



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Impacto do Trauma na Saúde Emocional: Regulação Emocional, Autoestima e Comportamentos de Risco

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Diana Vanessa Abreu Vieira de Castro

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

SETEMBRO 2024



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Impacto do Trauma na Saúde Emocional: Regulação Emocional, Autoestima e Comportamentos de Risco

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Diana Vanessa Abreu Vieira de Castro

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**

Resumo

O trauma apresenta um impacto significativo na saúde emocional e influencia a regulação emocional, a autoestima e os comportamentos de risco. O objetivo deste estudo é analisar o impacto do trauma na saúde emocional em relação a variáveis psicossociais, nomeadamente a regulação emocional, a autoestima e os comportamentos de risco. Contou com a participação de 62 indivíduos, maioritariamente do sexo feminino, entre os 18 e os 71 anos. As variáveis em estudo foram avaliadas através dos seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico; Questionário de Trauma Infantil; Escala de Dificuldades na Regulação Emocional; Escala de Autoestima e Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde. Verificou-se que os participantes que não foram vítimas de trauma na infância apresentam uma média superior em termos de autoestima e médias inferiores em todas as dimensões de comportamentos e atitudes de saúde e dificuldades na regulação emocional. Registou-se também uma associação negativa estatisticamente significativa entre o trauma na infância e a autoestima, indicando assim que mais experiências traumáticas na infância se encontram relacionadas com menores níveis de autoestima. Por último, a falta de consciência emocional revelou ser um preditor estatisticamente significativo, indicando mais comportamentos de risco. É necessário intervir nesta população através de intervenções que se baseiem em reduzir o impacto causado por estas experiências traumáticas, em específico na regulação emocional, na autoestima e nos comportamentos de risco.

Palavras-Chave: Trauma; Regulação Emocional; Autoestima; Comportamentos de Risco.

Abstract

The evidence that trauma has a significant impact on emotional health and will, therefore, influence emotion regulation, self-esteem and risk behaviors is diverse. The aim of this study is to analyze the impact of trauma on emotional health in relation to psychosocial variables, namely emotion regulation, self-esteem and risk behaviors. It had the participation of 62 individuals, mostly female, between 18 and 71 years. The variables under study were evaluated for the following questionnaires: Sociodemographic Questionnaire; Childhood Trauma Questionnaire; Difficulties in Emotion Regulation Scale; Rosenberg Self- Esteem Scale and Health Attitudes and Behaviors Questionnaire. Results showed that participants who were not victims of childhood trauma had a higher average in terms of self-esteem and lower averages in all dimensions of health behaviors and attitudes and difficulties in emotional regulation. Additionally, a statistically significant negative correlation was found between childhood trauma and self-esteem, thus indicating that more traumatic experiences in childhood are related to lower levels of self-esteem. Finally, the lack of emotional awareness proved to be a statistically significant predictor, indicating more risky behaviors. It is necessary to intervene in this population through interventions that are based on reducing the impact caused by these traumatic experiences, specifically on emotional regulation, self-esteem and risk behaviors.

Keywords: Trauma; Emotional Regulation; Self-Esteem; Risk behaviors.

Índice

Introdução	6
Enquadramento teórico	8
Trauma na Infância e Sintomatologia.....	8
Trauma na Infância e Repercussões na Idade Adulta.....	9
Trauma na Infância e Regulação Emocional	10
Trauma na Infância e Autoestima.....	11
Trauma na Infância e Comportamentos de Risco	11
Metodologia.....	13
Objetivo e Hipóteses	13
Desenho do estudo.....	14
Variáveis	14
Variáveis independentes	14
Variáveis dependentes/de resultado.....	14
Amostra.....	14
Instrumentos.....	16
Análise de dados.....	18
Resultados.....	19
Discussão.....	25
Limitações.....	27
Conclusão	27
Anexos.....	37

Introdução

A palavra trauma, na sua origem grega, remete a ferida. Trauma é definido por Laplanche e Pontalis (1998) como um acontecimento de vida caracterizado pela sua intensidade e pelo facto de o indivíduo se encontrar incapaz de reagir adequadamente ao mesmo, devido à perturbação e aos efeitos patogénicos.

Segundo a APA (2020), trauma é o experimento individual de um evento que implica a morte, ferimento grave, ameaça de morte, ou à integridade física, o testemunho de um evento que envolva a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa, ou ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta, ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave num familiar ou amigo próximo.

Acontecimento traumático diz, então, respeito a algo que ultrapassa a típica experiência do Ser Humano (APA, 2020) Jacobsson et al. (2015) definem um incidente crítico como um acontecimento suficientemente stressante para dominar as estratégias habituais de *coping* do indivíduo, resultando numa reação emocional forte e desagradável que tem como consequência uma incapacidade de atuar de forma adequada no presente ou em momentos posteriores; trata-se de algo inesperado, que não é planeado, e que é invulgar face a experiências humanas semelhantes.

É importante perceber de que forma uma história de abuso na infância terá impacto na vida adulta da vítima, sendo que o abuso na infância é considerado uma violação dos direitos de uma criança, que deveria ser preservada (Kempe, 1978), no entanto, a definição do mesmo pode variar consoante a cultura presente, o que dificulta a obtenção de um consenso em relação à definição sobre o abuso na infância.

O tema do presente estudo é muito importante uma vez que é essencial perceber as consequências que o trauma causa na saúde emocional e nas diversas variáveis psicossociais relacionadas, para que seja possível a realização de programas de informação, prevenção e intervenção. Este estudo incide sobre as variáveis regulação emocional, a autoestima e comportamentos de risco, sendo que é esperado que vítimas de trauma na infância apresentem menor autoestima, menor regulação emocional e mais comportamentos de risco quando comparadas com não vítimas; é esperado que o trauma na infância se relacione de forma positiva com os comportamentos de risco e apresente uma relação negativa com a regulação emocional e com a autoestima e é também esperado que o trauma na infância se apresente como um preditor positivo dos comportamentos de risco e que a regulação emocional e autoestima sejam preditores negativos dos comportamentos de risco.

O objetivo deste estudo é, então, analisar o impacto do trauma na saúde emocional em relação a variáveis psicossociais, como a regulação emocional, a autoestima e os comportamentos de saúde, tal como estudar as diferenças entre vítimas e não vítimas.

Enquadramento teórico

Trauma na Infância e Sintomatologia

Freud (1920), define trauma como um acontecimento que rompe as estruturas responsáveis por protegerem o ego, no entanto nem todos os acontecimentos traumáticos são considerados destruidores. Quando a mente é protegida através da defesa do indivíduo, a situação traumática pode não provocar danos permanentes.

Trauma refere-se a um evento que causa danos graves, a longo prazo, no sistema psíquico do indivíduo, em termos de características individuais (Garland, 2015). A intensidade das consequências do acontecimento traumático é elevada, de modo a que não possibilita a atuação dos mecanismos de defesas contra a ansiedade causada pela experiência, gerando por isso sofrimento psicológico. As crianças, uma vez que se encontram em desenvolvimento, apresentam-se mais predispostas a este tipo de evento (Garland, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), os maus-tratos infantis referem-se a abusos e negligências cometidas em crianças com idade inferior a 18 anos. Abrangem todos os tipos de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência e exploração comercial, que ocorram no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder, e que tenham como resultado danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança (OMS, 2016).

Tendo em conta os dados da OMS (2016), um quarto da população adulta relata terem sido vítimas de abuso físico enquanto crianças. Adicionalmente, uma em cada cinco mulheres e um em cada treze homens, em média, reportam ter sido vítima de abuso sexual na infância. Salienta-se ainda que indivíduos que sofreram acidentes rodoviários apresentam, com frequência, sintomas psicológicos e dificuldades emocionais ao lidar com as consequências do acontecimento, ainda que não tenham sofrido ferimentos graves (Jeavons, 2000), sendo bastante frequente desenvolverem uma fobia ou evitarem estímulos que os relembram do acontecimento, como passar pelo local do mesmo (Mayou et al., 2001).

Eventos potencialmente traumáticos podem despoletar vários sintomas, como ansiedade, medo, dor, fadiga, falta de concentração e/ou tensão, sendo que podem ter lugar apenas no momento do acontecimento, nos primeiros dias após, ou podem durar vários dias após o evento. Apenas uma pequena percentagem dos indivíduos desenvolve problemas psicossociais crónicos ou persistentes como Depressão, Ansiedade, Abuso de Substâncias ou Stress Pós-Traumático (Bosmans, 2015; Wagner, Fraess-Phillips & Mikkelsen, 2016). Os traumas que foram vividos diretamente encontram-se relacionados com uma probabilidade mais elevada de desenvolver Perturbação de Stress Pós-Traumático, bem como com uma

maior gravidade e longevidade dos sintomas (LeBouthillier et al., 2015). A PTSD apresenta como característica particular os sintomas individuais se desenvolverem após a exposição a um ou vários eventos traumáticos (DSM-V, 2014). Sendo assim, quando visto clinicamente, esta perturbação varia entre indivíduos que estiverem expostos a sintomas de medo, revivência emocional e comportamental, humor disfórico e cognições negativas, excitação, sintomas reativos e sintomas dissociativos (DSM-V, 2014).

Trauma na Infância e Repercussões na Idade Adulta

Os maus tratos infantis constituem um problema mundial (Viola et al., 2016). A exposição das crianças de forma prematura a este tipo de experiências aumenta o risco de diversos sintomas psiquiátricos e consequências negativas na vida adulta, tais como depressão, ansiedade, abuso de substância e comportamentos de risco (Waikamp & Serralta, 2018).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), apresenta quatro tipos de maus tratos-infantis: **1.** Abuso físico (o uso intencional de força física contra uma criança, como bater, chutar, morder, estrangular, esgaldar, queimar, envenenar e sufocar); **2.** Abuso sexual (o envolvimento de uma criança em atividade sexual); **3.** Abuso emocional e psicológico (acontece quando os pais ou cuidadores não proporcionam um ambiente seguro e adequado) e **4.** Negligência (falha em garantir o bem-estar da criança ao nível da saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras) (Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, 2002).

Neste sentido, os cuidados primários enquanto criança são cruciais para um desenvolvimento normativo e saudável em termos de estruturação psíquica, aquisição de competências de regulação afetiva, capacidade reflexiva e autonomia (Garland, 2015). Assim sendo, momentos traumáticos e falhas graves nas relações precoces podem interferir ou modificar o processo de desenvolvimento saudável, o que tem como consequência a diminuição dos recursos psicológicos (Fonagy, Gabbard, & Clarkin, 2013).

Consequentemente, o indivíduo fica mais vulnerável ao sofrimento psicológico (Fonagy, Gabbard, & Clarkin, 2013).

Evidências apontam que crianças expostas a traumas apresentam um risco superior, na idade adulta, para o desenvolvimento de condições clínicas, como perturbações do humor (Zavaschi et al., 2006; Figueiredo, Dell'aglio, Silva, Souza e Argimon, 2013; Li, Darcy, Meng, 2016), perturbações psicóticas (Read, Van, Morrison & Ross, 2005; Catalan et al., 2017; Isvoranu et al., 2017), perturbação de stresse pós-traumático (Breslau et al., 2014),

comportamentos suicidas e de alto risco (Lu et al., 2008), violência conjugal e maus tratos em

crianças (Roustit et al., 2009) e perturbações de personalidade (Waxman, Fenton, Skodol, Grant, & Hasin, 2014; Conceição, Bello, Kristensen, & Dornelles, 2015).

O estudo das consequências dos traumas na infância no desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta é de extrema importância devido ao impacto destrutivo dos transtornos mentais no desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social dos indivíduos (Holt, Buckley, & Whelan, 2008). A evidência aponta para uma relação entre a exposição a trauma precoce e alterações na estrutura cerebral (Kristensen, Parente, & Kaszniak, 2006; Hoy et al, 2012; AAS et al., 2012), nas funções cognitivas (Grassi-Oliveira, Ashy, & Stein, 2008; AAS et al., 2012) e défices no funcionamento psicológico (Jonas et al., 2011). A literatura psicanalítica pós-freudiana realça a relevância de um ambiente seguro e saudável, com cuidadores protetores e não invasivos para um desenvolvimento psíquico saudável (Winnicott, 2012; Kohut, 1984; Fonagy et al, 2013; Fonagy, 2004).

Trauma na Infância e Regulação Emocional

A regulação emocional é definida por Graz e Roemer (2004) como um processo de ter consciência e compreensão das emoções, assim como aceitar as mesmas e ser capaz de controlar comportamentos impulsivos, comportando-se de acordo com objetivos pré-estabelecidos, até perante de emoções negativas.

As estratégias de regulação emocional que têm origem em fases iniciais do desenvolvimento das emoções têm resultados diferentes das fases mais tardias, gerando também consequências distintas dos processos cognitivos ou comportamentais (Ochsner & Lieberman, 2001). Os processos de tomada de decisão são também diferentes em função da associação emocional feita pelo indivíduo quando vive diferentes situações (Coutinho et. al, 2010).

A literatura, em diversos estudos, sugere uma associação entre a dificuldade na regulação emocional e experiências adversas na infância (Gardner et al., 2014), sendo por isso um fator importante a ser considerado. Por outro lado, Sevecke et al., (2016) concluíram que pode haver uma associação entre as dificuldades na regulação emocional e o desenvolvimento de traços de psicopatia, sobretudo quando associadas à existência de história de trauma na infância. Aliás, embora o desenvolvimento da regulação emocional ocorra durante a infância, apenas é realmente processada na adolescência, tornando muito difícil proceder a alterações após este período (Calkins & Howse, 2004).

Foi verificado que adolescentes que sofreram abuso ou negligência evidenciam níveis superiores de perturbação antissocial/psicopatia, sendo a negligência o fator que se destaca

(Ometto, 2016).

Adicionalmente, níveis superiores de trauma na infância mostraram estar diretamente associados a uma maior tendência para o desenvolvimento de traços de psicopatia e que, quando relacionados com níveis mais baixos de regulação emocional podem levar ao aparecimento de níveis superiores desses mesmos traços (Walayat & Butt, 2017).

Trauma na Infância e Autoestima

A autoestima é apresentada por Ryan e Brown (2006) como tendo um sentido ambivalente: o sentido de valor e o sentido de confiança, dois dos aspetos da autoestima, que podem acarretar benefícios ao nível da motivação e saúde mental, contudo, a autoestima pode encontrar-se mal colocada e ser imprecisa ou vulnerável.

A autoestima é considerada como sendo um do principal fator que irá predizer os resultados positivos na adolescência e na vida adulta, apresentando envolvimento em áreas como sucesso ocupacional, relacionamentos interpessoais e desempenho académico (Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003). Por outro lado, também tem mostrado estar relacionada com problemas como a agressão, comportamento antissocial e delinquência na juventude (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt & Caspi, 2005).

Uma investigação realizada com uma amostra de 84 indivíduos que apresentava como objetivo investigar a relação entre maus tratos, autoestima e problemas de comportamentos apresentou como resultados que adolescentes maltratados na infância revelaram maior sintomatologia de comportamentos de externalização e níveis inferiores de autoestima; adicionalmente, a autoestima revelou uma associação negativa com sintomas de ansiedade, depressão e história de maus tratos (Fava & Pacheco, 2017).

Trauma na Infância e Comportamentos de Risco

A definição de comportamentos de risco não prescinde da definição do conceito oposto, ou seja, de comportamentos de saúde. Os comportamentos de saúde são definidos de acordo com os hábitos que prejudicam a saúde, assim como com os comportamentos de proteção da saúde (Ogden, 2004).

São diversos os fatores de risco para o envolvimento em comportamentos de risco, destacando-se a idade (Sedlak & Broadhurst, 2006), problemas ao nível do desenvolvimento (Marshall & English, 1999), problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem e problemas de saúde (Hamilton & Browne, 1999). Contudo, os que apresentam mais relevância para o estudo em questão, são, nomeadamente, acontecimentos traumáticos e experiências adversas na infância, assim como a consequente sintomatologia psicopatológica

(Rheingold, Acierno, & Resnick, 2004). Todos estes fatores associados podem levar a comportamentos de risco para a saúde (Rheingold, Acierno, & Resnick, 2004).

Relativamente aos fatores de risco mais referenciados na investigação aparecem o consumo de substâncias, os comportamentos sexuais de risco e a adoção de um estilo de vida caracterizado pelo sedentarismo e obesidade (Anda et al., 1999; Dube et al., 2001, 2003; Felitti, 1993; Hillis et al., 2001; Khoury et al., 2010; Papastavrou et al., 2011).

Felitti e colaboradores (1998) desenvolveram uma investigação com 9508 adultos pertencentes a um centro de cuidados de saúde primários com o objetivo de perceber a relação entre a exposição a experiências adversas na infância, doenças na idade adulta e comportamentos de saúde. Os autores verificaram que as experiências adversas na infância, como o abuso psicológico, o abuso físico, o abuso sexual, viver com um adulto toxicod dependente, viver com um portador de uma doença mental, entre outras, raramente ocorriam de forma isolada. Concluíram, deste modo, que vários tipos de abuso estão relacionados com um risco superior de adoção de comportamentos de risco para a saúde e da presença de doenças crónicas na idade adulta (Green & Kimerling, 2004).

Assim, os comportamentos de risco para a saúde parecem desempenhar um papel mediador na relação entre a exposição ao trauma e o desenvolvimento de doenças na idade adulta; quanto maior for a exposição ao trauma, maior será o risco da adoção de comportamentos prejudiciais para a saúde (Felitti et al., 1998; Walker et al., 1999).

Neste estudo referenciado anteriormente, foi analisada a relação entre dez comportamentos de risco para a saúde (e.g., consumo de tabaco, obesidade severa, inatividade física, humor depressivo) e a frequência de experiências adversas vivenciadas na infância. Os autores encontraram uma relação positiva entre a exposição ao trauma na infância e a adoção de comportamentos de risco na idade adulta, sendo que a vivência de quatro ou mais experiências adversas na infância estava associada com um aumento de quatro a doze vezes do risco de adotar comportamentos de risco para a saúde (Felitti et al., 1998).

De acordo com a literatura, esta associação entre a exposição ao trauma na infância e a adoção de comportamentos de risco na idade adulta tem por base os comportamentos de consumo de drogas, álcool, tabaco e comportamentos sexuais de risco, que são frequentemente utilizados como um mecanismo de *coping* perante situações de exposição e vivência de situações traumáticas (Felitti et al., 1998).

Relativamente à relação entre a exposição ao trauma na infância e o consumo de substâncias na idade adulta, a investigação tem-se focado no consumo de tabaco, álcool e drogas e na sua relação com a exposição ao trauma (Anda et al., 1999; Weg, 2011).

Relativamente ao consumo de tabaco, a possibilidade de existir uma relação entre a exposição ao trauma, as experiências adversas na infância e o risco de consumir tabaco é bastante elevada (Anda et al., 1999; Weg, 2011), sendo quatro a doze vezes superior em indivíduos que viveram experiências adversas (Anda et al., 1999; Weg, 2011).

Em relação ao consumo de álcool, a literatura aponta uma associação expressiva com a exposição ao trauma (Kilpatrick et al., 1997; Walker et al., 1999). Adolescentes sofreram abuso na infância apresentavam uma probabilidade superior de vir a consumir e abusar de álcool, conduzir veículos sob efeito de álcool e consumir álcool antes de terem relações sexuais (Hernandez et al., 1993).

Relativamente ao consumo de drogas, experiências adversas como maus-tratos e abuso na infância estão relacionados com um risco superior de consumo de drogas ilícitas (Dube et al., 2003; Kilpatrick et al., 1997; Walker et al., 1999; Whitmire & Harlow, 1996). Resultados de uma investigação realizada por Dube e colaboradores (2003) revelaram que cada uma das dez categorias de experiências adversas na infância avaliadas se encontrava associadas a uma probabilidade duas a quatro vezes superior de consumo de drogas, mais tarde, aos 14 anos, e a um aumento do risco de consumir na idade adulta.

Ainda de acordo com os comportamentos aditivos, Felitti (2003) afirmou que a origem destes mesmos comportamentos se encontra frequentemente associada às experiências adversas vividas na infância, ou seja, a origem destes comportamentos aditivos encontra-se associada a uma dependência de experiências da infância e não necessariamente a uma dependência de substâncias.

O comportamento sexual de risco, como ter relações sexuais desprotegidas e ter vários parceiros, encontra-se descrito na literatura como sendo outro comportamento de risco, uma vez que está associado com um aumento do risco de problemas de saúde e gravidezes indesejadas (Dietz et al., 1999; Hillis et al., 2001; Zierler et al., 1991). Indivíduos que tinham vivido quatro ou mais categorias de experiências adversas na infância apresentavam um risco quatro a doze vezes superior de relatar ter 50 ou mais parceiros conjugais, assim como doenças sexualmente transmissíveis (Felitti et al., 1998).

Uma vez que os estudos que relacionam estas variáveis são escassos e, no contexto português, que seja do nosso conhecimento, são inexistentes, é de extrema importância e relevância explorar este tema numa população em que estas variáveis podem ter uma grande influência.

Metodologia

Objetivo e Hipóteses

De acordo com a literatura este estudo foca-se no impacto do trauma na saúde emocional, analisando as relações entre o trauma, a regulação emocional, a autoestima e os comportamentos de saúde, tal como na análise das diferenças entre vítimas e não vítimas de trauma na infância ao nível da autoestima, regulação emocional e comportamentos de risco.

Considerando estes objetivos, definiram-se como hipóteses de estudo as seguintes:

H1 – As vítimas de trauma na infância apresentam menor autoestima, menor regulação emocional e mais comportamentos de risco quando comparadas com não- vítimas.

H2 – O trauma na infância está relacionado positivamente com os comportamentos de risco e negativamente com a regulação emocional e com a autoestima.

H3 – O trauma na infância é um preditor positivo dos comportamentos de risco e a regulação emocional e autoestima são preditores negativos dos comportamentos de risco.

É pretendido com o estudo em questão, alargar o conhecimento relativo ao impacto do trauma na saúde emocional e nas variáveis psicossociais relacionadas com o mesmo, de forma a que programas informativos, preventivos e de intervenção nesta área se apresentem mais eficazes aquando da sua elaboração e aplicação.

Desenho do estudo

Este é um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e de carácter transversal.

Variáveis

Com base na revisão da literatura realizada e nos objetivos do estudo referidos, foram selecionadas as variáveis para análise.

Variáveis independentes

Tendo por base as hipóteses formuladas, consideram-se variáveis independentes, o trauma na infância, a regulação emocional e a autoestima.

Variáveis dependentes/de resultado

No presente estudo foram consideradas como variáveis dependentes/de resultado os comportamentos de risco

Amostra

Foram recolhidos dados de uma amostra de conveniência (grupo de indivíduos disponíveis num determinado momento) da população em geral, definindo os seguintes critérios de inclusão: 1) saber ler e escrever e 2) idade igual ou superior a 18 anos.

Assim, a amostra é constituída por 62 indivíduos, cujas características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1. A maioria era do sexo feminino ($n = 45$, 72.6%), com idades entre os 18 e os 71 anos ($M = 26.74$, $DP = 9.03$), maioritariamente

residentes em zonas rurais ($n = 40$, 64.5%). Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes eram solteiros ($n = 51$, 82.3%). A maioria dos participantes completou um grau do ensino superior ($n = 42$, 67.7%), e encontravam-se empregados ($n = 35$, 56.5%); quase metade da amostra ($n = 30$, 48.4%) apresentava um rendimento anual entre os 7,117€ e os 15,216€ ($n = 16$, 25.8% entre 7,117€ e 10,736€ e $n = 14$, 22.6% entre 10,737€ e 15,216€).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

	<i>n (%)</i>	<i>M (DP)</i>
Sexo		
Feminino	45 (72.6)	
Masculino	17 (27.4)	
Idade		26.74 (9.03)
Estado civil		
Casado(a)	4 (6.5)	
Divorciado(a)	1 (1.6)	
Namoro	1 (1.6)	
Solteiro(a)	51 (82.3)	
União de Facto	5 (8.1)	
Escolaridade		
Ensino Secundário	20 (32.3)	
Ensino Superior	42 (67.7)	
Área de residência		
Rural	40 (64.5)	
Urbano	22 (35.5)	
Situação profissional		
Desempregado(a)	3 (4.8)	
Empreendedora	1 (1.6)	
Empregado(a)	35 (56.5)	
Estudante	13 (21.0)	
Reformado(a)	1 (1.6)	
Trabalhador-Estudante	9 (14.5)	

Escalão de rendimento anual	
Sem rendimentos	13 (21.0)
< 7,116 €	9 (14.5)
De 7,117 € até 10,736 €	16 (25.8)
De 10,737 € até 15,216 €	14 (22.6)
De 15,217 € até 19,696 €	1 (1.6)
De €19,697 € até 25,076 €	6 (9.7)
€	
De 36,758€ até 48,033 €	3 (4.8)

Instrumentos

Os instrumentos selecionados para o presente estudo tiveram em consideração os objetivos formulados O Questionário Sociodemográfico e Clínico, com informações sobre dados demográficos, tais como a idade, escolaridade, situação profissional, estado civil, número de filhos, doenças crónicas, exercício físico, tratamentos e outras condições de saúde dos pacientes.

O Questionário de Trauma Infantil (*Childhood Trauma Questionnaire – CTQ*; Bernstein et al., 1994; Costa & McIntyre, 2006) trata-se de uma escala de 70 itens, respondidos numa escala de likert de cinco pontos, que visa avaliar um conjunto de experiências traumáticas, de forma breve, de confiança e válida. Foi utilizada a versão experimental portuguesa de Costa e McIntyre (2002), que inclui 11 dos 14 itens da versão breve desenvolvida por Hobfoll e colaboradores (2002, citado por Costa, 2006), organizados em duas subescalas: Abuso Sexual (cinco itens) e Abuso físico e emocional (seis itens), sendo que também pode ser utilizada a pontuação total da escala, somando os 11 itens. Relativamente às propriedades psicométricas, a escala revelou uma boa consistência interna, no estudo de Costa (2006), em ambas as subescalas (abuso sexual, $\alpha = .72$ e abuso físico e emocional, $\alpha = .74$), e no presente estudo ($\alpha = .88$).

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE; Gratz & Roemer, 2004; adaptação para a população portuguesa, Fernandes, Coutinho, Ferreirinha, & Dias, 2010), apresenta como principal objetivo avaliar os diversos aspetos da desregulação emocional (Gratz & Roemer, 2004). Os itens estão organizados em seis subescalas: Não-aceitação de respostas emocionais (não aceitação); Dificuldades de envolvimento no comportamento em

objetivos dirigidos (objetivos); Dificuldades de controlo de impulsos (impulso); Falta de consciência emocional (perceção); Acesso limitado a estratégias emocionais reguladas (Estratégias) e Falta de clareza emocional (Clareza) (Gratz & Roemer, 2004). São respondidos numa escala tipo Likert de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre) (Gratz & Roemer, 2004). Em termos de propriedades psicométricas, a escala apresentou boa estabilidade temporal e consistência interna ($\alpha = .93$), no estudo de Coutinho et al. (2009). No presente estudo, as seis subescalas apresentaram também bons valores de consistência interna, com valor de Alfa de Cronbach de: .94 para Acesso limitado a estratégias emocionais reguladas; .91 para Não-aceitação de respostas emocionais; .85 para Falta de consciência emocional; .88 para Dificuldades de controlo de impulsos; .84 para Dificuldades de envolvimento no comportamento em objetivos dirigidos; e .77 para Falta de clareza emocional.

A Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965; validação para a população portuguesa, Santos & Maia, 2003) é composta por dez itens, cinco positivos e cinco negativos. Os itens não são apresentados sucessivamente com o propósito de reduzir o risco de respostas direcionadas; são respondidos numa escala de quatro pontos, do tipo *likert* (1 – Discordo completamente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 - Concordo completamente). A pontuação total é obtida através da soma dos valores de todos os itens, sendo que uma pontuação mais elevada corresponde a uma Autoestima global superior. No que se refere a propriedades psicométricas, salienta-se o estudo de Romano e colaboradores (2007), que aponta valores de alfa de Cronbach de .74 para os itens positivos e de .63 para os itens negativos (Romano, Negreiros & Martins, 2007). No presente estudo, foi obtido um valor de Alfa de Cronbach de .89 para a escala total, que indica uma boa consistência interna deste instrumento.

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS; Ribeiro, 2004) é um questionário breve que procura avaliar o comportamentos das pessoas e a forma como cuidam da sua saúde no sentido de evitar doenças (Ribeiro, 2004). Este instrumento é um inventário, em que cada item é respondido numa escala de cinco pontos, do tipo *likert*, que representam a percentagem em que o indivíduo adota o comportamento (de 1= “quase nunca” a 5 = “quase sempre”), sendo a pontuação final calculada através da soma das respostas, dando um resultado global (Ribeiro, 2004). Este varia entre 28 e 140, sendo que uma pontuação baixa corresponde a um melhor comportamento (Ribeiro, 2004). Em termos de propriedades psicométricas, este instrumento apresentou uma boa consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de .76, sendo que a validade foi analisada comparando a pontuação com medidas provenientes de outros instrumentos.

Procedimentos

O estudo foi submetido à comissão de Ética da Universidade Católica de Filosofia e Ciências Sociais de Braga. Aos participantes, que foram primeiramente recrutados de forma online devido à pandemia COVID-19 e de forma individual, foram explicados os objetivos, carácter voluntário de participação na investigação e assegurada a confidencialidade e anonimato dos participantes, após preenchimento do consentimento informado (Anexo I). Estes foram, ainda, informados da possibilidade de desistência a qualquer momento e sem qualquer consequência.

De seguida, procedeu-se ao preenchimento dos questionários de autorrelato. As respetivas respostas foram codificadas e analisadas utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.

Análise de dados

Foi utilizado o programa IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para realizar a análise de dados.

Para análise descritiva das variáveis, foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas. Em relação às variáveis quantitativas, foi realizada uma análise exploratória de dados, para verificar se apresentavam uma distribuição normal, condição que está subjacente à utilização de estatística paramétrica. A análise teve em consideração os valores de assimetria e curtose das variáveis, os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk e os gráficos. Sendo nem todas as variáveis apresentavam distribuição normal, foram realizados os testes paramétricos e não paramétricos e, quando os resultados foram os mesmos, foram apresentados os resultados dos testes paramétricos (Fife-Schaw, 2006), sendo apresentados os resultados dos testes não paramétricos em caso contrário, e quando mais adequado. Assim, para análise descritiva das variáveis quantitativas foram apresentadas média (M) e desvio padrão (DP), assim como mediana (Mdn) e amplitude interquartil (AIQ).

Para comparar dois grupos em relação a variáveis quantitativas, isto é, para estabelecer diferenças na autoestima, regulação emocional e comportamentos de saúde entre vítimas e não-vítimas, foi utilizado o teste t para amostras independentes. A homogeneidade de variâncias foi verificada através do teste de Levene.

Para analisar a associação entre o trauma na infância, a regulação emocional, a autoestima e os comportamentos de risco, variáveis quantitativas, foram utilizados os

coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman, consoante mais adequado, de acordo com a normalidade das variáveis.

Para testar o impacto do trauma, regulação emocional, e autoestima nos comportamentos de risco foi realizada uma análise de regressão linear múltipla. Foram verificados, e estavam cumpridos, os pressupostos subjacentes a esta análise, nomeadamente, independência das observações, ausência de multicolinearidade, ausência de *outliers* a afetar o modelo e normalidade dos resíduos.

Foram considerados estatisticamente significativos valores de p inferiores a 0.05, para um nível de confiança de 95%.

Resultados

Análise descritiva

A Tabela 2 apresenta os dados descritivos relativos à história de trauma na infância na perspetiva dos participantes. Observa-se que a quase totalidade da amostra ($n = 61$, 98.4%) não viveu em casa de acolhimento na infância ou adolescência, e 88.7% ($n = 55$) referem não ter sido vítimas de maus-tratos na infância por ninguém. Quando questionados sobre se viviam com algum dos agressores, dos participantes que relataram ter sido vítimas, a maioria ($n = 12$, 85.7%) respondeu negativamente. Da mesma forma, em relação à idade dos maus-tratos sofridos, 30.0% ($n = 3$) refere ter sido entre os 6 e os 10 anos e 30.0% ($n = 3$) entre os 11 e os 14 anos. Quando questionados sobre se sentiam ter sido vítimas na infância, só 21.0% ($n = 13$) responderam que sim.

Tabela 2

Caracterização da amostra em termos de história de trauma na infância

	<i>n (%)</i>
Viveu em casa de acolhimento	
Não	61 (98.4)
Sim	1 (1.6)
Vítima de maus-tratos na infância	
Por ninguém	55 (88.7)

Amigo(a) de família	1 (1.6)
Irmão	1 (1.6)
Mãe	2 (3.2)
Pai	2 (3.2)
Tio	1 (1.6)
Habita com algum dos agressores	
Não	12 (85.7)
Sim	2 (14.3)
Idade dos maus-tratos sofridos	
≤ 6 anos	2 (20.0)
6-10 anos	3 (30.0)
11-14 anos	3 (30.0)
≥17 anos	2 (20.0)
Sente que foi vítima na infância	
Não	49 (79.0)
Sim	13 (21.0)

A Tabela 3 apresenta as medidas descritivas relativas aos instrumentos utilizados.

Relativamente à autoestima, esta amostra apresenta uma pontuação média superior ao ponto médio teórico da escala (20), e próxima do máximo de 40, sugerindo uma autoestima elevada ($M = 30.06$, $DP = 5.86$). Em relação aos Comportamentos e atitudes de saúde, considerando as pontuações máximas teóricas de cada dimensão e que uma pontuação baixa indica um melhor comportamento de saúde, destaca-se o Exercício Físico como sendo a que apresenta pontuação média mais elevada ($M = 9.35$, $DP = 3.72$), por isso com mais comportamentos de risco, e o Autocuidado como sendo a que revela uma pontuação média mais baixa ($M = 20.85$, $DP = 7.81$), por isso em que os participantes apresentam menos comportamentos de risco. Relativamente às dificuldades de regulação emocional, também tendo por referência as pontuações máximas teóricas de cada dimensão, destaca-se a dimensão Acesso limitado a estratégias emocionais reguladas como sendo aquela em que a amostra apresenta uma pontuação média mais baixa ($M = 15.87$, $DP = 7.25$), revelando por

isso menos dificuldades nesta área de regulação emocional. Por outro lado, a dimensão em que se observam pontuações médias mais elevadas é a de Dificuldades de envolvimento no comportamento em objetivos dirigidos ($M = 14.79$, $DP = 4.35$). Em relação ao trauma na infância, de acordo com as pontuações obtidas, a maioria da amostra ($n = 51$, 82.3%) foi vítima de abuso na infância, e apenas 17.7% ($n = 11$) não.

Tabela 3

Análise descritiva relativa à Escala de Autoestima de Rosenberg, Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde, Escala de Dificuldades na Regulação Emocional e Questionário de Trauma Infantil

	<i>Min-Máx</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Mdn (AIQ)</i>
Autoestima	17-40	30.06 (5.86)	30.00 (9.00)
Comportamentos e atitudes de saúde			
Exercício físico	3-15	9.35 (3.72)	10.00 (6.25)
Nutrição	6-25	14.91 (4.67)	14.00 (6.50)
Autocuidado	11-40	20.85 (7.81)	19.00 (14.00)
Consumo de drogas	6-28	13.29 (5.00)	12.50 (5.25)
Total	38-108	64.42 (16.79)	62.50 (25.00)
Dificuldades de regulação emocional			
Acesso limitado a estratégias emocionais reguladas	7-35	15.87 (7.25)	15.00 (10.25)
Não-aceitação de respostas emocionais	6-28	13.82 (6.20)	12.50 (7.50)
Falta de consciência emocional	6-24	13.90 (4.80)	13.50 (7.00)
Dificuldades de controlo de impulsos	6-27	12.69 (5.28)	12.00 (8.00)
Dificuldades de envolvimento no comportamento em objetivos dirigidos	7-24	14.79 (4.35)	15.00 (6.00)
Falta de clareza emocional	5-19	10.68 (3.73)	10.00 (7.00)
Trauma infantil	0-44	6.52 (8.27)	4.00 (7.25)

Diferenças entre vítimas e não vítimas de trauma na infância em termos de autoestima, comportamentos de risco e regulação emocional

A Tabela 4 apresenta os resultados das análises de diferenças entre vítimas e não vítimas de trauma na infância, em relação à autoestima, regulação emocional e comportamentos de saúde, realizadas através do teste t para amostras independentes. Observa-se que os participantes que não foram vítimas de trauma na infância apresentam média superior em termos de autoestima e médias inferiores em todas as dimensões de comportamentos e atitudes de saúde e dificuldades de regulação emocional (exceto na dimensão Falta de consciência emocional), que sugerem menos comportamentos de risco e menos dificuldades na regulação emocional. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas (todos $p > .05$).

Tabela 4

Diferenças na autoestima, regulação emocional e comportamentos de risco, em função de ser vítima de trauma na infância

	Não vítima ($n = 11$) $M (DP)$	Vítima ($n = 51$) $M (DP)$	$t(60)$	p
Autoestima	31.18 (5.27)	29.82 (6.00)	.70	.490
Comportamentos e atitudes de saúde				
Exercício físico	8.73 (3.55)	9.49 (3.78)	-.61	.542
Nutrição	14.00 (3.66)	15.12 (4.86)	-.72	.476
Autocuidado	19.91 (8.80)	21.06 (7.66)	-.44	.662
Consumo de drogas	12.64 (4.52)	13.43 (5.13)	-.48	.637
Total	60.55 (17.59)	65.25 (16.68)	-.84	.403
Dificuldades de regulação emocional				
Acesso limitado a estratégias emocionais reguladas	15.18 (6.46)	16.02 (7.46)	-.35	.731
Não-aceitação de respostas emocionais	11.91 (4.09)	14.24 (6.52)	-1.13	.262
Falta de consciência emocional	15.91 (5.72)	13.47 (4.53)	1.54	.128

Dificuldades de controlo de impulsos	11.09 (4.23)	13.04 (5.45)	-1.11	.270
Dificuldades de envolvimento no comportamento em objetivos dirigidos	13.00 (3.07)	15.18 (4.51)	-1.52	.133
Falta de clareza emocional	10.45 (3.86)	10.73 (3.74)	-.22	.829

Relação entre trauma na infância, autoestima, comportamentos de risco e regulação emocional

Na Tabela 5 são apresentados os resultados das análises de correlação entre o trauma na infância e autoestima, regulação emocional e comportamentos de saúde, realizadas através dos Coeficientes de correlação de Pearson e Spearman. Regista-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o trauma na infância e a autoestima ($r = -.38, p = .003$), indicando que mais experiências traumáticas na infância se encontram associadas com menores níveis de autoestima. No que diz respeito à relação entre o trauma na infância e os comportamentos e atitudes de saúde, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas com a subescala Segurança motorizada e com a pontuação total ($r_s = .25, p = .048$ e $r_s = .30, p = .018$, respetivamente), que indicam que mais experiências traumáticas na infância se encontra associado com mais comportamentos de risco. Relativamente à regulação emocional, verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas com o Acesso limitado a estratégias emocionais reguladas ($r = .41, p = .001$), Dificuldades controlo de impulsos ($r = .39, p = .002$) e Dificuldades de envolvimento no comportamento em objetivos dirigidos ($r = .49, p < .001$). Assim, mais experiências traumáticas na infância estão associadas com mais dificuldades na regulação emocional nestas dimensões.

Tabela 5

Relação entre trauma na infância e autoestima, comportamentos de saúde e regulação emocional

	Trauma na infância	
	r/r_s	p
Autoestima	-.38	.003
Comportamentos e atitudes de saúde		
Exercício físico	.20	.127
Nutrição ^a	.23	.067

Autocuidado	.15	.232
Consumo de drogas	.07	.616
Total ^a	.30	.018
Dificuldades de regulação emocional		
Acesso limitado a estratégias emocionais reguladas	.41	.001
Não-aceitação de respostas emocionais ^a	.19	.135
Falta de consciência emocional	.16	.217
Dificuldades de controlo de impulsos	.39	.002
Dificuldades de envolvimento no comportamento em objetivos dirigidos	.49	< .001
Falta de clareza emocional ^a	.23	.072

^a Coeficiente de correlação de Spearman

Trauma na infância como preditor positivo dos comportamentos de risco e regulação emocional como preditor negativo dos comportamentos de risco

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla, realizada para examinar o papel do trauma na infância, autoestima e regulação emocional como preditores dos comportamentos de risco. Considerando a dimensão da amostra, e o facto de a regulação emocional estar organizada em seis dimensões, a regressão foi inicialmente realizada hierarquicamente, sendo introduzidos o trauma na infância e a autoestima no primeiro bloco, e as seis dimensões de regulação emocional em blocos distintos (uma por bloco), no sentido de analisar a contribuição de cada uma para o modelo de regressão, sendo excluídas as dimensões que não contribuíam significativamente para o modelo, de modo a obter um modelo o mais parcimonioso possível (Field, 2017).

Assim, o modelo final de regressão incluiu o trauma na infância, a autoestima, e três dimensões de dificuldades e regulação emocional (Falta de consciência emocional, Dificuldades de envolvimento no comportamento em objetivos dirigidos e Falta de clareza emocional). Este modelo foi estatisticamente significativo, $F(5, 56) = 5.43, p < .001$, e explica 27% da variância dos comportamentos de saúde ($R^2 = .33, R^2 \text{ ajustado} = .27$). Apenas a falta de consciência emocional revelou ser um preditor estatisticamente significativo dos comportamentos de saúde, $\beta = .60, t = 3.99, p < .001$, estando associada com pontuações superiores ao nível dos comportamentos de saúde, que indicam mais comportamentos de risco.

Tabela 6*Modelo de regressão linear múltipla para os comportamentos de saúde*

	<i>B (EP)</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Trauma na infância	.22 (.26)	.11	.83	.410
Autoestima	.04 (.55)	.01	.07	.942
Falta de consciência emocional	2.10 (.53)	.60	3.99	< .001
Dificuldades de envolvimento no comportamento em objetivos dirigidos	.99 (.56)	.26	1.76	.085
Falta de clareza emocional	-1.15 (.83)	-.26	-1.38	.173

Discussão

Pretendeu-se com este estudo analisar o impacto do trauma na saúde emocional, analisando as relações entre o trauma, a regulação emocional, a autoestima e os comportamentos de saúde, tal como analisar as diferenças entre vítimas de trauma na infância ao nível da autoestima, regulação emocional e comportamentos de saúde, com uma amostra de conveniência, de 62 indivíduos, vítimas e não vítimas de trauma na infância.

No que diz respeito aos resultados, na análise descritiva, observam-se algumas incongruências, sendo que conforme as diferentes perguntas dos questionários podemos observar que o número de vítimas de trauma na infância vai variando, o que nos leva a concluir que a perspetiva dos participantes do que poderá ser ou não, trauma na infância, difere. Estes resultados também podem estar influenciados pelo recurso à memória para recordar eventos da infância, particularmente eventos traumáticos decorridos nessa altura, o que pode levar ao relato de informações não totalmente correspondentes à verdade.

Os resultados do presente estudo mostraram que os participantes que não foram vítimas de trauma na infância apresentam uma média superior em termos de autoestima e médias inferiores em todas as dimensões de comportamentos e atitudes de saúde e dificuldades na regulação emocional, em exceção na dimensão de falta de consciência emocional, o que sugere menos comportamentos de risco e menos dificuldades na regulação emocional. Contudo, estas diferenças não foram estatisticamente significativas, concluindo-se assim que a hipótese 1 não foi confirmada, possivelmente devido à discrepância em termos de número de vítimas e não vítimas. Estes resultados são coerentes com os obtidos no estudo de

Fava e Pacheco (2017), que analisaram a relação entre maus tratos, autoestima e problemas de comportamentos, em 84 indivíduos, tendo verificado que adolescentes maltratados na infância revelaram maior sintomatologia de comportamentos de externalização e níveis mais baixos de autoestima quando comparados com indivíduos que não passaram por essa experiência.

Assim, podemos então concluir que mais experiências traumáticas na infância se encontram relacionadas com mais dificuldades na regulação emocional, resultado concordante com a literatura existente, que aponta a relação entre a dificuldade na regulação emocional e experiências adversas na infância (Gardner et al., 2014).

Relativamente à relação entre trauma na infância e autoestima, comportamentos de risco e regulação emocional, hipótese 2, verificou-se uma associação negativa estatisticamente significativa entre trauma na infância e autoestima, o que indica que mais experiências traumáticas na infância se encontram relacionadas com níveis de autoestima inferiores, o que vai de encontro ao estudo de Fava e Pacheco (2017), em que adolescentes maltratados na infância evidenciam níveis mais baixos de autoestima. Relativamente à relação entre trauma na infância e comportamentos de risco foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas, o que indica que mais experiências traumáticas na infância se encontram associadas com mais comportamentos de risco, o que se apresenta concorrente com o estudo de Green et al. (2004) que demonstrou que a vivência de experiências adversas na infância estão relacionadas com um risco aumentado de adoção de comportamentos de risco para a saúde. Também na regulação emocional se verificaram relações positivas estatisticamente significativas, que indicam que mais experiências traumáticas na infância está associado com mais dificuldades na regulação emocional, como sugerem os estudos de Gardner et. all (2014) que demonstraram que trauma na infância causa dificuldades na regulação emocional. Estes resultados demonstram que o trauma na infância, a autoestima, os comportamentos de risco e a regulação emocional se interligam mutuamente uma vez que todas estas variáveis são afetadas pelo trauma.

O trauma na infância como preditor positivo dos comportamentos de risco e a regulação emocional como preditor negativo dos comportamentos de risco, hipótese 3, não foi totalmente confirmada. Apenas a regulação emocional como preditor negativo dos comportamentos de risco se confirmou, sendo que a falta de consciência emocional mostrou ser um preditor estatisticamente significativo dos comportamentos de risco. Este resultado é coerente com resultados de estudos anteriores, como o de Rheingold et al. (2004), que chegaram à conclusão que um dos maiores fatores de risco para o envolvimento em

comportamentos de risco é, efetivamente, eventos traumáticos na infância.

Limitações

São várias as limitações importantes de salientar em relação ao presente estudo. Primeiramente, destaca-se o facto de o processo de recolha de dados ter acontecido durante a pandemia COVID-19, o que influenciou, sem dúvida, a qualidade dos dados recolhidos, uma vez que uma recolha presencial é sempre mais fidedigna e com mais qualidade em todos os fatores do que uma recolha *online*.

Em segundo lugar, a dimensão da amostra ($n = 61$) ficou bastante aquém do que poderia ter sido, tanto em percentagem numérica como na seleção dos participantes, sendo que, mais uma vez, como se tratou de uma recolha *online*, a amostra é da população em geral.

Observamos também que não existe um equilíbrio entre subamostras, uma vez que o número de vítimas ($n = 13$) é inferior ao número de não vítimas ($n = 49$) e, considerando o principal objetivo do estudo, diferenciar as vítimas de não vítimas, um número tão reduzido de vítimas influenciou significativamente a qualidade dos resultados e, conseqüentemente, a qualidade do estudo. Encontra-se também uma diferença no que diz respeito ao número de mulheres e homens na amostra, sendo que mais de metade é do sexo feminino ($n = 45$) e apenas uma pequena percentagem é do sexo masculino ($n = 17$, 27.4%).

Destaca-se também o facto de se tratar de um estudo transversal, que apenas permite obter informação momentânea do trauma na infância, não permitindo por isso a inferência de relações de causalidade. Estudos futuros com amostras maiores são necessários, assim como a inclusão de mais participantes do sexo masculino.

Conclusão

Apesar das limitações salientadas, os resultados do presente estudo permitem uma melhor compreensão das relações existentes entre trauma na infância, regulação emocional, autoestima e comportamentos de risco. Os resultados permitiram verificar que os participantes que não foram vítimas de trauma na infância apresentam uma média superior em termos de autoestima e médias inferiores em todas as dimensões de comportamentos e atitudes de saúde e dificuldades na regulação emocional, em exceção na dimensão de falta de consciência emocional, o que sugere menos comportamentos de risco e menos dificuldades na regulação emocional. Pôde-se verificar também uma associação negativa estatisticamente significativa entre trauma na infância e autoestima, que indica que mais experiências traumáticas na infância estão relacionadas com níveis de autoestima inferiores; foram também registadas

correlações positivas estatisticamente significativas entre trauma na infância e comportamentos e atitudes de saúde, indicando que um maior número de experiências traumáticas na infância estão associadas com mais comportamentos de risco. Também na regulação emocional se verificaram correlações positivas estatisticamente significativas, o que sugere que mais experiências traumáticas na infância estão associadas com mais dificuldades na regulação emocional.

Deste modo, os resultados mostram a relevância do impacto do trauma na saúde emocional, pelo que é essencial intervir nesta população através de intervenções que se baseiem em reduzir este impacto, em específico na regulação emocional, na autoestima e nos comportamentos de risco. Em relação às implicações para a teoria e para a prática, os resultados demonstram a necessidade de intervenção nas vítimas de trauma infantil, uma vez que as consequências dessa vivência na infância podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, em geral, e em específico na regulação emocional, autoestima e comportamentos de risco.

Referências Bibliográficas

- Aas, M., Steen, N., Aminoff, S., Lorentzen, S., Sundet, K., Andreassen, O., & Melle, I. (2012). Is cognitive impairment following early life stress in severe mental disorders based on specific or general cognitive functioning? *Psychiatry Research*, *198*(3), 495-500. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.045>.
- Anda, F., Croft, B., Felitti, J., Nordenberg, D., Giles, H., Williamson, F., & Giovino, A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking. *Journal of American Medical Association*, *282*(17), 1652-1658.
- APA. (2020). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/trauma>
- Bosmans, M. (2015). *Trauma-related coping self-efficacy: Measurement, predictors and interplay with posttraumatic stress symptoms*. Doctoral dissertation. Tilburg University.
- Breslau, N., Koenen, C., Luo, Z., Agnew-Blais, J., Swanson, S., Houts, M., & Moffitt, E. (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine*, *44*(9), 1937-1945. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002651>
- Calkins, S., & Howse, R. (2004). Individual differences in self-regulation: Implication for childhood adjustment. In P. e. Philippot, *The Regulation of Emotion* (pp. 207-332). Mahwah: Erlbaum
- Catalan, A., Angosto, V., Díaz, A., Valverde, C., Artaza, G., Sesma, E., Gonzales-Torres, A. (2017). Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. *Psychiatry Research*, *251*, 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.017>
- Conceição, K., Bello, R., Kristensen, H., & Dornelles, V. G. (2015). Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade borderline. *Psicologia em Revista*, *21*(1), 87-107. <http://doi.org/DOI-10.5752/P1678-9523.2015V21N1P87>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com os sintomas psicopatológicos. *Revista. Psiquiatria. Clínica.*, *37* (4) 145-51. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Dietz, M., Spitz, M., Anda, F., Williamson, F., McMahon, M., Santelli, S., & Kendrick, S. (1999). Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of American Medical Association*, *282*, 1359-1364. <https://doi.org/10.1001/jama.282.14.1359>

- Donnellan, M., Trzesniewski, K., Robins, R., Moffitt, T. & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x>
- Dube, R., Anda, F., Felitti, J., Croft, B., Edwards, J., & Giles, H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1627-164. [https://doi.org/ 10.1016/s0145-2134\(01\)00293-9](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00293-9)
- Dube, R., Felitti, F., Dong, M., Chapman, P., Giles, H., & Anda, F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. [https://doi.org/ 10.1542/peds.111.3.564](https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564)
- Dube, R., Felitti, J., Dong, M., Giles, H., & Anda, F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1990. *Preventive Medicine*, 37, 268-277. [https://doi.org/ 10.1016/s0091-7435\(03\)00123-3](https://doi.org/10.1016/s0091-7435(03)00123-3)
- Fava, C. & Pacheco, B. (2017). Maus tratos, problemas de comportamento e autoestima em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 20-28. [https://doi.org/ 10.5935/1808-5687.20170005](https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170005)
- Felitti, J. (2003). The origins of addiction: Evidence from the adverse childhood experiences study. *Prax Kinderpsychol Kinder Psychiater*, 52(8), 547-559.
- Felitti, J. (1993). Childhood sexual abuse, depression and family dysfunction in adult obese patients: A case control study. *Southern Medical Journal*, 86, 732-736. [https://doi.org/ 10.1097/00007611-199307000-00002](https://doi.org/10.1097/00007611-199307000-00002)
- Felitti, J., Anda, F., Nordenberg, D., Williamson, F., Spitz, M., Edwards, V., & Marks, S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/ 10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Field, P. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). London: Sage.
- Breakwell, M., Fife-Schaw, C., Hammond, M., & Smith, J. (Eds.) (2006). *Research Methods in Psychology*: 3rd edition. Sage Publications: London.
- Figueiredo, L., Dell'aglio, C., Silva, L., Souza, D., & Argimon, L. (2013). Trauma infantil e sua associação com transtornos do humor na vida adulta: uma revisão sistemática. *Psicologia em Revista*, 19(3), 480-496. <http://doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p480>

- Fonagy, P. (2004). Early life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036, 181-200. <https://doi.org/10.1196/annals.1330.012>
- Fonagy, P., Gabbard, O., & Clarkin, F. (2013). *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade: um manual clínico*. Artmed.
- Gardner, L., Moore, E., & Dettore, M. (2014). The Relationship Between Anger, Childhood Maltreatment, and Emotion Regulation Difficulties in Intimate Partner and Non-Intimate Partner Violent Offenders. *Behavior Modification*, 1–22. <https://doi.org/10.1177/0145445514539346>
- Garland, C. (2015). Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. (3a. ed.). Artmed.
- Grassi-Oliveira, R., Ashy, M., & Stein, M. (2008). Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 60-68. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000100012>
- Gratz, L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Green, L., & Kimerling, R. (2004). Trauma, post-traumatic stress disorder and health status. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 13-42). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10723-002>
- Gross, J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Hamilton, E., & Browne, D. (1999). Police Recognition of the Links between Spouse Abuse and Chil. *Abuse Child Maltreatment*, 4, 136-147. <https://doi.org/10.1177/1077559599004002006>
- Hernandez, T., Lodico, M., & DiClemente, J. (1993). The effects of child abuse and race on risk-taking in male adolescents. *Journal of National Medical Association*, 85(8), 593-597.
- Hillis, D., Anda, F., Felitti, J., & Marchbanks, A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviours in women: A retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33(5), 206-211.
- Hoy, K., Barrett, S., Shannon, C., Campbell, C., Watson, D., Rushe, T. & Mulholland, C.

- (2012). Childhood trauma and hippocampal and amygdalar volumes in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1162-1169. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr085>
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>.
- Isvoranu, A., Van Borkulo, D., Boyette, L., Wigman, T., Vinkers, H., & Borsboom, D. (2017). A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 187-196. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw055>.
- Jacobsson, A., Backteman-Erlanson, S., Brulin, C., & Hornsten, A. (2015). Experiences of critical incidents among female and male firefighters. *International Emergency Nursing*, 23(2), 100-104. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.002>
- Jeavons, S. (2000). Predicting who suffers psychological trauma in the first year after a road accident. *Behaviour Research and Therapy*, 38(5), 499-508. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00073-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00073-X)
- Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E., & Brugha, T. (2011). Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological medicine*, 41(4), 709-719. <https://doi.org/10.1017/S003329171000111X>
- Kasl, V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: 11 sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 531-541. <https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664421>
- Khoury, L., Tang, Y., Bradley, B., Cubells, J., & Ressler, K. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1077-1086. <https://doi.org/10.1002/da.20751>
- Kilpatrick, G., Acierno, R., Resnick, H., Saunders, E., & Best, C. (1997). A two-year longitudinal analysis of the relationships among violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy*, 68, 19-30. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.5.834>
- Kohut, H. (1984). How does analysis cure? Chicago, IL: University of Chicago Press. <http://doi.org/10.7208/chicago/9780226006147.001.0001>
- Kristensen, H., Parente, A., & Kaszniak, W. (2006). Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, 11(1), 17-23. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712006000100003>.

- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1988). *Vocabulário da psicanálise* (10a ed.). Martins Fontes.
- LeBouthillier, D., McMillan, K., Thibodeau, M., & Asmundson, G. (2015). Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress, 28*(1), 183–190. [https://doi.org/ 10.1002/jts.22010](https://doi.org/10.1002/jts.22010)
- Li, M., D'arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological medicine, 46*(4), 717-730. [https://doi.org/10.1017/ S0033291715002743](https://doi.org/10.1017/S0033291715002743)
- Lu, W., Mueser, T., Rosemberg, D., & Jankowski, K. (2008). Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatric Services, 59*(9), 1018-1026. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.9.1018>.
- Lewis, M. (2003). Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggression and Violent Behavior, 8*(3), 329-343. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00079-9](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00079-9)
- Marshall, B. & English, J. (1999). Survival Analysis of Risk Factors for Recidivism in Child Abuse and Neglect. *Child Maltreatment, 4*, 287-296. <https://doi.org/10.1177/1077559599004004002>
- Mayou, R., Bryant, B., & Ehlers, A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1231–1238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1231>
- Ochsner, K. N., & Lieberman, M. D. (2001). The Emergence of Social Cognitive Neuroscience. *American Psychologist, 56* (9) 717-734.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Ometto, M. (2016). *Social skills and psychopathic traits in maltreated adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry, 25*, 397-405. [https://doi.org/ 10.1007/s00787-015-0744-y](https://doi.org/10.1007/s00787-015-0744-y)
- Organização Mundial da Saúde (2016). Maus tratos infantis. De [http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs150/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/)
- Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002.
- Papastavrou, E., Farmakas, A., Karayiannis, G., & Kotrotsiou, E. (2011). Comorbidity of post-traumatic stress disorders and substance use disorder. *Health Science Journal, 5*(2), 107-117. [https://doi.org/ 10.1037/h0087634](https://doi.org/10.1037/h0087634)
- Trzesniewski, K., Donnellan, M. & Robins, R. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 205–220.

- Read, J., Van Os, J., Morrison, P., & Ross, A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Rheingold, A. A., Acierno, R., & Resnick, H. S. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder and health risk behaviours. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 217-243). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10723-009>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Roustit, C., Renahy, E., Guernec, G., Lesieur, S., Parizot, I., & Chauvin, P. (2009). Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: advocacy for early prevention. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(7), 563-568. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.077750>
- Ryan, R., & Brown, K. (2006). What is Optimal Self-Esteem? The Cultivation and Consequences of Contingent vs. True Self-Esteem as Viewed from the Self-Determination Theory Perspective. In Kernis, M. (Eds), *Self-Esteem Issues and Answers - A Sourcebook on Current Perspectives* (pp. 125- 131). Psychology Press.
- Sedlak, J., & Broadhurst, D. (1996). *Executive Summary of the Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.
- Sevecke, K. (2016). Emotional dysregulation and trauma predicting psychopathy dimensions in female and male juvenile offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10:43. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0130-7>
- Vale, V. (2012). *Tecer para não ter de Remendar. O Desenvolvimento Socioemocional em Idade Pré-escolar e o Programa Anos Incríveis para Educadores de Infância*. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Viola, W., Salum, A., Kluwe-Schiavon, B., Sanvicente-Vieira, B., Levandowski, L., & GrassiOliveira, R. (2016) The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child Abuse Negl.* 51:1-11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.019>
- Wagner, S., Fraess-Phillips, A., & Mikkelsen, K. (2016). Recruit firefighters: personality and mental health. *International Journal of Emergency Services*, 5(2), 199-211. doi:

<https://doi.org/10.1108/IJES-08-2016-0015>

- Waikamp, V., & Serralta, F.B (2018). Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Cien Psicol.* 12: 137–44. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>
- Walayat, S., & Butt, M. (2017). Parental Acceptance-Rejection, Childhood Trauma, Emotion Regulation, and Psychological Ajustment as the Risk Factors of Psuchopathic Tendencies in Adolescents of Pakistan. *International Journal of Business and Social REsearch*, <http://doi.org/10.18533/ijbsr.v7i5.1048>.
- Walker, A., Gelfand, A., Katon, J., Koss, P., Korff, V., Bernstein, D., & Russo, J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 107, 332-339. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(99\)00235-1](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(99)00235-1)
- Whitmire, L., & Harlow, L. (1996). Childhood sexual abuse linked with adult substance use, victimization, and AIDS-risk. *AIDS Education and Prevention*, 8, 44-57.
- Winnicott, W. (2012). *Os bebês e suas mães*. (5a. ed.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Waxman, R., Fenton, C., Skodol, E., Grant, F., & Hasin, D. (2014). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personality and mental health*, 8(1), 30-41. <https://doi.org/10.1002/pmh.1239>
- Zavaschi, L., Graeff, E., Menegassi, T., Mardini, V., Pires, W., Carvalho, H., & Eizirik, L. (2006). Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 184-190. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300008>.
- Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Velentgas, P., Kantrowitz-Gordon, I., & Mayer, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk to HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81(5), 572-575. <https://doi.org/10.2105/ajph.81.5.572>

Anexos



Anexo I - Consentimento Informado

Informações: O presente estudo de investigação, referente ao projeto de dissertação de Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa-Centro Regional de Braga, é realizado pela aluna Diana Vanessa Abreu Vieira de Castro sob a orientação da Professora Doutora Eleonora Cunha. Este estudo tem como título “Impacto do Trauma na Saúde Emocional: Regulação Emocional, Autoestima e Comportamentos de Risco”.

Objetivos: Pretende-se avaliar o impacto do trauma na saúde emocional, analisando as relações entre o trauma, a regulação emocional, a autoestima e os comportamentos de risco.

Riscos e benefícios: A finalidade do estudo é estritamente académica, desta forma não existem riscos nem benefícios associados.

Dados de identificação: Seguindo todas as normas éticas, os dados recolhidos serão confidenciais, tal como a sua participação voluntária e confidencial no estudo.

Custos: O estudo não terá qualquer custo para nenhuma das partes envolvidas.

Direitos: Os intervenientes têm o direito de não aceitar participar no estudo proposto, bem como podem desistir a qualquer momento se assim o entenderem, sem qualquer tipo de prejuízo.

A sua colaboração é de máxima importância para o seguimento deste estudo, pelo que agradecemos a sua disponibilidade e participação.

O Investigador _____

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no presente estudo, autorizo a utilização dos dados para fim científico, com a garantia de que será mantida a confidencialidade face à identidade do participante que será identificado com um número, não havendo registo do nome.

Participante _____

Data: __/__/_____



Anexo II – Questionário sociodemográfico e clínico

0. Situação:

Vítima de trauma na infância

Não vítima de trauma na infância

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Escolaridade:

Inferior ao 4º ano Primeiro Ciclo (4º ano) Segundo Ciclo (6º Ano)

Terceiro Ciclo (9º Ano) Ensino Secundário (12º Ano) Ensino Superior (Universidade)

4. Situação profissional

Empregado (a) Desempregado (a) Estudante Reformado (a)

5. Estado Civil:

Solteiro (a) União de facto Casado (a)

Divorciado (a) Separado (a) Viúvo (a)

6. Número de filhos: _____

7. Tem alguma doença crónica?

Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Se sim, qual
Doença cardiovascular?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Doença neurológica?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
(Parkinson, epilepsia ou outra)?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Doença oncológica?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Asma/Bronquite?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Depressão moderada/grave?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Outra?	Qual _____	

8. Pratica desporto ou atividade física regular?

Não

Sim quais _____

Quantas vezes por semana pratica?

_____vez (es) por semana

Questionário de Trauma Infantil (*Childhood Trauma Questionnaire – CTQ*)

Traduzido e adaptado para a população portuguesa por Costa e McIntyre (2006)

Por favor responda às questões seguintes que se referem, ao tempo em que tinha 15 anos de idade ou menos.

	Nunca verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Muitas vezes verdadeiro	Quem fez isto (Marcar todos aqueles que se aplicam)							
						Pai ou padrasto	Mãe ou madrasta	Avô	Avó	Irmão	Outro familiar	Amigo da família	Outro
1. Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas.													
2. Quando eu tinha 15 anos ou menos, os castigos que recebi pareceram-me cruéis.													
3. Quando eu tinha 15 anos ou menos, fui castigada com um cinto, uma tábua, corda ou algum objecto duro.													
4. Quando tinha 15 anos ou menos, alguém da minha família berrou e gritou comigo.													
5. Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família disseram-me coisas que me magoaram ou que me insultaram.													
6. Quando eu tinha 15 anos ou menos, acredito que fui abusada sexualmente.													
7. Quando tinhas 15 anos ou menos, alguém me molestou sexualmente ao tocar os meus seios, vagina ou ânus.													
8. Quando tinha 15 anos ou menos, alguém pôs o pénis, dedos, ou objecto na minha boca, vagina, ou ânus contra a minha vontade.													
9. Quando tinha 15 anos ou menos, alguém tentou que eu tivesse comportamentos sexuais ou que observasse actos sexuais.													
10. Quando tinha 15 anos ou menos, alguém tentou tocar-me de forma sexual ou tentou forçar-me a tocar-lhe.													
11. Quando tinha 15 anos ou menos, alguém ameaçou que iria magoar-me ou dizer mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual com essa pessoa.													

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

(Kim L. Gratz & Lizabeth Roemer, 2004 - Versão portuguesa: Fernandes E., Coutinho J., Ferreirinha)

INSTRUÇÕES: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo indicada, na linha anterior a cada item:

1	2	3	4	5
quase nunca (0-10%)	algumas vezes (11-35%)	metade das vezes (36-65%)	a maioria das vezes (66-90%)	quase sempre (91-100%)

- _____ 1) Percebo com clareza os meus sentimentos.
- _____ 2) Presto atenção a como me sinto.
- _____ 3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controlo.
- _____ 4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.
- _____ 5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.
- _____ 6) Estou atento aos meus sentimentos.
- _____ 7) Sei exactamente como me estou a sentir.
- _____ 8) Interesso-me com aquilo que estou a sentir.
- _____ 9) Estou confuso sobre como me sinto.
- _____ 10) Quando estou em baixo, apercebo-me das minhas emoções.
- _____ 11) Quando estou em baixo, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.
- _____ 12) Quando estou em baixo, fico embaraçado por me sentir assim.

1	2	3	4	5
quase nunca (0-10%)	às vezes (11-35%)	cerca de metade das vezes (36-65%)	a maioria das vezes (66-90%)	quase sempre (91-100%)

- _____ 13) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas.
- _____ 14) Quando estou em baixo, fico fora de controlo.
- _____ 15) Quando estou em baixo, penso que me vou sentir assim por muito tempo.
- _____ 16) Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.
- _____ 17) Quando estou em baixo, acredito que os meus sentimentos são validos e importantes.
- _____ 18) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.
- _____ 19) Quando estou em baixo, sinto-me fora de controlo.
- _____ 20) Quando estou em baixo, continuo a conseguir fazer as coisas.
- _____ 21) Quando estou em baixo, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.
- _____ 22) Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.
- _____ 23) Quando estou em baixo, sinto que sou fraco.
- _____ 24) Quando estou em baixo, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.
- _____ 25) Quando estou em baixo, sinto-me culpado por me sentir assim.
- _____ 26) Quando estou em baixo, tenho dificuldades em concentrar-me.
- _____ 27) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.
- _____ 28) Quando estou em baixo, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.
- _____ 29) Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.
- _____ 30) Quando estou em baixo, começo a sentir-me muito mal comigo próprio.
- _____ 31) Quando estou em baixo, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.
- _____ 32) Quando estou em baixo, eu perco o controlo dos meus comportamentos.
- _____ 33) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.
- _____ 34) Quando estou em baixo, dedico algum tempo a perceber aquilo que realmente estou a sentir.
- _____ 35) Quando estou em baixo, demoro muito tempo até me sentir melhor.
- _____ 36) Quando estou em baixo, as minhas emoções parecem avassaladoras.

Escala de Auto-Estima (SES; Rosenberg, 1965)

(Traduzido e adaptado à população portuguesa por Costa & McIntyre, 2006)

Por favor, escolha a resposta que melhor reflete o grau em que concorda ou discorda com cada afirmação que se segue.

		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1	Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos ao nível dos outros.				
2	Sinto que tenho várias boas qualidades.				
3	Em geral, estou inclinada a sentir que sou uma falhada.				
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas.				
5	Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.				
6	Assumo uma atitude positiva em relação a mim própria.				
7	No geral, estou satisfeita comigo própria.				
8	Gostaria de ter mais respeito por mim própria.				
9	Por vezes, sinto-me inútil.				
10	Por vezes, penso que não sou boa em nada.				

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)

Desenvolvido por Pais-Ribeiro (2004)

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia em diversas áreas que estão associadas à saúde.

Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)

B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)

C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)

D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)

E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	A	B	C	D	E
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
3. Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
4. Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
5. Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
6. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
7. Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
8. Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
9. Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
10. Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E
12. Vou anualmente ao médico fazer um checkup	A	B	C	D	E

13. Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
14. Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade					
15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	A	B	C	D	E
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	A	B	C	D	E
17. Evito fumar	A	B	C	D	E
18. Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	A	B	C	D	E
20. Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames	A	B	C	D	E
21. Evito tomar tranquilizantes	A	B	C	D	E
22. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	A	B	C	D	E
23. Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	A	B	C	D	E
24. Evito os ambientes muito ruidosos	A	B	C	D	E
25. Evito os ambientes que tenham o ar poluído	A	B	C	D	E
26. Evito mudar de parceiro sexual	A	B	C	D	E
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	A	B	C	D	E
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	A	B	C	D	E