 | .828 |
| C23 | .450 | .889 | .825 |
| C24 | .433 | .570 | .824 |
| C26 | .328 | .241 | .831 |
| C27 | .405 | .655 | .826 |
| C28 | .714 | .610 | .798 |

Anexo 19 - Estatísticas de item-total da escala total (BIS-11): análise inicial

Quadro 34: Escala total (BIS-11) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|--------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| BIS_1 | .441 | .328 | .807 |
| BIS_2 | .580 | .473 | .802 |
| BIS_3 | .156 | .189 | .818 |
| BIS_4 | .385 | .343 | .809 |
| BIS_5 | .474 | .302 | .806 |
| BIS_6 | .403 | .377 | .808 |
| BIS_7 | .326 | .236 | .812 |
| BIS_8 | .453 | .328 | .807 |
| BIS_9 | .533 | .405 | .803 |
| BIS_10 | .276 | .140 | .835 |
| BIS_11 | .236 | .471 | .816 |
| BIS_12 | .549 | .425 | .804 |
| BIS_13 | .276 | .164 | .813 |
| BIS_14 | .497 | .439 | .805 |
| BIS_15 | .107 | .322 | .820 |
| BIS_16 | .090 | .096 | .818 |
| BIS_17 | .562 | .512 | .803 |
| BIS_18 | .425 | .316 | .808 |
| BIS_19 | .494 | .444 | .805 |
| BIS_20 | .399 | .284 | .809 |
| BIS_21 | .093 | .122 | .819 |
| BIS_22 | .230 | .216 | .815 |
| BIS_23 | .093 | .088 | .820 |
| BIS_24 | .211 | .182 | .816 |
| BIS_25 | .223 | .158 | .815 |
| BIS_26 | .300 | .302 | .812 |
| BIS_27 | .131 | .210 | .819 |
| BIS_28 | .353 | .491 | .810 |
| BIS_29 | .195 | .278 | .817 |
| BIS_30 | .289 | .251 | .812 |

Anexo 20 - Estatísticas de item-total da escala total (BIS-11): análise final

Quadro 35: Escala total (BIS-11) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|--------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| BIS_1 | .439 | .293 | .827 |
| BIS_2 | .599 | .449 | .818 |
| BIS_4 | .340 | .226 | .832 |
| BIS_5 | .477 | .273 | .824 |
| BIS_6 | .451 | .357 | .826 |
| BIS_7 | .327 | .206 | .835 |
| BIS_8 | .465 | .292 | .825 |
| BIS_9 | .544 | .375 | .820 |
| BIS_12 | .517 | .355 | .823 |
| BIS_14 | .536 | .407 | .821 |
| BIS_17 | .584 | .485 | .819 |
| BIS_18 | .368 | .181 | .830 |
| BIS_19 | .498 | .410 | .823 |
| BIS_20 | .409 | .252 | .828 |
| BIS_26 | .359 | .272 | .831 |
| BIS_28 | .327 | .177 | .834 |

Anexo 21 - Comunalidades (BIS-11): análise fatorial inicial

Quadro 36: Escala total (BIS-11) - comunalidades

| | Inicial | Extração |
|--------|---------|----------|
| BIS_1 | 1.000 | .511 |
| BIS_2 | 1.000 | .589 |
| BIS_4 | 1.000 | .424 |
| BIS_5 | 1.000 | .375 |
| BIS_6 | 1.000 | .576 |
| BIS_7 | 1.000 | .455 |
| BIS_8 | 1.000 | .330 |
| BIS_9 | 1.000 | .523 |
| BIS_12 | 1.000 | .508 |
| BIS_14 | 1.000 | .614 |
| BIS_17 | 1.000 | .655 |
| BIS_18 | 1.000 | .231 |
| BIS_19 | 1.000 | .622 |
| BIS_20 | 1.000 | .527 |
| BIS_26 | 1.000 | .448 |
| BIS_28 | 1.000 | .354 |

Anexo 22 - Extração de fatores (BIS-11): análise fatorial inicial

Quadro 37: Escala total (BIS-11) - variância total explicada

| Componente | Autovalores iniciais | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado | |
|------------|----------------------|----------------|--|----------------|---|----------------|
| | Total | % de variância | Total | % de variância | Total | % de variância |
| 1 | 4.830 | 30.189 | 4.830 | 30.189 | 2.683 | 16,769 |
| 2 | 1.552 | 9.697 | 1.552 | 9.697 | 2.564 | 16,028 |
| 3 | 1.362 | 8.514 | 1.362 | 8.514 | 2.497 | 15,604 |
| 4 | .986 | 6.164 | | | | |
| 5 | .928 | 5.799 | | | | |
| 6 | .837 | 5.229 | | | | |
| 7 | .706 | 4.410 | | | | |
| 8 | .696 | 4.348 | | | | |
| 9 | .644 | 4.028 | | | | |
| 10 | .607 | 3.797 | | | | |
| 11 | .567 | 3.544 | | | | |
| 12 | .510 | 3.188 | | | | |
| 13 | .485 | 3.032 | | | | |
| 14 | .472 | 2.947 | | | | |
| 15 | .437 | 2.734 | | | | |
| 16 | .381 | 2.380 | | | | |

Anexo 23 - Matriz de componentes após rotação Varimax (BIS-11): análise fatorial inicial

Quadro 38: Escala total (BIS-11) - matriz de componente rotativa

| | Componente | | |
|--------|------------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 |
| BIS_1 | .111 | .118 | .697 |
| BIS_2 | .616 | .147 | .434 |
| BIS_4 | .307 | -.123 | .561 |
| BIS_5 | .202 | .279 | .506 |
| BIS_6 | .141 | .745 | .038 |
| BIS_7 | -.046 | .109 | .664 |
| BIS_8 | .266 | .436 | .263 |
| BIS_9 | .124 | .604 | .379 |
| BIS_12 | .359 | .105 | .607 |
| BIS_14 | .740 | .232 | .110 |
| BIS_17 | .756 | .202 | .205 |
| BIS_18 | .254 | .381 | .146 |
| BIS_19 | .768 | .140 | .117 |
| BIS_20 | -.110 | .628 | .347 |
| BIS_26 | .150 | .650 | -.054 |
| BIS_28 | .333 | .477 | -.123 |

Anexo 24 - Comunalidades (BIS-11): análise fatorial final

Quadro 39: Escala total (BIS-11) - comunalidades

| | Inicial | Extração |
|--------|---------|----------|
| BIS_1 | 1.000 | .272 |
| BIS_2 | 1.000 | .493 |
| BIS_4 | 1.000 | .186 |
| BIS_5 | 1.000 | .315 |
| BIS_6 | 1.000 | .275 |
| BIS_7 | 1.000 | .161 |
| BIS_8 | 1.000 | .307 |
| BIS_9 | 1.000 | .390 |
| BIS_12 | 1.000 | .380 |
| BIS_14 | 1.000 | .418 |
| BIS_17 | 1.000 | .479 |
| BIS_18 | 1.000 | .203 |
| BIS_19 | 1.000 | .379 |
| BIS_20 | 1.000 | .227 |
| BIS_26 | 1.000 | .181 |
| BIS_28 | 1.000 | .163 |

Anexo 25 - Extração de fatores (BIS-11): análise fatorial final

Quadro 40: Escala total (BIS-11) - variância total explicada

| Componente | Autovalores iniciais | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | |
|------------|----------------------|----------------|--|----------------|
| | Total | % de variância | Total | % de variância |
| 1 | 4.830 | 30.189 | 4.830 | 30.189 |
| 2 | 1.552 | 9.697 | | |
| 3 | 1.362 | 8.514 | | |
| 4 | .986 | 6.164 | | |
| 5 | .928 | 5.799 | | |
| 6 | .837 | 5.229 | | |
| 7 | .706 | 4.410 | | |
| 8 | .696 | 4.348 | | |
| 9 | .644 | 4.028 | | |
| 10 | .607 | 3.797 | | |
| 11 | .567 | 3.544 | | |
| 12 | .510 | 3.188 | | |
| 13 | .485 | 3.032 | | |
| 14 | .472 | 2.947 | | |
| 15 | .437 | 2.734 | | |
| 16 | .381 | 2.380 | | |

Anexo 26 - Matriz de componentes (BIS-11): análise fatorial final

Quadro 41: Escala total (BIS-11) - matriz de componente

| | Componente |
|--------|------------|
| | 1 |
| BIS_1 | .521 |
| BIS_2 | .702 |
| BIS_4 | .432 |
| BIS_5 | .562 |
| BIS_6 | .525 |
| BIS_7 | .402 |
| BIS_8 | .554 |
| BIS_9 | .624 |
| BIS_12 | .617 |
| BIS_14 | .647 |
| BIS_17 | .692 |
| BIS_18 | .451 |
| BIS_19 | .615 |
| BIS_20 | .476 |
| BIS_26 | .425 |
| BIS_28 | .403 |

Anexo 27 - Estatísticas de item-total da escala total (BSSS-V): análise inicial

Quadro 42: Escala total (BSSS-V) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|--------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| BSSS_1 | .603 | .437 | .744 |
| BSSS_2 | .540 | .306 | .753 |
| BSSS_3 | .594 | .472 | .744 |
| BSSS_4 | .392 | .235 | .781 |
| BSSS_5 | .469 | .289 | .765 |
| BSSS_6 | .567 | .399 | .748 |
| BSSS_7 | .279 | .147 | .795 |
| BSSS_8 | .541 | .315 | .758 |

Anexo 28 - Estatísticas de item-total da escala total (BSSS-V): análise final

Quadro 43: Escala total (BSSS-V) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) |
|--------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| BSSS_1 | .625 | .437 | .751 |
| BSSS_2 | .539 | .301 | .766 |
| BSSS_3 | .612 | .471 | .752 |
| BSSS_4 | .421 | .230 | .793 |
| BSSS_5 | .420 | .229 | .789 |
| BSSS_6 | .572 | .399 | .760 |
| BSSS_8 | .541 | .313 | .770 |

Anexo 29 - Comunalidades (BSSS-V)

Quadro 44: Escala total (BSSS-V) - comunalidades

| | Inicial | Extração |
|--------|---------|----------|
| BSSS_1 | 1.000 | .578 |
| BSSS_2 | 1.000 | .454 |
| BSSS_3 | 1.000 | .583 |
| BSSS_4 | 1.000 | .313 |
| BSSS_5 | 1.000 | .313 |
| BSSS_6 | 1.000 | .523 |
| BSSS_8 | 1.000 | .474 |

Anexo 30 - Extração de fatores (BSSS-V)

Quadro 45: Escala total (BSSS-V) - variância total explicada

| Componente | Autovalores iniciais | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | |
|------------|----------------------|----------------|--|----------------|
| | Total | % de variância | Total | % de variância |
| 1 | 3.238 | 46.255 | 3.238 | 46.255 |
| 2 | .910 | 13.000 | | |
| 3 | .806 | 11.513 | | |
| 4 | .630 | 8.999 | | |
| 5 | .566 | 8.080 | | |
| 6 | .489 | 6.985 | | |
| 7 | .362 | 5.169 | | |

Anexo 31 - Matriz de componentes (BSSS-V)

Quadro 46: Escala total (BSSS-V) - matriz de componente

| | Componente |
|--------|------------|
| | 1 |
| BSSS_1 | .760 |
| BSSS_2 | .674 |
| BSSS_3 | .763 |
| BSSS_4 | .560 |
| BSSS_5 | .559 |
| BSSS_6 | .723 |
| BSSS_8 | .689 |

Anexo 32 - Estatísticas de item-total das escalas de Cuidado Maternal e Paternal (PBI)

Quadro 47: Escalas de Cuidado Maternal e Paternal (PBI) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | | Correlação múltipla ao quadrado | | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) | |
|--------|------------------------------------|----------|---------------------------------|----------|--|----------|
| | Maternal | Paternal | Maternal | Paternal | Maternal | Paternal |
| PBI_1 | .713 | .758 | .570 | .630 | .923 | .931 |
| PBI_2 | .644 | .689 | .445 | .517 | .925 | .933 |
| PBI_4 | .714 | .767 | .590 | .630 | .922 | .930 |
| PBI_5 | .744 | .722 | .603 | .565 | .921 | .932 |
| PBI_6 | .752 | .799 | .665 | .674 | .921 | .929 |
| PBI_11 | .654 | .675 | .484 | .536 | .925 | .934 |
| PBI_12 | .767 | .750 | .662 | .613 | .921 | .931 |
| PBI_14 | .605 | .649 | .439 | .455 | .928 | .935 |
| PBI_16 | .669 | .654 | .489 | .471 | .924 | .934 |
| PBI_17 | .712 | .757 | .546 | .608 | .922 | .931 |
| PBI_18 | .721 | .767 | .555 | .604 | .922 | .930 |
| PBI_24 | .713 | .666 | .540 | .457 | .922 | .934 |

Anexo 33 - Estatísticas de item-total das escalas de Hiperprotecção Maternal e Paternal (PBI)

Quadro 48: Escalas de Hiperprotecção da Mãe e do Pai (PBI) - estatísticas de item-total

| | Correlação de item total corrigida | | Correlação múltipla ao quadrado | | Alfa de Cronbach (após exclusão do item) | |
|--------|------------------------------------|----------|---------------------------------|----------|--|----------|
| | Maternal | Paternal | Maternal | Paternal | Maternal | Paternal |
| PBI_3 | .581 | .529 | .444 | .405 | .894 | .877 |
| PBI_7 | .673 | .576 | .602 | .461 | .891 | .874 |
| PBI_8 | .491 | .432 | .357 | .303 | .898 | .882 |
| PBI_9 | .732 | .754 | .591 | .655 | .887 | .864 |
| PBI_10 | .621 | .643 | .448 | .545 | .892 | .871 |
| PBI_13 | .536 | .412 | .422 | .313 | .896 | .883 |
| PBI_15 | .692 | .708 | .584 | .590 | .890 | .868 |
| PBI_19 | .651 | .598 | .549 | .498 | .891 | .873 |
| PBI_20 | .609 | .621 | .504 | .510 | .893 | .873 |
| PBI_21 | .654 | .630 | .797 | .692 | .891 | .871 |
| PBI_22 | .584 | .536 | .768 | .640 | .894 | .877 |
| PBI_23 | .540 | .518 | .332 | .344 | .896 | .878 |
| PBI_25 | .555 | .475 | .406 | .281 | .896 | .879 |

Anexo 34 - Comunalidades das Escalas da Mãe e do Pai (PBI)

Quadro 49: Escalas da Mãe e do Pai (PBI) - comunalidades

| | Inicial | | Extração | |
|--------|---------|-------|----------|------|
| | Mãe | Pai | Mãe | Pai |
| PBI_1 | 1.000 | 1.000 | .659 | .655 |
| PBI_2 | 1.000 | 1.000 | .597 | .539 |
| PBI_3 | 1.000 | 1.000 | .591 | .410 |
| PBI_4 | 1.000 | 1.000 | .676 | .668 |
| PBI_5 | 1.000 | 1.000 | .722 | .591 |
| PBI_6 | 1.000 | 1.000 | .724 | .715 |
| PBI_7 | 1.000 | 1.000 | .608 | .483 |
| PBI_8 | 1.000 | 1.000 | .541 | .294 |
| PBI_9 | 1.000 | 1.000 | .639 | .671 |
| PBI_10 | 1.000 | 1.000 | .517 | .529 |
| PBI_11 | 1.000 | 1.000 | .565 | .534 |
| PBI_12 | 1.000 | 1.000 | .708 | .650 |
| PBI_13 | 1.000 | 1.000 | .632 | .335 |
| PBI_14 | 1.000 | 1.000 | .583 | .508 |
| PBI_15 | 1.000 | 1.000 | .595 | .592 |
| PBI_16 | 1.000 | 1.000 | .606 | .501 |
| PBI_17 | 1.000 | 1.000 | .629 | .633 |
| PBI_18 | 1.000 | 1.000 | .604 | .652 |
| PBI_19 | 1.000 | 1.000 | .691 | .474 |
| PBI_20 | 1.000 | 1.000 | .656 | .500 |
| PBI_21 | 1.000 | 1.000 | .825 | .476 |
| PBI_22 | 1.000 | 1.000 | .765 | .372 |
| PBI_23 | 1.000 | 1.000 | .593 | .454 |
| PBI_24 | 1.000 | 1.000 | .636 | .522 |
| PBI_25 | 1.000 | 1.000 | .442 | .294 |

Anexo 35 - Extração de fatores dos itens relativos à mãe (PBI)

Quadro 50: Escalas da Mãe (PBI) - variância total explicada

| Componente | Autovalores iniciais | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado | |
|------------|----------------------|----------------|--|----------------|---|----------------|
| | Total | % de variância | Total | % de variância | Total | % de variância |
| 1 | 9.514 | 38.055 | 9.514 | 38.055 | 7.280 | 29.121 |
| 2 | 3.738 | 14.952 | 3.738 | 14.952 | 5.971 | 23.886 |
| 3 | 1.543 | 6.173 | | | | |
| 4 | 1.010 | 4.042 | | | | |
| 5 | .833 | 3.331 | | | | |
| 6 | .735 | 2.940 | | | | |
| 7 | .662 | 2.648 | | | | |
| 8 | .615 | 2.460 | | | | |
| 9 | .589 | 2.358 | | | | |
| 10 | .542 | 2.168 | | | | |
| 11 | .509 | 2.038 | | | | |
| 12 | .493 | 1.972 | | | | |
| 13 | .474 | 1.897 | | | | |
| 14 | .442 | 1.769 | | | | |
| 15 | .419 | 1.677 | | | | |
| 16 | .368 | 1.474 | | | | |
| 17 | .365 | 1.460 | | | | |
| 18 | .345 | 1.380 | | | | |
| 19 | .338 | 1.353 | | | | |
| 20 | .319 | 1.278 | | | | |
| 21 | .285 | 1.140 | | | | |
| 22 | .270 | 1.080 | | | | |
| 23 | .252 | 1.008 | | | | |
| 24 | .222 | .887 | | | | |
| 25 | .115 | .459 | | | | |

**Anexo 36 - Matriz de componentes dos itens relativos à mãe após rotação *Varimax*
(PBI)**

Quadro 51: Escalas da Mãe (PBI) - matriz de componente rotativa

| | Componente | |
|----------|------------|-------|
| | 1 | 2 |
| PBI_M_1 | .750 | -.197 |
| PBI_M_2 | .671 | -.155 |
| PBI_M_3 | -.297 | .591 |
| PBI_M_4 | .784 | -.072 |
| PBI_M_5 | .736 | -.265 |
| PBI_M_6 | .830 | -.029 |
| PBI_M_7 | -.384 | .658 |
| PBI_M_8 | -.005 | .587 |
| PBI_M_9 | -.252 | .745 |
| PBI_M_10 | -.311 | .627 |
| PBI_M_11 | .700 | -.114 |
| PBI_M_12 | .827 | -.091 |
| PBI_M_13 | .063 | .656 |
| PBI_M_14 | .585 | -.373 |
| PBI_M_15 | -.267 | .706 |
| PBI_M_16 | .711 | -.170 |
| PBI_M_17 | .716 | -.244 |
| PBI_M_18 | .765 | -.097 |
| PBI_M_19 | -.328 | .648 |
| PBI_M_20 | -.306 | .608 |
| PBI_M_21 | -.085 | .722 |
| PBI_M_22 | -.067 | .662 |
| PBI_M_23 | .083 | .677 |
| PBI_M_24 | .774 | -.082 |
| PBI_M_25 | -.117 | .599 |

Anexo 37 - Extração de fatores dos itens relativos ao pai (PBI)

Quadro 52: Escalas do Pai (PBI) - variância total explicada

| Componente | Autovalores iniciais | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado | |
|------------|----------------------|----------------|--|----------------|---|----------------|
| | Total | % de variância | Total | % de variância | Total | % de variância |
| 1 | 9.612 | 38.449 | 9.612 | 38.449 | 7.652 | 30.607 |
| 2 | 3.440 | 13.762 | 3.440 | 13.762 | 5.401 | 21.604 |
| 3 | 1.535 | 6.140 | | | | |
| 4 | .997 | 3.987 | | | | |
| 5 | .829 | 3.317 | | | | |
| 6 | .744 | 2.974 | | | | |
| 7 | .669 | 2.677 | | | | |
| 8 | .648 | 2.591 | | | | |
| 9 | .603 | 2.411 | | | | |
| 10 | .586 | 2.344 | | | | |
| 11 | .555 | 2.218 | | | | |
| 12 | .522 | 2.090 | | | | |
| 13 | .489 | 1.954 | | | | |
| 14 | .445 | 1.778 | | | | |
| 15 | .433 | 1.734 | | | | |
| 16 | .403 | 1.611 | | | | |
| 17 | .349 | 1.398 | | | | |
| 18 | .334 | 1.337 | | | | |
| 19 | .312 | 1.249 | | | | |
| 20 | .308 | 1.232 | | | | |
| 21 | .287 | 1.150 | | | | |
| 22 | .264 | 1.056 | | | | |
| 23 | .244 | .974 | | | | |
| 24 | .206 | .826 | | | | |
| 25 | .185 | .742 | | | | |

**Anexo 38 - Matriz de componentes dos itens relativos ao pai após rotação *Varimax*
(PBI)**

Quadro 53: Escalas do Pai (PBI) - matriz de componente rotativa

| | Componente | |
|----------|------------|-------|
| | 1 | 2 |
| PBI_P_1 | .789 | -.180 |
| PBI_P_2 | .726 | -.111 |
| PBI_P_3 | -.407 | .494 |
| PBI_P_4 | .808 | -.121 |
| PBI_P_5 | .758 | -.130 |
| PBI_P_6 | .842 | -.083 |
| PBI_P_7 | -.427 | .548 |
| PBI_P_8 | -.017 | .542 |
| PBI_P_9 | -.243 | .783 |
| PBI_P_10 | -.278 | .672 |
| PBI_P_11 | .721 | -.115 |
| PBI_P_12 | .794 | -.140 |
| PBI_P_13 | .116 | .567 |
| PBI_P_14 | .639 | -.315 |
| PBI_P_15 | -.302 | .708 |
| PBI_P_16 | .669 | -.230 |
| PBI_P_17 | .777 | -.171 |
| PBI_P_18 | .800 | -.110 |
| PBI_P_19 | -.279 | .629 |
| PBI_P_20 | -.258 | .659 |
| PBI_P_21 | -.168 | .669 |
| PBI_P_22 | -.081 | .604 |
| PBI_P_23 | .093 | .668 |
| PBI_P_24 | .708 | -.146 |
| PBI_P_25 | -.194 | .507 |