



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**O PAPEL DO SEXO BIOLÓGICO, DOS
TRAÇOS ANTISSOCIAIS E DO
AUTOCONTROLO NOS
COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA
A SAÚDE: UM ESTUDO NUMA
AMOSTRA DE ADULTOS**

SARA ALEXANDRA CAEIRO SALGUEIRO

Orientador da Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL BASTO PEREIRA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL BASTO PEREIRA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Miguel Basto Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de Grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

AGRADECIMENTOS

“If you can dream it, you can do it”

Walt Disney

Obrigada, é sem dúvida a palavra certa para começar. Esta foi a jornada mais desafiante da minha vida, vou confessar que não foi fácil, existindo muitos momentos de frustração e angústia.

Neste marcante percurso, não podia deixar de agradecer aos meus pais por me deixarem alcançar um dos meus maiores sonhos, mas também, por todo o apoio dado, tornando-se fulcral para finalizar esta tão grandiosa etapa. Aos meus avós que sempre me transmitiram saberes, obrigada pelo apoio incondicional e pelos incentivos. Ao meu namorado e amigos pela ajuda nos momentos de afogo, por me transmitirem a força que me ajudou sempre a continuar.

Ao Ispa, a todos os docentes e a todos os colegas que directa ou indirectamente me transmitiram saberes e ajudaram a finalizar esta etapa. E, por fim, um agradecimento especial ao Professor Doutor Miguel Basto Pereira, o meu muito obrigada pelos inestimáveis conhecimentos transmitidos, pela orientação e esperança nos momentos de desespero e pela disponibilidade para a realização de um trabalho indispensável ao meu sucesso profissional e pessoal.

RESUMO

Os comportamentos de risco para a saúde acarretam importantes consequências para o desenvolvimento social e psicológico dos sujeitos. Apesar de existirem diversos estudos que exploram estes comportamentos nos jovens, são escassas as investigações que analisam a prevalência e o impacto dos comportamentos de risco para a saúde na população adulta. O presente estudo é composto por uma amostra de 500 adultos da comunidade, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos, que preencheram o questionário sociodemográfico, o questionário Health Risk Behavior Checklist, a escala ASSpectrum e a Escala Breve de Autocontrolo. Os resultados obtidos indicam que os adultos em média praticam um alargado número de comportamentos de risco para a saúde, sendo que os consumo de doces (83.35%), o consumo de álcool (79.35%) e o sexo desprotegido (71.1%) demonstram maior prevalência. Verificou-se ainda que os participantes que relataram mais traços antissociais e níveis mais baixos de autocontrolo adotaram mais frequentemente comportamentos de risco para a saúde ligados com a prática de atos violentos (e.g., consumo de drogas e álcool). A presente investigação sugere que indicadores como o sexo biológico, traços antissociais e baixo autocontrolo estão associados a padrões comportamentais de risco na população adulta. Um conjunto de recomendações clínicas, políticas e sociais são discutidas, bem como investigações futuras sugeridas.

Palavras-chave: População Adulta Portuguesa; Comportamentos de Risco para a Saúde; Traços antissociais de Personalidade; Autocontrolo.

ABSTRACT

Health risk behaviors have important consequences for the social and psychological development of subjects. Although there are several studies that explore these behaviors in young people, there are few investigations that analyse the relationship between health risk behaviors in portuguese adult population and indicators of deviable behavior, including antisocial traits and low self-control. The present study consists of a sample of 500 adults from the community, aged between 18 and 79 years old, who completed the sociodemographic questionnaire, the health risk behavior checklist questionnaire, the ASSpectrum scale and the brief self-control scale. The results obtained indicate that adults on average practice a wide range of health risk behaviors, with the consumption of sweets (83.35%), alcohol consumption (79.35%) and unprotected sex (71.1%) demonstrate greater prevalence. It was also found that the participants who reported more antisocial traits and lower levels of self-control more frequently adopted health risk behaviors linked to the practice of violent acts (e.g., drug and alcohol use). The present research suggests that indicators such as biological sex, antisocial traits and low self-control are associated with behavioral patterns of risk in the adult population. A set of clinical, political and social recommendations are discussed, as well as future research suggested.

Key-words: Portuguese Adult Population; Health Risk Behaviors; Antisocial Personality Traits; Self-Control.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Comportamentos de Risco para a Saúde na Adolescência e Idade Adulta.....	2
O papel específico do sexo biológico nos padrões comportamentais de risco.....	3
Consumo de Substâncias e Fatores de Risco Associados	4
Hábitos alimentares enquanto fator de risco para a saúde	5
Relações Sexuais e Risco Associado	6
Violência Interpessoal e auto-perpetrada enquanto fatores de risco.....	8
Comportamentos de Risco, Comportamento Criminal e Traços Antissociais de Personalidade	10
Autocontrolo como fator de risco face à criminalidade e aos comportamentos de risco	11
Abordagem teórica aos comportamentos de risco e sua relação com os traços antissociais e o autocontrolo.....	12
PRESENTE INVESTIGAÇÃO.....	14
METODOLOGIA.....	15
Participantes	15
Instrumentos	16
Procedimento.....	18
RESULTADOS	18
Simetria da prática de comportamentos de risco no sexo biológico.....	20
Simetria dos comportamentos de risco precoces no sexo biológico.....	22
Associação dos traços antissociais de Personalidade aos comportamentos de risco globais	24
Associação dos Traços Antissociais de Personalidade relativamente aos vários comportamentos de risco	26
Associação do autocontrolo face aos comportamentos de risco globais.....	27
Associação do autocontrolo face aos vários comportamentos de risco.....	29
DISCUSSÃO.....	30
Comportamentos de Risco para a Saúde e o Sexo Biológico	30
Comportamentos de Risco Precoces no Sexo Masculino e Feminino.....	33

Traços Antissociais e Padrões Comportamentais de risco	35
Autocontrolo e a Prática de Comportamentos de Risco para a Saúde.....	36
Limitações e Estudos Futuros	37
Recomendações Clínicas e Implicações Políticas e Sociais	38
Considerações Finais.....	39
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	54
Anexo I – Consentimento Informado	55
Anexo II – Questionário Sociodemográfico	56
Anexo III – Health Risk Behavior Checklist	57
Anexo IV – AS Spectrum.....	59
Anexo V – EBAC	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características Sociodemográficas	16
Tabela 2. Simetria da prática de comportamentos de risco para a saúde no sexo biológico....	21
Tabela 3. Simetria da prática de comportamentos de risco precoces no sexo biológico.....	23
Tabela 4. Regressão Linear Múltipla para predição dos Traços Antissociais da Personalidade	25
Tabela 5. Correlações entre ASSpectrum e Health Risk Behavior Checklist	26
Tabela 6. Regressão Linear Múltipla para predição do Autocontrolo.....	28
Tabela 7. Correlações entre Escala Breve de Autocontrolo e Health Risk Behavior Checklist	29

INTRODUÇÃO

O estilo de vida adoptado por cada um de nós é um dos principais moduladores da qualidade de vida das pessoas e determinante nos níveis de saúde (Farias & Lopes, 2004). Assim sendo, é extremamente importante adquirir comportamentos que contribuem para a nossa saúde, evitando o desenvolvimento de certas patologias (Kasl & Cobb, 2015).

Nos dias de hoje é cada vez mais comum ouvirmos o termo comportamentos de risco para a saúde, principalmente associado às populações mais jovens. Contudo, nem sempre são os jovens que incorrem mais riscos, existindo uma grande parte da população adulta a praticar este tipo de comportamentos, comprometendo a sua saúde (Bajos, Ducot, Spencer & Spira, 1997). Hutz e Koller (1996), afirmam que um comportamento de risco é um conjunto de acções que podem desencadear consequências adversas para quem as pratica, mas também, para o desenvolvimento psicossocial. Schenker & Minayo (2005) também definem o risco afirmando que é caracterizado por uma situação na qual se procura a realização de um determinado desejo ou bem, existindo a possibilidade de ferimento físico e psicológico, feito de forma consciente e livre. Comportamentos de risco à saúde comprometem a saúde mental e física da população, levando a consequências ao nível social, familiar e individual (Feijó e Oliveira, 2001). A maioria de nós já praticou algum tipo de risco, no entanto, estes comportamentos quando persistem ao longo do tempo acabam por trazer consequências graves (Schenker & Minayo, 2005). Aliás, como denota Irwin, Burg & Cart (2002) antigamente as principais causas de morte estavam relacionadas com factores biomédicos, enquanto que, na actualidade as causas de morte estão cada vez mais associadas a factores sociais, comportamentais e ambientais (Irwin, Burg, & Cart, 2002). Brener, Billy & Grady (2003) enfatizam que comportamentos de risco para a saúde como relações sexuais desprotegidas, posse de armas e tabagismo contribuem para problemas sociais graves ou estão entre as principais causas de mortalidade no mundo.

Torna-se deste modo importante conduzir estudos que permitam avaliar padrões comportamentais de risco para a saúde, adoptando novos programas que identifiquem as populações-alvo, permitindo definir metas e procurar financiamento. Ainda que existam vários estudos que avaliem os comportamentos de risco na população adulta, a maioria envolve apenas a análise isolada de um único factor de risco e, por isso, poucas inferências podem ser feitas a respeito da adopção destes comportamentos de forma global. Assim, a existência de mais investigações nesta faixa etária, torna-se fulcral para que se possa

aprofundar, quais as problemáticas existentes que levam ao surgimento destes comportamentos ou que se mantenham na idade adulta.

Comportamentos de Risco para a Saúde na Adolescência e Idade Adulta

A infância e a adolescência são períodos de mudanças, representando na maioria das vezes um período crítico nos quais os jovens acabam por adquirir vários hábitos e comportamentos que dificilmente serão mudados na idade adulta (Farias & Lopes, 2004). É sem dúvida, um período caracterizado pela experimentação de comportamentos de risco, incluindo o consumo de tabaco, drogas e álcool (Romer, Duckworth, Sznitman & Park, 2010), deste modo, a existência de factores como dinâmicas parentais saudáveis, grupo de pares não desviantes, dinâmicas escolares favoráveis e habilidades emocionais estruturadas (Michael & Ben-zur, 2007), funcionam como factor de protecção para a vida adulta (Schenker e Minayo, 2005). Tamin, Terro, Kassem, Ghazi, Khamis, Hay & Musharrafah (2003), afirmam que os comportamentos de risco para a saúde adoptados no início da idade adulta têm consequências a longo prazo para quem os pratica, tornando-se grande parte das vezes num problema de saúde pública. Portanto, quanto mais cedo adquirirem comportamentos de saúde positivos, maior será a probabilidade de permanecerem ao longo da vida adulta (Tamin et al, 2003).

Lerner & Galambos (1998) definiram três critérios que permitem compreender quando um comportamento de risco representa uma ameaça à saúde e ao bem-estar: 1) A idade de início destes comportamentos é um factor decisivo para a vida futura dos sujeitos, sendo que, quanto mais cedo começam estes padrões comportamentais maiores serão as probabilidades de consequências a nível físico e psicológico, afectando o seu bem-estar; 2) A duração de um determinado comportamento de risco representa igualmente uma ameaça à saúde. Os autores enfatizam ainda que quando o envolvimento é feito de forma contínua, indicará dificuldades na vida futura; 3) Também a persistência ao longo da vida, permitindo categorizar o estilo de vida dos sujeitos, causam consequências a vários níveis excluindo deste modo um estilo de vida saudável, construtivo e positivo (Lerner & Galambos, 1998).

O papel específico do sexo biológico nos padrões comportamentais de risco

O conceito de sexo biológico diz respeito às características fisiológicas e biológicas que definem os homens e as mulheres (Kim & Nafzinger, 2000) e, encontra-se bem estabelecido como um dos fatores mais importantes de comportamentos de risco para a saúde. O sexo biológico reflecte de forma substancial os processos de subjetivação de cada pessoa, sendo um dos principais fatores que permite determinar diferentes formas de viver, nos mais variados contextos sociais (Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005).

A socialização, bem como os papéis do sexo biológico como processos do desenvolvimento psicológico humano apresentam um papel fulcral nas dinâmicas comportamentais, considerando os aspetos psicológicos e pessoais dos sujeitos em processo de desenvolvimento. Dada uma ausência de maturidade psicossocial por parte dos sujeitos, eleva o risco de adoção de comportamentos que possam comprometer a saúde a curto ou longo prazo. Deste modo, sujeitos mais imaturos do ponto de vista social e psicológico encontram-se mais propensos a adotar comportamentos de risco como o consumo de álcool (Costello, Sung, Worthman & Angold, 2007). No sexo feminino tais efeitos resultam a associação a pares desviantes com faixas etárias mais elevadas, mais parceiros amorosos e sexuais (Westling, Andrews, Hampson & Peterson, 2008; Zimmer-Gembeck & Collins, 2008), enquanto que, no sexo masculino a associação a pares desviantes não é clara como nas mulheres, contudo, o nível de maturidade física está associado ao envolvimento em crimes, violência, comportamento sexual precoce e consumo de drogas (Felson & Haynie, 2002).

Vários estudos apontam diferenças significativas nos comportamentos de risco para a saúde relativamente ao sexo, demonstrando que no sexo feminino alguns comportamentos, como a violência e o consumo de álcool têm vindo a aumentar em todo o mundo (Nazareth, Walker, Ridolfi, Alouja, Bellon, Geerlings, Svad, Xavier e King, 2011; Keys, Garnt e Hasin, 2007; Chun e Mobley, 2010; Odgers e Moretti, 2002). Estas diferenças no sexo biológico estão muito associadas à procura de sensações, sendo que os homens superam de forma significativa as mulheres, não só neste domínio, mas também na procura de emoções, aventura e níveis elevados de desinibição (Zuckerman, Kuhlman, Thornquist & Kiers, 1991). No estudo de Newcomb & McGee (1991) os autores verificaram que os homens obtiveram pontuações mais altas na procura de novas actividades e novas sensações, apresentando maior desinibição relativamente às mulheres. No entanto, o envolvimento em comportamentos de risco para a saúde ocorreu em ambos os sexos (Newcomb & McGee, 1991). Também a idade é um fator significativo no envolvimento em comportamentos de risco, como o consumo de

drogas, sexo precoce e criminalidade, sendo que os jovens estão numa constante procura de novas sensações, aumentando o risco.

Consumo de Substâncias e Fatores de Risco Associados

Nos países desenvolvidos, o consumo de tabaco constitui a principal causa de doenças e de morte prematura, contribuindo para as primeiras oito causas de morte no mundo (World Health Organization, 2008). Segundo o relatório “Características Sociodemográficas dos fumadores diários em Portugal Continental”, a prevalência do consumo de tabaco está a diminuir no sexo masculino, existindo um aumento por parte do sexo feminino (Instituto Nacional de Saúde, 2017). Também o relatório “The European Health Report” de 2005, demonstra que apesar de os rapazes iniciarem o consumo de tabaco de forma mais precoce, o consumo por parte das raparigas tem vindo a aumentar de forma gradativa, demonstrando que são poucos os sujeitos que iniciam o consumo após a adolescência (World Health Organization, 2005). Outra problemática com consequências severas para a saúde é o consumo de álcool que demonstra taxas elevadas de mortalidade, variando entre os 45 e os 54 anos. Para além disto, tem efeitos diretos associados à prática de homicídios, doenças do fígado e maus-tratos demonstrando ser uma das principais causas de acidentes rodoviários em todo o mundo (World Health Organization, 2006). Um estudo Português de Ferreira e Torgal (2010), relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas assegura que cerca de 49.8% dos participantes do sexo masculino e 37.8% do feminino afirmam consumir regularmente bebidas alcólicas. Os autores encontraram uma diferença significativa entre sexos relativamente a este consumo. Desde 2001 que a aquisição, posse e o consumo de drogas deixou de ser crime em Portugal. O consumo de substâncias psicotrópicas também tem demonstrado ser uma problemática a nível mundial, atingindo maioritariamente a população jovem adulta, existindo cerca de 19.1 milhões de indivíduos a consumir drogas no ano de 2018, demonstrando uma maior prevalência no sexo masculino (20%) em comparação com o sexo feminino (11%) (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2019).

Os consumos de substâncias em Portugal estão bem presentes, e embora os valores do consumo de drogas se situem abaixo das médias europeias, o consumo de álcool ocupa um papel central, uma vez que se constata que há cada vez mais consumidores. Hawkins, Catalano e Miller (1992) enfatizam que a idade de início dos consumos é precedida por valores favoráveis ou desfavoráveis ao consumo. Deste modo, o valor das atitudes face às substâncias, as características individuais (como sexo e idade) e a interação com o meio

envolvente determinam a iniciação dos consumos. Vários estudos demonstram que atitudes positivas face ao consumo de substâncias estão associadas a maior probabilidade de consumo no futuro (Castrucci, Gerlach, Kaufman e Orleans, 2002; Barkin, Smith e Durant, 2002). Para além disto, Castrucci, Gerlach, Kaufman e Orleans (2002) enfatizam que à medida que se progride nos estádios de consumo, modificam-se as atitudes no sentido de apoiar comportamentos de risco desfavoráveis, que possam comprometer a saúde.

Também o contexto familiar demonstra ser um fator externo, representando um forte mediador do consumo de substâncias, sendo que atitudes favoráveis dos pais face aos consumos, comunicação ineficaz familiar, disfunção familiar e fraca monitorização encontram-se associadas a uma maior probabilidade de consumo na idade adulta (Sale, Sambrano, Springer & Turner, 2003; Hawkins et al, 1992). Macaulay, Griffin, Gronewold, Williams & Botvin (2005) através do seu estudo confirmam que uma monitorização parental eficaz representa um fator de proteção dos consumos, influenciando as atitudes, expectativas e conhecimento face ao uso de substâncias. Assim sendo, um dos fatores mais importantes quando se trata do consumo de substâncias está associado à qualidade das relações entre o seio familiar (Nation & Heflinger, 2006).

Outros autores enfatizam que a influência dos pares é um preditor significativo no domínio dos consumos. Deste modo, a exposição a atitudes e valores, a percepção dos jovens à aprovação do consumo, a disponibilidade da substância, bem como a pressão grupal estão associados a uma maior probabilidade de início de consumo de substâncias (Musher-Eizenman, Holub, & Arnett 2003; Kandel, Kessler & Margulies, 1978). Os jovens são mais suscetíveis à avaliação, opinião e aceitação por parte dos amigos (Heavyrunner-Rioux & Hollist, 2010; Steinberg & Monahan, 2007; Duan, Chou, Andreeva & Pentz, 2009). Portanto, os comportamentos que os jovens adotam estão associados à aprovação do grupo de pares, sendo que além disto, os consumos promovem popularidade no grupo reforçando a valorização social (Duan, Chou, Andreeva & Pentz, 2009). Vários autores enfatizam que ter amigos que fumam e que consomem substâncias psicotrópicas aumenta duas a três vezes mais o risco de consumos por parte dos jovens (Alexander, Piazza, Mekos, & Valente, 2001; Ennett, Faris, Hipp, Foshee, Bauman, Hussong & Cai 2008).

Hábitos alimentares enquanto fator de risco para a saúde

Os hábitos alimentares e uma alimentação não saudável representam uma problemática actual. Estes comportamentos quando estabelecidos desde cedo, perduram até à idade adulta

(Moore, Thompson & Demissie, 2016). Determinadas características das dietas, excessos /défices alimentares e desequilíbrios nutricionais podem representar consequências no bem-estar e na saúde, a curto e/ou longo prazo (Viana, 2002). O estudo (Health Behaviour in School-aged Children) realizado de quatro em quatro anos pela Organização Mundial de Saúde, com uma amostra de adolescentes, enfatiza que a toma do pequeno-almoço é recorrente no sexo masculino (88.7%), contrariamente, o sexo feminino apresenta níveis diários mais elevados de consumo de frutas (42.6%) e hortícolas (30.7%) (Direção Geral de Saúde, 2016a).

Os hábitos alimentares relacionam-se com a percepção que cada sujeito tem dos alimentos em determinados contextos sociais, económicos, culturais, familiares, emocionais e psicológicos, sendo através da repetição prática e eficiente que se produz o hábito mantendo-se e perpetuando determinadas rotinas que podem estar associadas ao risco (Viana, Santos & Guimarães, 2008). Vários autores enfatizam que as figuras vinculativas representam um papel determinante na estruturação do ambiente alimentar das crianças e jovens tendo influência no desenvolvimento do controlo da ingestão (Benton, 2004; Ramos & Stein, 2000; Rossi, Moreira & Rauen, 2008). Uma correcta socialização parental, um ambiente alimentar agradável com hábitos alimentares positivos, determinam o comportamento alimentar futuro, sendo que após a sua consolidação, dificilmente serão mudados (Birch, Gunder, Grimm-Thomas & Laing, 1998). Sleddens, Kremers & Thijs (2008) afirmam que quando a capacidade de autorregulação é ineficaz, a quantidade de comida necessária passa a estar dependente de várias influências externas, levando a consumos excessivos de alimentos e subsequentemente ao excesso de peso. As influências parentais podem proporcionar ambientes que promovam comportamentos alimentares saudáveis, em contrapartida, podem também promover perturbações alimentares (Scaglioni, Salvioni & Galimberti, 2008). Deste modo, estimular e reforçar uma alimentação saudável na infância está associado, a práticas mais equilibradas e saudáveis durante a vida adulta (Gubbels et al., 2011).

Relações Sexuais e Risco Associado

A idade de início da vida sexual não é linear em todas as partes do mundo, sendo necessário ter em consideração alguns fatores que possam estar agregados a essa maturação. As mudanças ocorrentes no período da adolescência vão muito além das mudanças físicas, atingindo também, de forma significativa, transformações psicossociais como associação a grupo de pares, procura de identidade, e descoberta de novos corpos, levando ao início da

vida sexual (Amariles Villegas, 2015). Vários autores enfatizam que quanto mais cedo os jovens iniciam as relações sexuais, maiores serão os riscos à prática de outros comportamentos, tais como, consumo de substâncias, violência, elevado número de parceiros, inutilização do preservativo, gravidez não planejada e contração de doenças sexualmente transmissíveis (Lowry, Robin & Kanin, 2017; Madkour et al., 2014; Clayton, Lowry, August e Everett Jones, 2016; Alves, Zappe & Dell'Arglio, 2015).

A idade é um parâmetro utilizado para estabelecer o que poderá ser considerado relações sexuais precoces, no entanto, ainda é um fator que varia de país para país e pode ser considerado como influência das diferenças culturais, temporais e regionais de cada população, no que se considera precoce. Um estudo de Kastbom, Sydsjö, Bladh, Priebe & Svedin (2014), realizado com jovens na Suécia refere que grande parte dos participantes iniciou a vida sexual por volta dos 14 anos, contrariamente, um estudo com jovens Nepalenses demonstrou que o mais prevalente seria os jovens iniciarem a vida sexual após os 17 anos, demonstrando maior valorização desta prática (Shrestha, Karki, & Copenhaver, 2015).

Outro grande fator que poderá variar segundo diferentes contextos culturais é o sexo biológico. O papel que o sexo feminino representa na sociedade varia de acordo com determinadas culturas e, por isso, pode ser indicador de resultados totalmente divergentes por parte das investigações. No estudo de Kastbom, Sydsjö, Bladh, Priebe & Svedin (2014), as mulheres apresentam 1.43 mais risco do que os homens, no que diz respeito ao início das relações sexuais precoces, em contrapartida, num estudo realizado na Tanzânia, o sexo feminino tem 74% menos risco de práticas sexuais precoces (Kawai, Kaaya, Kajula, Mbwambo, Kilonzo & Fawzi, 2008). Um estudo português iniciado no ano de 2010, com o intuito de estudar os comportamentos sexuais dos universitários em ambos os sexos, permitiu concluir que o sexo masculino apresenta uma maior prevalência à prática de comportamentos sexuais de risco, mencionando ter relações sexuais com outras pessoas durante os relacionamentos amorosos e parceiros sexuais ocasionais (Reis, Ramiro, Matos & Diniz, 2012). Nos dias de hoje ainda é evidente o estereótipo associado ao comportamento sexual em vários países do mundo, sendo que são os homens que decidem a frequência da actividade sexual, a utilização de métodos contraceptivos e o tipo de relacionamentos sexuais, grande parte das vezes através da violência (Fonseca e Lucas, 2009).

O acesso à educação, bem como, estatutos socioeconómicos mais baixos representam fatores de risco, interagindo com o comportamento dos indivíduos, nos mais variados contextos. Glynn et al (2010) enfatizam a existência de um elevado número de abandono

escolar, por parte dos jovens, quando surge uma gravidez indesejada ou por contraírem matrimónio, tendo o dever de assumir outras responsabilidades. Em compensação, a escolarização pode representar um fator de proteção aos jovens, comprovando que quanto mais os jovens se submetem a processos de aprendizagem, em contexto escolar, menor será o risco de iniciar atividades sexuais precoces (Kim & Lee, 2012; Glynn et al., 2010; Uthman, 2008). Também jovens que apresentam comportamento antissocial ou que não estabeleçam relações interpessoais favoráveis apresentam maior risco ao início de relações sexuais precoces. Portanto, figuras vinculativas que falham nas funções parentais e que não compreendem os problemas familiares, aumentam os riscos de início precoce de relações sexuais, por parte dos jovens (Kastbom, Sydsjö, Bladh, Priebe & Svedin, 2014; Kawai, Kaaya, Kajula, Mbwambo, Kilonzo & Fawzi, 2008; Kim & Lee, 2012; Peltzer, 2010). O mesmo acontece no grupo de pares, as interações interpessoais desfavoráveis levam, grande parte das vezes, a que os jovens incorram a comportamentos de risco para a saúde. Kawai et al (2008) verificaram que jovens, cujo grupo de amigos já tinham iniciado a vida sexual, apresentavam duas vezes mais risco de ter a primeira relação sexual de forma precoce. Para além disto, outros comportamentos de risco estão associados à actividade sexual precoce (e.g., relações sexuais desprotegidas). Shrestha, Karki, & Copenhaver (2015) verificaram que jovens que usavam métodos contraceptivos, nomeadamente o preservativo, apresentavam 28% menos risco de iniciarem práticas sexuais antes dos 16 anos. Langille, Asbridge, Flowerdew & Allen (2010), em contrapartida, demonstram que jovens que iniciaram as relações sexuais precoces (antes dos 16 anos) apresentam duas vezes mais risco de não usarem preservativo. Várias investigações demonstram a existência de fatores (e.g., Idade, Escolaridade, Relações interpessoais e comportamentos antissociais) que contribuem à prática de comportamentos sexuais precoces, assim, é essencial o favorecimento da criação de estratégias que possibilitem a redução dos riscos destes comportamentos.

Violência Interpessoal e auto-perpetrada enquanto fatores de risco

A violência está entre as principais causas de morte em todo o mundo (World Health Organization, 2014) e encontra-se relacionada com um amplo leque de fatores de risco para a saúde (e.g., Consumo de substâncias) (Kretschmar & Flannery, 2007). Durante muito tempo o conceito de violência foi ignorado como um problema de saúde pública, uma vez que, a sua definição não é clara. É sem dúvida, um fenómeno complexo e difuso, influenciado pela cultura, sendo que a sua definição trata-se de um julgamento, do que é aceitável e inaceitável.

A Violência pode ser definida pelo “*Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação*” (World Health Organization, 2002, p.5). É possível definir várias tipologias de violência: 1) Autodirigida, onde encontramos atos suicidas e comportamentos autolesivos; 2) Interpessoal, subdividida na categoria Familiar/Parceiros íntimos (ocorre entre parceiros íntimos, familiares, mas não exclusivamente, dentro de casa) e Comunidade (ocorre por pessoas sem laços de parentesco); e 3) Coletiva, subdividida em três categorias (Social, Política e Económica) (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

Violência e Agressividade são conceitos de difícil distinção, sendo muitas vezes confundidos. A agressividade é vista como uma característica inerente à espécie e determinante no processo de separação, de construção da identidade e de afirmação pessoal (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002). Fatores individuais bem como fatores biológicos explicam a predisposição para a agressão, no entanto, estes fatores estão constantemente em interação com fatores externos (e.g., familiares, culturais e familiares), criando situações em que ocorrem os comportamentos violentos (Dahlberg & Krug, 2006). Não existe um único fator que consiga explicar a razão para que determinadas pessoas são mais violentas do que outras. Os comportamentos violentos são resultado de uma interação entre os fatores individuais, sociais, culturais, ambientais e relacionais (Dahlberg & Krug, 2006). Um estudo com o objectivo de avaliar factores de risco e de protecção relativamente a comportamentos violentos entre 4.500 estudantes de escolas da Califórnia e de Oregon demonstra que mais de metade dos participantes (53%) estiveram envolvidos em comportamentos violentos. Um em cada quatro participantes (23%) esteve envolvido em pelo menos um tipo de violência grave, incluindo posse de armas, brigas de gangues e assaltos (Saner & Ellickson, 1996).

Os determinantes da violência não podem ser entendidos de forma individualizada, mas sim, através da interação de múltiplas variabilidades individuais com fatores sociais e comunitários, levando a padrões comportamentais de risco. O modelo Ecológico da Violência permite entender o fenómeno da violência interpessoal e das suas múltiplas formas de expressão. O modelo conceptualiza quatro fatores que estão em interação entre si: 1) Fatores individuais, considerados de ordem biológica como, o abuso de substâncias psicoactivas, impulsividade e psicopatologias; 2) Fatores relacionais, associados a problemas familiares, parentalidade desfavorável, baixo estatuto socioeconómico; 3) Fatores comunitários como elevada densidade populacional, empobrecimento cultural e níveis mais elevados de

desemprego; e 4) Fatores de ordem social como políticas de saúde, de justiça, sociais, reforçando as desigualdades sociais e económicas de uma determinada sociedade (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

Comportamentos de Risco, Comportamento Criminal e Traços Antissociais de Personalidade

As questões da personalidade revelam-se relativamente consistentes no que diz respeito a sentimentos, padrões de pensamento e comportamentos, contudo, grande parte da literatura criminal é insuficiente (Jones, Miller & Lynam, 2011). Apesar da escassez da literatura, estudos demonstram que o envolvimento, em comportamentos de risco à saúde, está associado a dimensões de personalidade (Zuckerman, Eysenck, & Eysenck, 1978). Vários autores que se dedicam a estudar o comportamento agressivo, intolerância à frustração, desobediência, impaciência, baixo autocontrolo, roubos, fugas, entre outros, afirmam que estes tipos de manifestações estão associadas a questões ligadas à externalização, relacionando-se com aspectos antissociais (Lambert, Wahler, Andrade & Bickman, 2001; Fischer, Rolf, Hasazi, & Cummings, 1984). Comportamentos antissociais e problemas de externalização apresentam maior prevalência na infância e tendem a evoluir para quadros clínicos mais graves na idade adulta (Pettit, Bates, Dodge, & Meece, 1999). Assim, comportamentos antissociais como faltar às aulas, furtar objetos e mentir, por norma, antecedem comportamentos antissociais mais graves como lutas, posse de armas, arrombamentos, assaltos e consumo de substâncias (Rutter, 1992; Loeber & Dishion, 1983). A Perturbação Antissocial da Personalidade é a forma extrema e patológica para designar os traços antissociais. É uma perturbação comportamental caracterizada pela insensibilidade aos sentimentos alheios, ausência de empatia e violação das normas sociais. Esta perturbação apresenta vários critérios de diagnóstico, tal como descrito no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, p.787):

- A) *Padrão global de desrespeito e violação dos direitos dos outros ocorrendo desde os 15 anos, como indicado por 3 ou mais dos seguintes critérios: 1) Incapacidade para se conformar com as normas sociais no que diz respeito a comportamentos legais, como indicado por atos repetidos que são motivo de detenção; 2) Falsidade, como indicado por mentir repetidamente, usar nomes ou enganar os outros, como obtenção de prazer; 3) Impulsividade ou incapacidade de planear antecipadamente; 4) Irritabilidade e agressividade, indicado por lutas e conflitos repetidos; 5) Desrespeito*

temerário pela segurança de si próprio e dos outros; 6) Irresponsabilidade consistente, como indicado pela incapacidade repetida para manter um comportamento laboral consistente; 7) Ausência de remorso, indicado pela indiferença sobre ter magoado, maltratado ou roubado alguém.

B) O indivíduo tem pelo menos 18 anos.

C) Existe evidência de perturbação do comportamento com início antes dos 15 anos.

D) A ocorrência de comportamento antissocial não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou de perturbação bipolar.

Questões associadas a fraca parentalidade, divórcio, perda materna/paterna e condições socioeconómicas desfavoráveis reflectem, por parte dos jovens, maior probabilidade de comportamentos de risco para a saúde e, também de traços antissociais de personalidade, podendo levar ao desenvolvimento da perturbação (Frick, 2016). Assim sendo, dada a existência de laços familiares e sociais debilitados, verificam-se sensações inseguras e de perda de controlo, aumentando a prevalência de se desenvolver comportamentos com traços antissociais (Frick, 2016; Fontaine, Carbonneau, Vitaro, Barker & Tremblay, 2009). Assim, tais conceitos merecem algum destaque, não só pelas suas consequências individuais, mas também pelo seu forte impacto social (Duggan, 2008).

Autocontrolo como fator de risco face à criminalidade e aos comportamentos de risco

O autocontrolo define quase todas as formas de comportamento que conduzem a uma vida de sucesso e saudável. Tangney, Baumeister & Boone (2004), afirmam que o autocontrolo deve ser altamente adaptativo, permitindo que a população adopte hábitos mais saudáveis, diminuindo os comportamentos de risco. A grande maioria das problemáticas existentes ao nível dos comportamentos de risco à saúde como as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, consumo de substâncias, crime e hábitos alimentares pouco saudáveis, reflecte a existência de uma falha ao nível do autocontrolo (Castiel, Ferreira & Moraes, 2014).

Uma das principais causas do baixo autocontrolo está associada à influência familiar, sendo que a educação dada pelas figuras vinculativas pode representar um fator de risco. Akers (1991) assegura que uma boa educação parental é essencial para que as crianças desenvolvam níveis favoráveis de autocontrolo. Desta forma, os pais devem monitorizar os comportamentos da criança sendo que na existência de um comportamento desviante devem dar reconhecimento e consequentemente punir esse mesmo comportamento. Assim, familiares que supervisionam as condutas desviantes e que determinam a sua punição acabam por

reconhecer a falta de autocontrole, por quem as pratica (Akers, 1991). Portanto, uma socialização insuficiente no seio familiar, falta de supervisão, fraca parentalidade e pais desviantes são fatores que estão diretamente associados a baixos níveis de autocontrole. Vários autores afirmam que baixos níveis de autocontrole por parte das crianças e jovens, leva mais tarde à prática de comportamentos de risco para a saúde, mas também à realização de comportamentos violentos e de fraude, na procura pelo próprio interesse (Perrone, Sullivan, Pratt, e Margaryan, 2004; Wikström e Treiber, 2007). Contrariamente, elevados níveis de autocontrole estão associados a hábitos mais saudáveis relativamente às práticas comportamentais. Jovens com capacidade de controlar os seus comportamentos apresentam menor tendência às doenças sexualmente transmissíveis, à obesidade e ao consumo de álcool e drogas (Moffitt, et al, 2011). Assim, é expectável que sujeitos que apresentem baixos níveis de autocontrole apresentem igualmente elevados comportamentos de risco à saúde na idade adulta (Arneklev, Grasmick, Tittle & Bursik, 1993; Castiel et al, 2014) como o abuso de substâncias, obesidade, impulsividade e criminalidade (Baumeister & Heatherton, 1996; Patton, Stanford & Barratt, 1995; Vohs & Faber, 2007).

Abordagem teórica aos comportamentos de risco e sua relação com os traços antissociais e o autocontrole

Várias explicações foram desenvolvidas com o intuito de elucidar qual ou quais as razões que levam à prática de comportamentos de risco. A teoria do comportamento ponderado é uma das mais importantes concepções da psicologia social sobre a previsão dos comportamentos de risco para a saúde. Desenvolvida por Fishbein e Ajzen em 1967, trata-se de uma teoria geral do comportamento que explica a relação entre intenções, crenças, atitudes e comportamentos (Ajzen & Fishbein, 1977). Esta teoria foi importante na compreensão de comportamentos que colocam em risco a saúde, como o consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo e relações sexuais desprotegidas (Ajzen & Fishbein, 1977; Cleary, 1987). A teoria do comportamento ponderado defende que todos os comportamentos sociais encontram-se sob o controlo do próprio sujeito, sendo a intenção, o determinante mais imediato de qualquer comportamento. Assim, os comportamentos de risco são um resultado de um processo racional com uma ação consistente de valores, expectativas e objetivos do sujeito que toma a decisão (Ajzen, 1988; Ajzen e Fishbein, 1977). Segundo os autores, as intenções relativas aos comportamentos resultam das atitudes e das normas subjetivas. As atitudes dizem respeito a aspectos avaliativos, de natureza pessoal associados a sentimentos

que podem ser percebidos como positivos/negativos relativamente a um determinado comportamento. As normas subjetivas reflectem crenças associadas às pessoas significativas do sujeito, o que pensam, mas também, a motivação do próprio para estar de acordo com a opinião percebida. Portanto, se os sujeitos perceberem os comportamentos de risco para a saúde como positivos, as suas atitudes face aos comportamentos serão previsivelmente também positivas. Ou, se as figuras vinculativas aprovarem a prática de comportamentos de risco, maior será o risco para quem percebe (Ajzen e Fishbein, 1980; Chan e Fishbein, 1993).

A criminologia teórica, no início dos anos 90, sofre um forte desenvolvimento e crescimento (Cochran, Aleksa e Chamlin, 2006), surgindo novas correntes teóricas. Entre os quadros conceptuais mais estabelecidos a Teoria Geral do Crime de Gottfredson e Hirschi, destaca-se na literatura. Os autores demonstram que o autocontrolo é uma característica fundamental para a explicação da prática de comportamentos de risco e criminais (Wright, Caspi, Moffitt e Silva, 1999). Gottfredson e Hirschi (1990) enfatizam que a propensão para um sujeito cometer crimes está directamente ligada ao seu nível de autocontrolo. Esta teoria sugere que todo o tipo de crime proporciona uma gratificação imediata e realizada. Além disso, o consumo de tabaco, álcool e relações sexuais sem protecção, considerados como comportamentos de risco para a saúde, são análogos ao crime, uma vez que também são considerados gratificantes (Pratt & Cullen, 2000), requerem pouco planeamento e oferecem entusiasmo, tornando os sujeitos mais desinibidos à prática e procura dos riscos (Arneklev, Grasmick, Tittle & Bursik, 1993). Os autores propõem que o baixo autocontrolo não é a causa principal do comportamento criminal e está ligada a uma variedade de comportamentos de risco e características individuais (Evans, Cullen, Burton, Dunaway & Benson, 1997). Pratt & Cullen (2000) afirmam a existência de uma associação entre a prática de crimes e os comportamentos de risco, demonstrando que sujeitos que cometem crimes, também praticam comportamentos de risco à saúde. Por exemplo, Pratt & Cullen (2000) conduziram uma meta-análise para avaliar a teoria geral do crime, com o objectivo de estudar o efeito do autocontrolo nos comportamentos de risco para a saúde e comportamento criminal. Foram incluídos 21 estudos, sendo possível concluir que o autocontrolo é o preditor central destes comportamentos.

PRESENTE INVESTIGAÇÃO

Os comportamentos de risco para a saúde têm consequências negativas a vários níveis constituindo uma problemática na sociedade. Explorar os diversos comportamentos de risco para a saúde torna-se importante para que deste modo seja possível averiguar a sua prevalência na população adulta portuguesa, nomeadamente no estabelecimento de prioridades para políticas públicas de prevenção. Talvez ainda mais importante, até à data, são escassas as investigações que avaliaram factores de risco na população adulta, mas também que permitam verificar as suas principais diferenças relativamente ao sexo, de modo globalizado. Além disto, traços da perturbação antissocial de personalidade e comportamento criminal apresentam alguma relevância, ainda assim, são escassas as investigações. Assim, salienta-se a importância das investigações nesta área, visto que traços antissociais de personalidade não se encontram presentes apenas na população reclusa, mas também na população geral. Contudo, investigações com forte suporte teórico para este conceito demonstram-se escassas. Assim, o presente estudo tem como objectivos: 1) Avaliar a prevalência de um amplo leque de comportamentos de risco para a saúde na população portuguesa adulta e comparar relativamente ao sexo masculino e feminino; 2) Avaliar a prevalência de comportamentos de risco precoces na população adulta; 3) Explorar a associação dos traços antissociais de personalidade e os padrões comportamentais de risco; 4) Explorar o impacto do baixo autocontrolo na prática elevada de comportamentos de risco.

METODOLOGIA

Participantes

A presente investigação incluiu uma amostra de 500 adultos da população portuguesa, sendo que 208 (41.6%) são do sexo masculino e 292 (58.4%) do sexo feminino, com idades superiores ou iguais a 18 anos. A faixa etária dos participantes do sexo masculino situa-se entre 18 e 74 anos, sendo que no sexo feminino os participantes têm idades compreendidas entre 18 e 79 anos. A média de idades da amostra corresponde a 36.58 (DP=14.11). No que diz respeito ao estatuto socioeconómico a maioria encontra-se na média, 39.6% (n=198). Relativamente à escolaridade, a média é de 12.98 (DP=3.25). A amostra é composta por 500 participantes, sendo que 93 (18.6%) são estudantes, 17 (3.4%) não exercem qualquer tipo de actividade académica ou laboral e 390 (78%) não são estudantes e exercem actividades laborais. Os dados foram recolhidos em diversos locais, escolas secundárias, Instituições de desporto e Lazer, Empresas e a maioria dos participantes são de nacionalidade portuguesa, com residência em Portugal Continental e regiões autónomas. Relativamente à aceitação do estudo, foi possível constatar uma taxa de adesão de 98.2%, registando-se, na fase de preenchimento dos questionários, um total de recusas ou desistências de apenas 9 indivíduos, o que representa uma percentagem de 1.8%.

É possível consultar uma caracterização mais detalhada da distribuição das Variáveis Sociodemográficas da amostra na tabela 1.

Tabela 1. Características Sociodemográficas

		Amostra Total (N=500)	
		N	%
Sexo	Masculino	208	41.6
	Feminino	292	58.4
Idade (Média)			36.58
Estatuto Socioeconómico	Baixo	111	22.2
	Médio	198	39.6
	Alto	188	37.6
Ocupação	Trabalha	390	78
	Estuda	93	18.6
	Não estuda nem trabalha	17	3.4
Grupo étnico Minoritário	Sim	13	2.6
	Não	487	97.4

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Para recolher algumas informações importantes sobre os participantes em estudo, como a idade, sexo, habilitações literárias, entre outras, foi utilizado um questionário sociodemográfico (para uma informação detalhada ver anexo II).

Health Risk Behavior Checklist (Pinto & Maia, 2013)

O presente instrumento é composto por 20 itens que objectiva avaliar o envolvimento da população adulta portuguesa em diversos comportamentos de risco à saúde (Anexo III). Os itens são avaliados de três formas distintas, pela sua frequência através de uma escala de likert, esta escala é composta por cinco pontos, sendo que variam entre “Muitas vezes” e “Nunca”. Aravés de uma escala nominal dicotómica de “Sim” e “Não” e, também através da indicação da idade de início dos comportamentos que serão considerados de risco no caso de o participante responder idade inferior a 16 anos. O índice global é obtido através do somatório das respostas positivas, variando entre o 0 e o 20, sendo que quanto maior o índice global, maior será a prática de comportamentos de risco. Este questionário foi desenvolvido por Pinto e Maia (2013), e faz parte da base oficial de instrumentos de avaliação psicológica da

Associação Americana de Psicologia (APA), sendo que os resultados apresentados por Pinto e Maia (2013) sugerem, do ponto de vista exploratório boas propriedades psicométricas (Pinto & Maia, 2013).

AS Spectrum (C. Ramos, A. Castro, & M. Basto-Pereira, 2019)

A escala AS Spetrum, desenvolvida especificamente para adultos, maiores de 18 anos avalia traços antissociais estáveis, nomeadamente característicos da Perturbação Antissocial da Personalidade (C. Ramos, A. Castro, & M. Basto-Pereira, 2019). Estes traços referem-se à maneira de agir ou pensar no dia-a-dia, desde os 15 anos de idade. É uma escala, composta por 24 itens, com respostas que variam numa escala tipo Likert de 4 pontos, onde 1 = discordo totalmente e 4 = concordo totalmente. A versão reduzida da escala é constituída por 8 itens que se encontram distribuídos por duas dimensões: Desvalorização de leis e normas e Violento/Confrontativo (Anexo IV). Os resultados da validação da escala AS Spectrum sugerem propriedades psicométricas consideradas satisfatórias com uma consistência interna de $\alpha = 0.75$ na dimensão Desvalorização de Leis e Normas e $\alpha = 0.66$ para a dimensão Confrontativo/Violento. A consistência interna total é $\alpha = 0.76$. O Instrumento construído é uma ferramenta adequada com características psicométricas satisfatórias e apropriadas (Ramos, 2020).

Escala Breve de Autocontrolo (BSCS) (J.P. Tangney, R.F. Baumeister, & A.L. Boone, 2004; Traduzido por C. Santos, T.S. Almeida, & M. Basto-Pereira, 2019)

Inicialmente o *Self Control Scale* (SCS) era uma escala composta por 36 itens e cinco dimensões distintas: Autodisciplina, Hábitos Saudáveis, Ação deliberada/Não impulsiva, ética laboral e Confiabilidade (Pechorro, Pontes, DeLisi, Alberto & Simões, 2018). Posteriormente foi criada a Escala Breve de Autocontrolo, tendo como principal objectivo medir o constructo geral de autocontrolo na população adolescente. Esta escala é uma versão reduzida desenvolvida a partir da escala original *Self Control Scale* (SCS). A escala breve de autocontrolo (EBAC) é um questionário de autorresposta que mede o autocontrolo utilizando 13 itens, classificados numa escala de Likert de 5 pontos (Anexo V). Esta escala varia de 1 (De modo algum parecido comigo) a 5 (Bastante parecido comigo) (Maloney, Grawitch & Barber, 2012). Para a cotação do instrumento é necessário fazer a inversão dos itens: Item 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 12 e 13. A escala BSCS mede níveis mais elevados de autocontrolo, sendo que pontuações mais altas indicam níveis mais altos de autocontrolo, originando pontuações negativas estatisticamente significativas. A validação da escala BSCS para a população adulta, encontra-se em estudo, não sendo ainda possível retirar inferências sobre as suas características psicométricas.

Procedimento

O presente estudo está inserido no projecto de investigação científico “*Avaliar para intervir eficazmente: Reduzindo o risco de reincidência criminal e marginalização social*”, conduzido por uma equipa de 3 investigadores. Neste sentido, procedeu-se à utilização de um protocolo final, constituído por um questionário sociodemográfico e seis escalas que correspondem às seis teses de mestrado incluídas neste projeto. Este projeto de investigação tem a aprovação da Comissão de Ética do ISPA, permitindo a realização deste estudo. Numa primeira fase de aquisição de dados, a recolha ocorreu de forma presencial, individualmente ou em grupo. Salientou-se que a participação é feita de forma livre, podendo desta forma, desistir a qualquer momento ou recusar a sua participação. Para além disto, também foi reforçado que a confidencialidade seria totalmente garantida e que os dados seriam usados para fins científicos e avaliados do ponto de vista global. De seguida os participantes assinaram o consentimento informado (Anexo I) para que mais uma vez, fique totalmente esclarecido a pertinência do estudo e assim, possam consentir a sua participação de forma voluntária. Posteriormente, os participantes deveriam responder ao questionário sociodemográfico e só depois ao preenchimento dos instrumentos presentes no protocolo. Os participantes demoraram, em média, cerca de 20 minutos a responder a todos os questionários.

Após o processo de recolha de dados, procedeu-se ao tratamento dos mesmos através do estatístico IBM SPSS Statistics versão 25.0 (Chicago IL, USA), onde foi elaborada uma base de dados, com toda a informação dos participantes. No que diz respeito aos procedimentos estatísticos foram efectuadas estatísticas descritivas para analisar as diferenças entre géneros e grupos de idade através do teste do Qui-quadrado (para localização dos valores significativos). Em seguida, utilizou-se uma regressão linear múltipla para testar a associação entre os traços antissociais e padrões comportamentais de risco para a saúde. Para testar a associação entre o baixo autocontrolo e os comportamentos de risco para a saúde utilizou-se a mesma estratégia analítica.

RESULTADOS

Os resultados encontram-se organizados em 4 secções. Primeiramente, é apresentado uma estatística descritiva, com apresentação de frequências e percentagens para descrever os diferentes comportamentos de risco (e.g., tabaco, prática de exercício físico, álcool, higienização oral, alimentação, drogas, comportamentos autolesivos, suicídio, violência, posse de armas e relações sexuais) na população adulta portuguesa. Utilizou-se também uma estatística descritiva para analisar as diferenças entre sexos e grupos de idade através do teste do Qui-quadrado (para localização dos valores significativos). Posteriormente, utilizou-se uma regressão linear múltipla para testar a associação entre os traços antissociais, bem como o autocontrolo e os padrões comportamentais de risco. O nível de significância estatístico foi determinado para $p \leq 0.05$.

Simetria da prática de comportamentos de risco no sexo biológico

Para a amostra de participantes da população geral adulta, foram analisadas a razão de probabilidades (*odds-ratios*), de forma a analisar a existência de simetria na prevalência de comportamentos de risco para a saúde (i.e., Consumo de tabaco, actividade física, consumo de álcool, higienização oral, tempo sem comer, toma do pequeno-almoço, consumo de doces/bolos, consumo de drogas, comportamentos autolesivos, pensamentos suicidas, tentativas de suicídio, comportamentos violentos, posse de armas e sexo desprotegido) entre adultos do sexo masculino e feminino. A tabela 2 indica que os participantes do sexo feminino têm cerca de 74.2% menos risco de consumo de álcool ($OR = .26$) têm 48% menos risco de Higienização oral ($OR = .05$) apresentam também 39.5% menos risco ao consumo de drogas ($OR = .61$), no que diz respeito aos comportamentos violentos, as mulheres têm 81.7% menos risco ($OR = .18$) e têm 81.3% menos risco de posse de armas ($OR = .19$) quando comparadas com os participantes do sexo masculino. Em contraste, os participantes do sexo feminino apresentam cerca de sete vezes mais risco de realizar uma tentativa de suicídio ($OR = 7.34$) em comparação com o sexo masculino. Nas restantes dimensões não foram encontrados resultados estatisticamente significativos relativos à existência de simetria entre adultos do sexo feminino e masculino. Para uma informação detalhada ver tabela 2.

Tabela 2. *Simetria da prática de comportamentos de risco para a saúde no sexo biológico*

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		χ^2	OR	I.C de 95%	
	N	%	N	%			Inferior	Superior
Tabaco	62	35.43	88	39.56	.68	.84	.56	1.27
Act. Física	123	59.14	222	76.03	16.21	2.19	1.49	3.22
Álcool	173	89.64	172	69.08	26.83	.26	.15	.44
Higienização	13	6.25	1	0.34	15.58	.05	.01	.40
Tempo sem comer	37	17.87	57	19.52	.22	1.11	.71	1.76
Pequeno-almoço	37	17.87	46	15.75	.39	.86	.53	1.38
Doces/Bolos	162	78.26	258	88.36	9.26	2.11	1.30	3.43
Drogas	87	42.03	89	30.48	7.08	.61	.42	.88
Autolesões	5	2.42	22	7.53	6.20	3.29	1.23	8.84
Pensam. Suicidas	11	5.34	42	14.38	10.39	2.98	1.49	5.94
Tentativas Suicídio	1	0.48	10	3.42	4.89	7.34	.93	57.79
Violência	93	44.93	38	13.01	63.72	.18	.12	.28
Posse de armas	24	11.59	7	2.40	17.59	.19	.08	.44
Sexo Desprotegido	136	69.04	191	73.18	.94	.82	.54	1.23

Nota: OR – Odds Ratios; I.C – Intervalo de confiança

Simetria dos comportamentos de risco precoces no sexo biológico

Para a amostra de participantes da população geral adulta, foram analisadas a razão de probabilidades (*odds-ratios*) e respectivos intervalos de confiança, de forma a analisar a existência de simetria na prevalência de comportamentos de risco para a saúde precoces (i.e., consumo de tabaco, consumo de álcool, consumo de drogas e primeira relação sexual) entre adultos do sexo masculino e feminino. A tabela 3 indica que os participantes do sexo feminino têm cerca de 42% menos risco de iniciarem o consumo de álcool precocemente ($OR = .58$, I.C 95% [.40; .85]) e têm cerca de 66.3% menos risco de iniciarem as relações sexuais precocemente ($OR = .34$, I.C 95% [.22; .52]) quando comparados com os participantes do sexo masculino. Nas restantes dimensões não foram encontrados resultados estatisticamente significativos relativos à existência de simetria entre adultos do sexo feminino e masculino. Para uma informação detalhada ver tabela 3.

Tabela 3. *Simetria da prática de comportamentos de risco precoces no sexo biológico*

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		χ^2	OR	I.C de 95%	
	≤ 15 anos		≤ 15 anos				Inferior	Superior
	N	%	N	%				
Consumo de Tabaco	108	61.71	114	52.29	3.41	.68	.46	1.02
Consumo de álcool	101	52.33	99	39.44	7.99	.58	.40	.85
Consumo de Drogas	21	23.86	20	22.22	.09	.89	.43	1.85
Primeira Relação Sexual	74	35.75	46	15.75	26.30	.34	.22	.52

Nota: ≤ 15 – Factor de risco presente; OR – Odds Ratios; I.C – Intervalo de confiança

Associação dos traços antissociais de Personalidade aos comportamentos de risco globais

De forma a testar o efeito da associação das duas variáveis em estudo, utilizou-se a globalidade da escala Health Risk Behavior Checklist e as duas dimensões da escala AS Spectrum: Desvalorização de leis e normas e Violento/Confrontativo. Dimensões que teoricamente podem ser consideradas variáveis dependentes dos comportamentos de risco para a saúde e com correlações significativas na análise bivariada, foram testadas como *Outcomes* em modelos de regressão linear múltipla, sendo que foi considerado os comportamentos de risco para a saúde na sua totalidade como variável dependente. Através da consulta da tabela 4 é possível verificar que após terem sido ajustados os preditores sexo, idade, estatuto socioeconómico, minoria étnica, dimensão desvalorização de leis e normas e dimensão violento/confrontativo, a idade demonstrou ser um preditor estatisticamente significativo e negativo ($\beta = -.32, p < .05$) também a dimensão desvalorização de leis e normas é um preditor estatisticamente significativo e positivo ($\beta = .42, p < .01$) no que diz respeito à prática de comportamentos de risco à saúde. O modelo explicou 2.9% da variância e nas restantes dimensões não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, sendo possível obter uma informação detalhada na tabela 4.

Tabela 4. Regressão Linear Múltipla para predição dos Traços Antissociais da Personalidade

	Comportamentos de Risco para a saúde			
	B	Erro Padrão	β	P
Sexo (0 = Masculino; 1= Feminino)	.21	.63	.04	.743
Idade	-.07	.03	-.32*	.006
Estatuto Socioeconómico (0 = Baixo; 1 = Médio; 2 = Alto)	.46	.39	.14	.240
Minoria Étnica (0 = Não; 1 = Sim)	-.31	1.44	-.02	.830
Desvalorização de leis e normas	2.02	.57	.43**	.001
Violento/Confrontativo	-.83	.48	-.23	.091
R ²	.29			

Nota: * p < .05; ** p < .01

Associação dos Traços Antissociais de Personalidade relativamente aos vários comportamentos de risco

Na tabela 5 são apresentadas as correlações entre os traços antissociais nas suas dimensões e os diferentes indicadores relativos aos vários comportamentos de risco estudados. Quando considerada a pontuação total da escala ASSpectrum, o consumo de drogas, álcool, violência, suicídio e a posse de armas são preditores estatisticamente significativos demonstrando uma forte associação. No que diz respeito à dimensão desvalorização de leis e normas, verifica-se correlações estatisticamente significativas nas dimensões comportamento de risco total, violência e posse de armas, com uma forte associação. O consumo de tabaco, drogas e álcool também são preditores estatisticamente significativos, no entanto, com uma associação moderada. Finalmente, na dimensão Violento/Confrontativo, verifica-se uma forte associação entre o consumo de drogas, violência, suicídio, posse de armas e comportamentos autolesivos. O consumo de álcool demonstra ser igualmente um preditor estatisticamente significativo, contudo, com uma associação moderada. A maiorias das correlações foram estatisticamente significativas e no sentido esperado, conforme se pode observar no resumo da tabela apresentada de seguida.

Tabela 5. *Correlações entre ASSpectrum e Health Risk Behavior Checklist*

	Risco total	Drogas	Álcool	Violência	Suicídio	Armas	Autolesões
AS Total	.21	.25**	.12**	.32**	.18**	.22**	.09*
Desvalorização Leis e Normas	.34**	.15*	.10*	.25**	.11	.17**	.03
Violento/Confrontativo	-.02	.32**	.10*	.30**	.21**	.22**	.17**

Nota.* $p < .05$; ** $p < .01$

Associação do autocontrolo face aos comportamentos de risco globais

De forma a testar o efeito da associação das duas variáveis em estudo, utilizou-se a globalidade da escala Health Risk Behavior Checklist e da escala Breve de Autocontrolo. Dimensões que teoricamente podem ser consideradas variáveis dependentes dos comportamentos de risco para a saúde e com correlações significativas na análise bivariada, foram testadas como *Outcomes* em modelos de regressão linear múltipla, sendo que foi considerado os comportamentos de risco para a saúde na sua totalidade como variável dependente. Através da consulta da tabela 6 é possível verificar que após terem sido ajustados os preditores sexo, idade, estatuto socioeconómico, minoria étnica e autocontrolo, verificou-se que a idade é um preditor estatisticamente significativo e negativo ($\beta = -.28, p < .01$) e o estatuto socioeconómico também demonstra ser significativo, mas positivo ($\beta = .18, p < .05$) sendo que o modelo explicou 1.4% da variância. Para uma informação detalhada ver tabela 6.

Tabela 6. *Regressão Linear Múltipla para predição do Autocontrolo*

	Comportamentos de Risco à saúde			
	B	Erro Padrão	B	P
Sexo (0 = Masculino; 1= Feminino)	.18	.40	.04	.645
Idade	-.06	.02	-.28**	.001
Estatuto Socioeconómico (0 = Baixo; 1 = Médio; 2 = Alto)	.60	.26	.18*	.019
Minoria Étnica (0 = Não; 1 = Sim)	-.39	1.02	-.03	.701
Autocontrolo	-.10	.07	-.11	.166
R ²	.14			

Nota.* p < .05; ** p < .01

Associação do autocontrolo face aos vários comportamentos de risco

De seguida, pretendeu-se avaliar a associação entre o baixo autocontrolo e os diversos comportamentos de risco para a saúde. Conforme se pode observar no resumo da tabela apresentada de seguida, apenas algumas correlações foram estatisticamente significativas e no sentido esperado.

Tabela 7. *Correlações entre Escala Breve de Autocontrolo e Health Risk Behavior Checklist*

	Tabaco	Drogas	Suicidio	Sexo Desprotegido
EBAC (total)	.11*	-.16**	-.13**	-.10*

Nota.* $p < .05$; ** $p < .01$

Através dos dados obtidos na tabela 7, verificou-se que o consumo de drogas foi um preditor estatisticamente significativo, com uma forte associação, demonstrando que sujeitos que apresentam baixos níveis de autocontrolo apresentam mais risco ao consumo de tabaco ($\beta = -.16, p < .01$), o suicídio também representa uma forte associação com o autocontrolo ($\beta = -.13, p < .01$), por isso, sujeitos com baixo autocontrolo apresentam um risco elevado à prática do suicídio e, por último, a prática de sexo desprotegido também demonstra estar associado ao baixo autocontrolo de forma moderada ($\beta = -.10, p < .05$). Contrariamente, o tabaco demonstrou uma associação moderada ($\beta = .11, p < .05$), sendo que sujeitos que apresentem níveis elevados de autocontrolo apresentam mais risco de consumo de tabaco.

DISCUSSÃO

A discussão tem como objetivo apresentar todos os resultados estimados, de forma simplificada, em função dos objetivos gerais específicos permitindo a comparação com as investigações similares à presente investigação. A presente investigação teve como objetivos avaliar a prevalência de comportamentos de risco para a saúde na população portuguesa adulta e comparar relativamente ao sexo biológico e a grupos de idade. Pretende-se avaliar também o impacto dos traços antissociais, bem como do baixo autocontrolo na prática de comportamentos de risco para a saúde.

Comportamentos de Risco para a Saúde e o Sexo Biológico

De acordo com os resultados obtidos referentes ao primeiro objetivo, da amostra total de participantes, verificou-se que grande parte dos homens e mulheres praticam, de forma geral, comportamentos de risco para a saúde. Minuciosamente, para esta população específica destaca-se o consumo de álcool, demonstrando prevalências preocupantes, sendo que 89.6% participantes do sexo masculino afirmam consumir álcool actualmente de forma regular, no entanto, apesar da prevalência do sexo feminino de 69.1%, ser inferior, ainda existe uma percentagem de risco elevado em ambos os sexos. Ainda relativamente aos consumos, no que diz respeito às drogas as prevalências são mais elevadas no sexo masculino (42.0%) quando comparadas aos participantes do do sexo feminino (30.5%). Em contraste, o sexo feminino apresenta 39.5% menos risco ao consumo quando comparado ao sexo masculino. Os dados são congruentes com várias investigações, demonstrando diferenças significativas, sendo que o sexo masculino apresenta maior risco aos consumos do que ao sexo feminino (Windle e Davies 1999; Chitas, Negreiros e Barreira, 2000; Observatório da droga e da toxicodependência, 2019).

Abordagens fundamentadas na importância da vinculação, tal como descrito na literatura, apresentam uma grande relevância nas explicações para a prática de comportamentos de risco para a saúde, nomeadamente nos consumos. A primeira figura de vinculação, quando bem estabelecida, permite o estabelecimento de relações futuras, funcionando como modelo interno. Estes modelos são essenciais para a própria valorização, tonando-se competente nas interações sociais. Assim, padrões de vinculação inseguros têm influência na capacidade de estabelecer relações interpessoais seguras e saudáveis, conduzindo os sujeitos a eventuais problemas relacionados com a regulação emocional. Portanto, sujeitos cujo ajustamento

psíquico se encontra comprometido, optam pela prática de comportamentos de risco, na tentativa de compensar a falha narcísica, retirando na maioria das vezes prazer dos consumos.

No consumo de doces e bolos verificam-se prevalências preocupantes, contudo, não demonstram ser estatisticamente significativos entre sexos. Cerca de 78.3% dos homens consomem regularmente bolos, doces ou pastilhas elásticas, no entanto, as mulheres apresentam prevalências mais elevadas, sendo que 88.4% afirmam fazer um consumo de doces regular. O consumo de doces e bolos apresenta resultados extremamente preocupantes, demonstrando que 84% da amostra total faz um consumo regular, em detrimento de apenas 16% de participantes que relatam raramente ou nunca fazer o consumo. Um estudo de Sabiston e Crocker (2008) afirma que os homens apresentam hábitos alimentares mais saudáveis quando comparados às mulheres, demonstrando uma maior percepção à prática de comportamentos saudáveis. No entanto, os autores não encontraram uma explicação para os resultados, alertando para a necessidade de novos estudos.

A percepção que cada um tem da sua imagem corporal pode levar ao desenvolvimento de distúrbios biológicos associados à alimentação. A valorização do corpo pode ter influência no estilo de vida dos homens e das mulheres, levando à prática de comportamentos que podem comprometer a saúde. Segundo Schraiber, Gomes & Couto (2005) os comportamentos de saúde são pouco valorizados na socialização dos homens, sendo que as mulheres restringem o consumo alimentar devido a preocupações relativas à aparência física (Conner, Johnson & Grogan, 2004; Chambers, Lobb, Butler & Traill, 2008). Também são as mulheres que maioritariamente compram e preparam os alimentos, sendo que têm uma maior informação dos valores dos alimentos e das suas consequências para a saúde (Rolnick et al, 2009; Lucan, Barg, Karasz, Palmer & Long, 2012). Portanto, problemáticas associadas à imagem corporal podem estar na origem dos resultados desta investigação, uma vez que não se encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres. Isto poderá querer dizer que existem mudanças e aproximações entre sexos relativamente aos valores do corpo e da imagem corporal, muitas vezes por influência da sociedade, com tradução na mudança de comportamentos e atitudes.

Também fatores associados à baixa escolaridade ou baixo nível socioeconómico apresentam barreiras para alterações de comportamentos que comprometem a saúde, como falta de tempo, falta de dinheiro e défices ao nível de competências e conhecimentos levando a hábitos alimentares pouco saudáveis (Chaudhary & Kreiger, 2007). Bogue, Coleman & Sorenson (2005) na sua investigação demonstram que participantes com estatutos socioeconómicos mais baixos apresentam um comportamento alimentar de risco, consumindo

uma menor quantidade de alimentos saudáveis, colocando em risco a sua saúde. Actualmente, no nosso país devido à situação pandémica, a diminuição dos rendimentos bem como a falta de trabalho, obrigam a uma seleção mais rigorosa dos gastos, levando as pessoas a consumirem todo o tipo de alimentos, incluindo aqueles que sendo mais acessíveis, são também mais prejudiciais à saúde.

Outro comportamento que demonstra maior discrepância relativamente ao sexo biológico é a violência. Os comportamentos violentos são mais prevalentes no sexo masculino (44.9%) quando comparados ao sexo feminino (13.01%), e verifica-se que as mulheres apresentam 81.7% menos risco ao envolvimento destes comportamentos (e.g., lutas). Muito associado à violência está a posse de armas e as tentativas de suicídio, demonstrando prevalências contrárias. Os homens apresentam maior prevalência à posse de armas (11.59%), no entanto, as mulheres têm 81.3% menos risco desta prática. O sexo feminino incorre mais tentativas de suicídio apresentando sete vezes mais risco do que o sexo masculino. Os resultados são congruentes com a investigação de Saner & Ellickson (1996), que sugerem que um em quatro participantes esteve envolvido em pelo menos um tipo de violência grave (e.g., posse de armas, brigas e assaltos), sendo que os homens apresentam duas a cinco vezes mais risco de praticar comportamentos violentos. Outros autores enfatizam que a maioria dos comportamentos agressivos como a posse de armas e o envolvimento em lutas demonstram elevada prevalência entre os jovens e, ainda, uma associação a outros comportamentos de risco como a violência autoinfligida (Lowry et al, 1998; Bossarte, Simon & Swahn, 2008).

Moon, Hwang e McCluskey (2011) sugerem forte associação entre as atitudes positivas em relação ao uso da violência e os comportamentos antissociais. Jovens que apresentam crenças positivas sobre a violência apresentam uma maior propensão ao envolvimento de comportamentos criminosos e antissociais. Segundo a abordagem teórica do “ciclo da violência”, torna-se possível hipotetizar que sujeitos cujos comportamentos de risco estiveram sempre presentes, através de figuras vinculativas ou grupos de pares, tendem a apresentar níveis mais elevados de comportamentos de risco (e.g., violência), sendo que, os jovens observam o comportamento, reproduzem-no, surgem atitudes positivas face a esse comportamento, levando à construção de esquemas mentais que conduzem à prática da violência e de outros comportamentos de risco.

Comportamentos de Risco Precoces no Sexo Masculino e Feminino

No que diz respeito à simetria da prática de comportamentos de risco precoces no sexo masculino e feminino da população adulta, relativamente aos grupos de idade, verifica-se que os homens iniciam todos os comportamentos de risco estudados (consumo de tabaco, álcool, drogas e primeira relação sexual) de forma mais precoce, quando comparados às mulheres. Os resultados obtidos demonstram que o sexo feminino tem menos 42% de risco ao consumo de álcool precoce, ainda assim, um dos resultados mais claros obtidos neste estudo é o facto de o sexo feminino apresentar uma prevalência de 66.3% menos risco ao início precoce das relações sexuais. Lowry, Robin & Kanin (2017), sugerem que o início precoce de relações sexuais varia de acordo com o sexo, sendo que os homens apresentam uma maior probabilidade de actualmente serem sexualmente activos, terem vários parceiros sexuais, não utilização do preservativo e consumos mais acentuados de drogas e álcool antes da última relação sexual. Vários autores ressaltam que o comportamento sexual é orientado por fatores físicos, sociais e culturais (Kim & Lee, 2012; Peltzer, 2010).

O papel das mulheres pode variar de acordo com as sociedades onde estão inseridas e isso é possível verificar através de vários estudos contrastantes (Kawai et al, 2008; Kastbom, Sydsjö, Bladh, Priebe & Svedin, 2014). Os papéis e a identidade do sexo feminino têm sido tradicionalmente construídos em função do matrimónio e da maternidade e, ainda se verifica um duplo padrão sexual que encoraja o comportamento sexual do homem, restringindo a excitação e a sexualidade da mulher (Fonseca e Lucas, 2009). Nos dias de hoje, o papel das mulheres na sociedade está a sofrer grandes alterações, no entanto, ainda existe a ideia de que as mulheres estão confinadas a espaços domésticos assumindo uma maior responsabilidade pelas tarefas domésticas e familiares (Bordini & Speb, 2012; Gillespie, 2003). A presente investigação é congruente com o estudo de Kawai et al (2008), que sugere que o sexo feminino tem 74% menos risco da prática de relações sexuais precoces, dada a existência de uma comunicação eficaz com os pais e professores sobre questões associadas à prática sexual. No entanto, contrariamente, Kastbom, Sydsjö, Bladh, Priebe & Svedin (2014) afirma que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais risco de iniciarem relações sexuais precoces, quando comparadas aos homens. O risco de comportamentos sexuais precoces pode ser explicado pelo facto de as meninas iniciarem mais cedo a puberdade, ocorrendo alterações hormonais que conseqüentemente levam à procura de novas sensações e estimulam o interesse sexual (Downing & Bellis, 2009; De Genna, Larkby & Cornelius, 2011). Portanto, jovens do sexo masculino e feminino quando apresentam um amadurecimento precoce são mais propensos à influência das emoções bem como às influências sociais, sendo que inibem

o risco mais facilmente. Desta forma, os contextos específicos de cada etnia são importantes para descrever os diferentes comportamentos sexuais que cada um adota, existindo uma grande influência das condições socioeconômicas, bem como da aculturação. Os hábitos associados ao comportamento sexual são interiorizados pelo meio cultural e social, através de um processo de socialização (Fonseca e Lucas, 2009).

Uma parentalidade desfavorável associada a baixa monitorização parental ou até ausência das figuras vinvulativas representam fatores de risco na infância demonstrando que jovens expostos a estas práticas apresentam duas vezes mais risco de início precoce da vida sexual (Kim & Lee, 2012; Kastbom et al, 2014). Assim, a qualidade das relações parentais é um fator importante no comportamento sexual dos jovens, evidenciando que quando os pais apresentam uma relação amorosa mal estruturada e os jovens têm a percepção destas irregularidades, ficam mais propensos ao envolvimento em actividades sexuais de risco e precoces (World Health Organization, 2005b).

A escolarização pode diminuir o risco de os jovens iniciarem as relações sexuais precocemente, uma vez que integram iniciativas de prevenção que esclarecem as consequências de uma sexualidade precoce e dos riscos associados à mesma (e.g., gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis). No entanto, estudos sugerem que a escolaridade pode ser uma variável sem significância, e que os jovens não colocam em prática o que aprendem na teoria (Nkansah-Amankra, Diedhiou, Agbanu, Harrod & Dhawan., 2010). Assim, as intervenções direcionadas mostram maior eficácia no combate ao comportamento sexual precoce e às suas consequências, visto que reconhecem o nível de desenvolvimento específico e as faixas etárias, adotando abordagens direcionadas às necessidades dos jovens. Outras variáveis devem ser tidas em consideração, como a assiduidade, sendo que jovens que faltam constantemente às aulas apresentam duas vezes mais risco de iniciar, de forma precoce, a sexualidade (Peltzer, 2010; Peltzer & Pengpid, 2016), uma vez que apresentam um acesso limitado a programas sociais e de saúde que permitem fortalecer o apoio social melhorando a frequência escolar e consequentemente ter acesso a vários tipos de intervenções que promovam comportamentos saudáveis (Corner et al., 2005). Peltzer (2010) e Peltzer & Pengpid (2016) afirmam que actividades associadas a programas de saúde, em contexto escolar, reforçam o vínculo entre alunos e professores, aumentando a minotorização dos jovens e facilitando o diálogo para assunto relacionados à sexualidade, diminuindo consequentemente as relações sexuais precoces.

Nos dias de hoje, os jovens apresentam cada vez mais cedo maturidade psicossocial, prolongando o período da adolescência, desenvolvendo capacidades emocionais e sociais que

permitem funcionar e praticar comportamentos como adultos (Downing & Bellis, 2009). Assim, é na adolescência que os comportamentos sexuais são estruturados e torna-se necessário entender até que ponto a cultura, a etnia e sociedade influenciam a compreensão multidimensional da sexualidade (Fonseca e Lucas, 2009).

Traços Antissociais e Padrões Comportamentais de risco

Associar traços antissociais de personalidade relativamente aos comportamentos de risco à saúde foi outro objetivo desta investigação. Carter (1982) reconhece que o início da idade adulta é uma transição vulnerável a modelos sociais, grupos de pares e pressões familiares, enfatizando a importância do papel de pessoas significativas como modelos de desvio. Ainda assim, ambientes que promovem o comportamento antissocial durante e a infância e adolescência, também promovem o comportamento antissocial na idade adulta, contudo, com níveis menos elevados (Lyons, True, Eisen, Goldberg, Meyer, Faracine, Eaves & Tsuang, 1995).

Relativamente à associação dos traços antissociais e os comportamentos de risco para a saúde, estes resultados são congruentes com os estudos de Lepre e Martins (2009), Martín, Alonso e Pallejá (2002) que sugerem que o comportamento antissocial encontra-se associado ao consumo de álcool e drogas, enfatizando que sujeitos sem comportamentos antissociais apresentam níveis menos elevados de consumos. Através dos resultados obtidos verifica-se a existência de correlações fortes entre os traços antissociais de personalidade e os vários comportamentos de risco para a saúde. Neste estudo, traços antissociais relacionados com a dimensão “Desvalorização de Leis e Normas” está associado à prática de comportamentos violentos, tentativas de suicídio prévias, posse de armas, e consumo de álcool e substâncias ilícitas. No que se refere a traços antissociais da dimensão “Violento/Confrontativo”, os participantes apresentam níveis elevados de risco no consumo de drogas, violência, suicídio, posse de armas e de comportamentos autolesivos.

Resultados obtidos poderão ser analisados através de abordagens centradas na importância da parentalidade. Assim sendo, a existência de uma fraca parentalidade, ambiente familiar violento, negligência parental, abuso de substâncias por parte dos pais, abuso físico e psicológico (Frick & Dickens, 2006; Van Goozen e Fairchild, 2008) serão fatores considerados prejudiciais ao desenvolvimento de competências adaptativas, sendo que sujeitos que não conseguem regular as suas emoções poderão, conseqüentemente, praticar comportamentos de risco para a saúde como mecanismos de coping mal adaptativos. Também

Wright e Cullen (2001) associam o comportamento criminal à parentalidade, enfatizando a existência de uma associação negativa entre o apoio parental e comportamento criminal. Ou seja, jovens que têm apoio parental demonstram níveis mais baixos de comportamentos delinquentes, tornando-se num factor de protecção que fomenta a resiliência em jovens que possam estar em risco de crime (Wright e Cullen, 2001). Um estudo de Meloy e Yakeley (2011) demonstra que sujeitos que apresentam características antissociais e praticam comportamentos criminais são mais propícios a apresentar comportamentos de risco à saúde como comportamentos violentos, quando comparados a sujeitos sem essas características. Ainda neste sentido, o estudo de Ogloff (2006) vai ao encontro de Meloy e Yakeley (2011), sugerindo que sujeitos que apresentem uma perturbação antissocial da personalidade também apresentam características manipulativas, violência, impulsividade e desrespeito ao outro.

Na presente investigação, verificam-se correlações positivas entre os sujeitos com traços antissociais e comportamentos de risco para a saúde, corroborando os objetivos propostos. Os resultados apresentados na investigação sugerem que participantes com traços antissociais de personalidade praticam mais comportamentos de risco, desvalorizando as leis e normas.

Autocontrolo e a Prática de Comportamentos de Risco para a Saúde

O último objetivo deste estudo foca-se na associação entre o baixo autocontrolo e os comportamentos de risco para a saúde. Através dos resultados, é possível verificar, tal como esperado, a existência de uma associação negativa entre as duas variáveis, demonstrando que sujeitos com baixo autocontrolo praticam mais comportamentos de risco para a saúde. Uma vez que os resultados não foram significativos, procedeu-se a uma análise mais detalhada, sendo que participantes que apresentam níveis mais baixos de autocontrolo apresentam forte associação com o consumo de drogas e o suicídio e uma associação moderada com o sexo desprotegido.

A grande maioria das problemáticas existentes ao nível dos comportamentos de risco para a saúde como as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, consumo de substâncias, crime e hábitos alimentares pouco saudáveis, poderão reflectir um baixo autocontrolo (Castiel et al., 2014). Assim, é expectável que sujeitos que apresentem baixos níveis de autocontrolo apresentem igualmente um número elevado de comportamentos de risco para a saúde (Arneklev et al, 1993; Castiel et al, 2014) como o abuso de substâncias, obesidade, impulsividade e criminalidade (Baumeister & Heatherton, 1996; Patton, Stanford & Barratt, 1995; Vohs & Faber, 2007). Contrariamente, estudos anteriores demonstram que

sujeitos que apresentam um elevado autocontrolo são melhores na regulação de emoções, na inibição dos impulsos (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998) e, relatam também uma prevalência menor ao consumo de substâncias, distúrbios alimentares, comportamentos violentos como agressão física e verbal e psicopatologia, quando comparados a sujeitos que apresentam baixo autocontrolo (Tangney, Baumeister & Boone, 2004). Corroborando assim a ideia de que indivíduos com baixo autocontrolo praticam mais comportamentos de risco. Arneklev, Grasmick e Bursik (1999) verificaram que o baixo autocontrolo é um traço latente invariante, sendo que depois de estabelecido não se altera. Ainda assim, resultados obtidos pelos autores comprovam que sujeitos que apresentem um baixo autocontrolo, cometam mais crimes e comportamentos análogos aos crimes. Um estudo português cujo objetivo seria comparar uma amostra da comunidade geral e uma amostra de reclusos no que diz respeito ao autocontrolo, concluiu que o baixo autocontrolo seria a principal causa da prática de crimes e de comportamentos antissociais (Pinto, 2012). Portanto, o autocontrolo que cada um de nós desenvolve na primeira infância e que permanece ao longo da vida, irá ditar a propensão aos comportamentos de risco para a saúde e envolvimento em comportamentos criminais (Hirschi e Gottfridson, 1993; Buker, 2011).

Na presente investigação, verificam-se correlações negativas e significativas, tal como esperado, entre sujeitos com baixo autocontrolo e comportamentos de risco, nomeadamente, consumo de drogas, suicídio e relações sexuais desprotegidas, corroborando o objetivo proposto.

Limitações e Estudos Futuros

Apesar de considerar este estudo um contributo para toda a investigação científica, os resultados obtidos devem ser analisados à luz das diversas limitações metodológicas. Uma vez que existe uma discrepância significativa entre a idade mínima (18 anos) e a máxima (79 anos), a recolha de dados pode ser comprometida, na medida em que alguns comportamentos de risco à saúde podem ser difíceis de lembrar e, também, devido à sensibilidade de alguns itens, os participantes podem não querer relatá-los. Importa também salientar o risco de desejabilidade social (e.g., responder segundo o que é convencionalmente aceite pela sociedade) que está sempre presente quando se trata de dados autorreportados.

Investigações futuras deverão continuar a explorar diferenças comportamentais de risco para a saúde na população portuguesa, permitindo intervenções mais especializadas e direccionadas, mas também para que se entenda o porquê de existirem números tão elevados

no que diz respeito à prática destes comportamentos. Também estudos que permitam avaliar os traços antissociais de Personalidade juntamente com os comportamentos de risco e os comportamentos criminais tornam-se fulcrais, visto que existe uma escassez de informação e investigações relativas a estes conceitos.

Recomendações Clínicas e Implicações Políticas e Sociais

Tendo em conta os resultados obtidos no presente estudo, propõem-se algumas recomendações políticas e sociais envolvendo várias áreas de prevenção: Intervenção com o próprio indivíduo, intervenção com a escola, com a família, com profissionais de saúde e intervenção com fatores comunitários. Como corroborado pela investigação, vários comportamentos de risco à saúde acarretam consequências que se prolongam durante toda a vida, tornando-se graves problemas de saúde pública.

É de notar que Portugal é um país com tradição no consumo de álcool, assim, é necessária a implementação de estratégias de prevenção, focadas no conceito de atitudes, com o objetivo de prevenir e combater o consumo, associando este consumo a uma problemática de saúde pública. Vários especialistas afirmam que o excesso de consumos por parte dos jovens acarreta várias consequências consideradas perigosas para a saúde, uma vez que o organismo ainda se encontra em desenvolvimento, podendo ou não perdurar por toda a vida. Dada a flexibilidade dos jovens, torna-se necessária uma intervenção preventiva precoce com programas de prevenção que devem ser implementados com vista à promoção do desenvolvimento dos sujeitos. Deste modo, programas de desenvolvimento de competências são essenciais, no sentido de fornecer ferramentas que ajudem na impulsividade e nas baixas competências cognitivas e comportamentais. Este tipo de programas devem capacitar os sujeitos a procurar alternativas e a considerar o impacto que determinados comportamentos têm na sua saúde. Ainda assim, qualquer intervenção não se deve limitar aos momentos de crise e devem otimizar e promover as capacidades de autonomia e de tomada de decisão, sem nunca excluir os principais contextos de vida. A intervenção preventiva em contexto escolar deve apresentar grande reflexão quando falamos em comportamentos de risco, tornando fulcral a necessidade de informação clara sobre os riscos que diversos comportamentos acarretam para a saúde, a curto e a longo prazo. Assim sendo, uma informação bem fundamentada do ponto de vista científico e técnico deve ser discutida, privilegiando-se um discurso claro e assertivo face aos comportamentos. Portanto, a formação de professores, pais e elementos da comunidade envolvente deve fornecer conhecimentos e

experiências que permitam capacitar os jovens para responder e agir de forma a adotar comportamentos que permitam um estilo de vida saudável, sem repercussões na vida adulta. Também intervenções ao nível da família através da promoção de programas de educação parental são fulcrais e, na maioria das vezes podem ocorrer em contexto escolar. O objetivo é aducar as famílias para que os jovens tenham um contexto sociofamiliar estruturado, promovendo o seu desenvolvimento evitando consequências.

Os profissionais de saúde devem incentivar práticas de saúde adequadas aos jovens, actuando de forma efectiva para que no futuro saibam gerir os comportamentos de forma eficaz. A implementação de programas de promoção de competências sociais e pessoais torna-se fulcral na ajuda do desenvolvimento das capacidades relacionais e pessoais da população adulta portuguesa. Permitindo reflectir sobre o modo de relacionamento com os outros, consigo próprios e com situações do quotidiano, encontrando alternativas às mais variadas situações, através da resolução de problemas, do estabelecimento de uma rede de apoio social e da auto-regulação. Deste modo, será possível actuar ao nível dos padrões comportamentais de risco à saúde, diminuindo a sua prática e consciencializando a população ao perigo. Compromissos a longo prazo por parte do governo, comunidades, escolas, financiadores facilitam as implicações para recursos e planeamento de intervenções bem-sucedidas.

Considerações Finais

Muitos dos comportamentos adotados por cada um de nós demonstram um substancial impacto nocivo a vários níveis, tornando-se na maioria das vezes em problemáticas de saúde pública. Os resultados desta investigação evidenciaram uma elevada prevalência de comportamentos de risco para a saúde em ambos os sexos, principalmente nos consumos (de doces e álcool) e nas relações sexuais desprotegidas. Ainda assim, é necessária a consciencialização do impacto que estes comportamentos acarretam a longo prazo, de maneira a prevenir problemas futuros. Como tal, os serviços de saúde e a escola, devem tomar medidas preventivas, no sentido de promover a educação parental. A presente investigação teve como objetivos avaliar a relação dos comportamentos de risco para a saúde e indicadores de comportamento desviante, nomeadamente traços antissociais de personalidade e baixo autocontrolo, na população adulta. De acordo com os resultados deste trabalho, a prática de comportamentos de risco para a saúde não ocorre de forma isolada, sendo evidente uma forte associação à existência de traços antissociais de personalidade, nomeadamente desvalorização

de leis e normas. Observou-se também que o autocontrolo é um dos factores mais importantes que pode promover ou inibir os comportamentos antissociais, sendo que o baixo autocontrolo está associado ao consumo de droga, aos pensamentos e tentativas de suicídio e, também às relações sexuais desprotegidas. Em suma, os resultados desta investigação sugerem que a prevalência de comportamentos de risco para a saúde representa uma problemática relevante e atual na população adulta portuguesa.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. e Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-919.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keynes. Open University Press.
- Ajzen, I. e Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
- Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D., & Valente, T. (2001). Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health*, 29(1), 22-30. doi:10.1016/s1054-139x(01)00210-5
- Alves, C., Zappe, J., & Dell’Aglío, D. (2015). Índice de Comportamentos de Risco: construção e análise das propriedades psicométricas. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 32, 371-382. doi: 10.1590/0103-166X2015000300003
- Akers, R.L. (1991). Self-control as a general theory of crime. *Journal of quantitative criminology*, 7(2), 201-210. doi:10.1007/BF01268629
- Amariles Villegas, A. (2015). La adolescencia deteriorada: subjetivación de la adolescencia en personas en situación de discapacidad. *Poiésis*, 29, 1-8. doi: 10.21501/16920945.1586
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5.^a edição). Estados Unidos da América: Climepsi.
- Arneklev, B. J., Grasmick, H. G., Tittle, C. R., & Bursik, R. J. (1993). Low self-control and imprudent behavior. *Journal of Quantitative Criminology*, 9(3), 225-247. doi:10.1007/bf01064461
- Arneklev, B. J., Grasmick, H. G., & Bursik, Jr., R. J. (1999). Evaluating the dimensionality and invariance of “Low self-control”. *Journal of Quantitative Criminology*, 15 (3), 307-331.
- Bajos N, Ducot B, Spencer B, Spira A. (1997). Sexual risk taking, socio-sexual biographies, and sexual interaction: Elements of the French national survey on sexual behaviour. *Soc Sci Med*; 44(1), 25-40. doi: 10.1016/S0277-9536(96)00091-3
- Barkin, S., Smith, K., & Durant, R. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30, 448-454.
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-Regulation Failure: An Overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1–15. doi:10.1207/s15327965pli0701_1

- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 1252-1265. doi:10.1037/0022-3514.74.5.1252
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*, *28*, 858-869. doi:10.1038/sj.ijo.0802532
- Birch, L. L., Gunder, L., Grimm-Thomas, K., & Laing, D. G. (1998). Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite*, *30*(3), 283-295. doi:10.1006/appe.1997.0146
- Bogue, J., Coleman, T. & Sorenson, D. (2005). Determinants of consumers' dietary behaviour for health-enhancing foods. *British Food Journal*, *107*, 4-16. DOI 10.1108/00070700510573168
- Bordini, G. S., & Sperb, T. M. (2012). Concepções de gênero nas narrativas de adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *25*(4), 738-746. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400013>
- Bossarte, R. M., Swahn, M. H., & Simon, T.R. (2008). Clustering of adolescent dating violence, peer violence, and suicidal behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, *23*, 815-833. doi: 10.1177/0886260507313950
- Brener, N.D., Billy, J.O.G., & Grady, W. (2003). Assessment of Factors Affecting the Validity of Self Reported Health-Risk Behavior Among Adolescents: Evidence From the Scientific Literature. *Journal of adolescent health*. *33*, 436– 457. doi:10.1016/s1054-139x(03)00052-1
- Buker, H. (2011). Formation of self-control: Gottfredson and Hirschi's general theory of crime and beyond. *Aggression and Violent Behavior*, *16*(3), 265–276. doi:10.1016/j.avb.2011.03.005
- Carter, R. J. (1982). Sex Differences in Self-Report Delinquency. *Criminology*, *20*(3-4), 373–394. doi:10.1111/j.1745-9125.1982.tb00467.x
- Castiel, I.D., Ferreira, M.S., & Moraes, D.R. (2014). The risks and the promotion of self-control on nutritional health: morality, biopolitics and parrhesiastic critique. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(5):1523-1532. Doi: 10.1590/1413-81232014195.06212013
- Castrucci, B., Gerlach, K., Kaufman, N., & Orleans, T. (2002). The association among adolescents tobacco use, their beliefs and attitudes, and friend's and parents opinions of smoking. *Maternal and Child Health Journal*, *6*(3), 159-167.

Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis – CVEDT. (2016). *Infeção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. Lisboa: CVEDT.

Chaudhary, N., & Kreiger, N. (2007). Nutrition and physical activity interventions for low income populations. *Canadian Journal Of Dietetic Practice & Research*, 68(4), 201-206. doi: 10.3148/68.4.2007.201

Chambers, S., Lobb, A., Butler, L. T., & Traill, W. (2008). The influence of age and gender on food choice: a focus group exploration. *International Journal Of Consumer Studies*, 32, 356-365. doi:10.1111/j.1470-6431.2007.00642.x

Chan, D. e Fishbein, M. (1993). Determinants of college women's intentions to tell their partners to use condoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1455- 1470. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1993.tb01043.x>

Chitas, V., Negreiros, J. e Barreira, T. (2014). Uso de drogas, comportamentos sexuais de risco e comportamentos antissociais na adolescência: Padrões de associação. *Psychologica*, 57(2), 73-93. doi:10.14195/1647-8606_57-2_4

Chun, H & Mobley, M. (2010). Gender and grade- level comparisons in the structure of problem behaviors among adolescents. *Journal of adolescence*, 33, 197-207. doi:

10.1016/j.adolescence.2009.03.010
Conner, M., Johnson, C., & Grogan, S. (2004). Gender, Sexuality, Body Image and Eating Behaviours. *Journal Of Health Psychology*, 9, 505-515. doi:10.1171/1359105304044034

Clayton, H.B., Lowry, R., August, E., e Everett Jones, S. (2016). Nonmedical use of Prescription Drugs and Sexual Risk Behaviors. *Pediatrics*, 137(1), 1-10. doi: 10.1542/peds.2015-2480

Corner, H., Rissel, C., Smith, B., Forero, R., Olatunbosun-Alakija, A... & Havea, D. (2005). Health Behaviour and Lifestyle of Pacific Youth Survey Collaborating Group and Core Survey Teams. Sexual health behaviours among Pacific Island youth in Vanuatu, Tonga and the Federated States of Micronesia. *Health Promot J Austr*, 144-150. doi: 10.1071/he05144

Costello, E.J., Sung, M., Worthman, C., & Angold, A. (2007). Pubertal maturation and the development of alcohol use and abuse. *Drug Alcohol Depend*.

Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2006). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Suppl.), 1163-1178. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>

De Genna, N.M., Larkby, C., & Cornelius, M.D. (2011). Pubertal timing and early intercourse in the offspring of teenage mothers. *Journal Youth Adolesc*, 1315–28.

Direção Geral da Saúde. (2016a). *Alimentação saudável em números – 2015: Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2016b). *Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico, e intervenção nos serviços de saúde*. 2ª edição. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Downing, J & Bellis, M.A. (2009). Early pubertal onset and its relationship with sexual risktaking, substance use and anti-social behaviour: a preliminary cross-sectional study. *BMC Public Health*. doi: 10.1186/1471-2458-9-446

Duan, L., Chou, C.P., Andreeva, V.A., & Pentz, M.A. (2009). Trajectories of peer social influences as longterm predictors of drug use from early through late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(3), 454-46. doi:10.1007/s10964-008-9310-y

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

Ennett, S. T., Faris, R., Hipp, J., Foshee, V. A., Bauman, K. E., Hussong, A. & Cai, L. (2008). Peer smoking, other peer attributes, and adolescent cigarette smoking: A social network analysis. *Prevention Science*, 9(2), 88-9. doi: 10.1007/s11121-008-0087-8

Evans, T. D., Cullen, F.T., Burton, V. S., Dunaway, R.G., & Benson, M.L. (1997). The Social Consequences of Self-Control: Testing the General Theory of Crime. *Criminology*, 475-501. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1997.tb01226.x>

Farias, J. C. & Lopes, A. S. (2004). Health Risk Behaviors in Adolescents. *Revista Brasileira*, 12(1), 7-12.

Feijó, R. B., e Oliveira, E.A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, (77), 125-134.

Felson, R.B., & Haynie, D.L. (2002). Pubertal Development, social factors, and delinquency among adolescent boys. *Criminology*, 967-988. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2002.tb00979.x>

Ferreira, M., & Torgal, M. (2010). Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 122-129.

Fischer, M., Rolf, J., Hasazi, J. E., & Cummings, L. (1984). Follow-up of a preschool epidemiological sample: Cross-age continuities and prediction of later adjustment with internalizing and externalizing dimensions of behavior. *Child Development*, 55, 137-150.

Fonseca, F., e Lucas, M.C. (2009). Sexualidade, Saúde e Contextos: influência da cultura e etnia no comportamento sexual. *Rev port clin geral*, 65-72.

Fontaine, N., Carbonneau, R., Vitaro, F., Barker, E. D., & Tremblay, R. (2009). Research review: A critical review of studies on the developmental trajectories of antisocial behavior in females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 363-385. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01949.x

Frick P.J., Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 8(1), 59-72. doi: 10.1007/s11920-006-0082-3

Frick, P. J. (2016). Early Identification and Treatment of Antisocial Behavior. *Pediatric Clinic North America*, 63(5), 861-871. doi: 10.1016/j.pcl.2016.06.008

Gillespie, R. (2003). Childfree and feminine understanding of the gender identity of voluntary childless women. *Gender & Society*, 17, 122-136. doi: 10.1177/0891243202238982

Glynn, J., Kayuni, N., Floyd, S., Banda, E., Francis-Chizororo, M., Tanton, C., & French, N. (2010). Age at Menarche, Schooling, and Sexual Debut in Northern Malawi. *PLoS ONE*, 5, 15334. doi: 10.1371/journal.pone.0015334

Gubbels, J. S., Kremers, S. P., Stafleu, A., de Vries, S. I., Goldbohm, R. A., Dagnelie, P. C., de Vries, N. K., van Buuren, S., & Thijs, C. (2011). Association between parenting practices and children's dietary intake, activity behavior and development of body mass index: the KOALA Birth Cohort Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 1 – 13. doi:10.1186/1479-5868-8-18

Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.

Heavyrunner-Rioux, A. R., & Hollist, D. R. (2010). Community, family, and peer influences on alcohol, marijuana, and illicit drug use among a sample of native American youth: An analysis of predictive factors. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 9(4), 260-28. doi:10.1080/15332640.2010.522893

Hirschi, T., & Gottfredson, M. (1993). Commentary: Testing the general theory of crime. *Journal of research in crime and delinquency*, 30(1), 47-54. doi:10.1177/0022427893030001004

Hutz, C., & Koller, S. (1997). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 2, 175-197.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Determinantes de Saúde. Lisboa: INSA.IP.

Irwin, C. E., Jr., Burg, S. J., & Cart, C. U. (2002). America's adolescents: Where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health, 31*(6), 91-121. doi: 10.1016/s1054-139x(02)00489-5

Jones, S. E., Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2011). Personality, antisocial behavior, and aggression: A meta-analytic review. *Journal of Criminal Justice, 39*(4), 329-337. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2011.03.004

Kandel, D., Kessler, R., & Margulies, R. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 7*(1), 13-40.

Kasl, S., V & Cobb, S. (2015). Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role behavior. *Archives of Environmental Health: Na International Journal, 246*-266. doi: 10.1080/00039896.1966.10664365

Kastbom, Å., Sydsjö, G., Bladh, M., Priebe, G., & Svedin, C. (2014). Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *Acta Paediatrica, 104*, 91-100. doi: 10.1111/apa.12803

Kawai, K., Kaaya, S., Kajula, L., Mbwambo, J., Kilonzo, G., & Fawzi, W. (2008). Parents' and teachers' communication about HIV and sex in relation to the timing of sexual initiation among young adolescents in Tanzania. *Scandinavian Journal of Public Health, 36*, 879-888. doi: 10.1177/1403494808094243

Keyes, K. M., Grant, B. F., Hasin, D. S. (2007). Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the united states population. *Drug and alcohol dependene, 93* (1-2), 0-29. doi: 10/1016/j.drugalcdep.2007.08.017

Kim, J., & Lee, J. (2012). Early sexual debut and condom nonuse among adolescents in South Korea. *Sexual Health, 9*, 459-465. doi: 10.1071/SH11124

Kim, J., & Nafzinger, A.N. (2000). Is it sex or gender?. *Clinical pharmacology & therapeutics, 68*(1), 1-3. doi: 10.1067/mcp.2000.108356

Kretschmar, J. M., & Flannery, D. J. (2007). Substance use and violent behavior. In D. J. Flannery, A. T. Vazsonyi, & I. D. Waldman (Eds.), *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression*, 647–663, Cambridge University Press. doi:<https://doi.org/10.1017/CBO9780511816840.035>

Krug, E. G., Mercy, J.A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world Report on Violence and Health. *The Lancet, 360*, 1083-1087.

Lambert, E., Wahler, R., Andrade, A., & Bickman, L. (2001). Looking for the disorder in conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 110-123. doi: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.110>

Langille, D., Asbridge, M., Flowerdew, G., & Allen, M. (2010). Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. *Sexual Health*, 7, 199-204. doi: 10.1071/SH09087

Lepre, R. M., & Martins, R. A. (2009). Raciocínio moral e uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(42), 39-45. doi: 10.1590/s0103-863x2009000100006

Lerner, R.M., & Galambos, N.L., (1998). Adolescent Development: Challenges and Opportunities for Research, Programs, and Policies. *Rev. Psychol.* 49, 413–46. doi: 10.1146/annurev.psych.49.1.413

Loeber, R., & Dishion T. (1983). Early predictors of male delinquency: a review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.94.1.68>

Lowry, R., Robin, L., Kanin, L. (2017). Effect of forced sexual intercourse on associations between early sexual debut and other health risk behaviors among us high school students. *Journal School Health*, 87, 435-447. doi: 10.1111/josh.12512

Lucan, S., Barg, F., Karasz, A., Palmer, C., & Long, J. (2012). Concepts of Healthy Diet Among Urban, Low-Income, African Americans. *Journal Of Community Health*, 37, 754-762. doi:10.1007/s10900-011-9508-x

Lyons, M. J., True, W. R., Eisen, S.A., Goldberg, J., Meyer, J.M., Faracine, S. V., Eaves, L. J., Tsuang, M. T. (1995). Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Archives of General Psychiatry*, 52(11), 906-916. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950230020005

Macaulay, A., Griffin, K., Gronewold, E, Williams, C., & Botvin, G. (2005). Parenting practices and adolescent drug-related knowledge, attitudes, norms and behavior. *Journal of Drug and Alcohol Education*, 49(2), 67-83.

Madkour, A., de Looze, M., Ma, P., Halpern, C., Farhat, T., terBogt, ... & Godeau, E. (2014). MacroLevel Age Norms for the Timing of Sexual Initiation and Adolescents' Early Sexual Initiation in 17 European Countries. *Journal of Adolescent Health*, 55, 114-121. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.008

Martín, E. G., Alonso, C. H., & Pallejá, J. M. (2002). Autoeficacia y delincuencia. *Psicothema*, 14(suplemento), 63-71.

Meloy, J. R., & Yakeley, A. J. (2011). Antisocial personality disorder. *A. A*, 301(2), 1015-1034. Doi: 10.4135/9781483365817.n80

Michael, K., & Ben-Zur, H. (2007). Risk-taking among Adolescents: Associations with Social and Affective Factors. *Journal of Adolescence, 30*(1), 0-31. doi:

10.1016/j.adolescence.2005.03.009

Moffitt, T.E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., e...Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *PNAS, 108*(7), 2693-2698. doi:10.1073/pnas.1010076108

Moon, B., Hwang, H. W., McCluskey, J.D. (2011). Causes of school bullying: Empirical Test of a General Theory of Crime, Differential Association Theory, and General Strain Theory. *Crime & Delinquency, 57* (6), 849-877. doi: 10.1177/0011128708315740

Moore, L. V., Thompson, F. E., & Demissie, Z. (2016). Percentage of youth meeting federal fruit and vegetable intake recommendations, youth risk behavior surveillance system, United States and 33 states, 2013. *Journal of the academy of nutrition and dietetics, 117*(4), 546-553. doi: 10.1016/j.jand.2016.10.012

Musher-Eizenman, D., Holub, S., & Arnett, M. (2003). Attitude and peer influences on adolescent substance use: the moderating effect of age, sex and substance. *Journal of Drug Education, 33*(1), 1-23.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K., Seybolt, D., Morrissey, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention – principles of effective prevention programs. *American Psychologist, 58*, 449-456. doi:https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.449

Nation, M., & Heflinger, C. A. (2006). Risk Factors for Serious Alcohol and Drug Use: The Role of Psychosocial Variables in Predicting the Frequency of Substance Use Among Adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 32*(3), 415–433. doi: https://doi.org/10.1080/00952990600753867

Nazareth, I., Walker, C., Ridolfi, A., Alouja, A., Bellon, J., Geerlings, M., Svab, I., Xavier, M., King, M. (2011). Heavy Episodic Drinking in Europe: Across section study in primary care in six european countries. *Alcohol and Alcoholism, 46* (5), 600-606. doi: 10.1093/alcalc/agro078

Newcomb, M. D., & McGee, L. (1991). Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behavior from adolescence to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 614–628. doi: 10.1037//0022-3514.61.4.614

Nkansah-Amankra, S., Diedhiou, A., Agbanu, H., Harrod, C., & Dhawan, A. (2010). Correlates of Sexual Risk Behaviors Among High School Students in Colorado: Analysis and Implications for Schoolbased HIV/AIDS Programs. *Maternal and Child Health Journal, 15*, 730-741. doi: 10.1007/s10995-010-0634-3

- Observatório Europeu da droga e da Toxicodependência. (2019). *Relatório europeu sobre drogas: tendências e evoluções*, 1-100.
- Odgers, C.L., e Moretti, M. M. (2002). Aggressive update and challenges. *International journal of forensic mental health*, 1(2), 103-119. doi: 10.1018/14999013.2002.10471166
- Ogloff, J. R. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder comundrum. Aust. N. Z. Y. Psychiatry 40, 519-528.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774. doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:63.0.CO;2-1
- Pechorro, P., Pontes, C., DeLisi, M., Alberto, I., & Simões, M.(2018). Brief Self ControlScale: Validation and Invariance in a Sample of Portuguese Youths. *Revista Ibero americana de Diagnostico y EvaluacionPsicologica*,5-17. doi: 10.21865/RIDEP54.1.01
- Peltzer, K. (2010). Early sexual debut and associated factors among in-school adolescents in eight African countries. *Acta Paediatrica*, 99, 1242-1247. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01874.x
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2016). Risk and Protective Factors Affecting Sexual Risk Behavior Among School-Aged Adolescents in Fiji, Kiribati, Samoa, and Vanuatu. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28, 404-415. doi: 10.1177/1010539516650725
- Perrone, D., Sullivan, C. J., Pratt, T. C., & Margaryan, S. (2004). Parental Efficacy, Self-Control, and Delinquency: a Test of a General Theory of Crime on a Nationally Representative Sample of Youth. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 298-312.doi: 10.1177/0306624X03262513
- Pettit, G., Bates, J., Dodge, K., &Meece, D. (1999). The impact of after-school peer contact on early adolescent externalizing problems is moderated by parental monitoring, perceived neighborhood safety, and prior adjustment. *Child Development*, 70, 768-778. doi:10.1111/1467-8624.00055
- Pinto, A. (2012). O efeito do baixo autocontrolo no crime e nos comportamentos antissocial: Análise da Teoria Geral do Crime numa amostra de reclusos e não reclusos portugueses. Universidade de Coimbra.
- Pinto, R. J., & Maia, Â. C. (2013). Health Risk Behavior Checklist. Retrieved from PsycTESTS. doi: 10.1037/t25427-000
- Pinto, R. J., & Maia, Â. C. (2013). Psychopathology, physical complaints and health risk behaviors among youths who were victims of childhood maltreatment: A comparison between

home and institutional interventions. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 603- 610. doi: 10.1016/j.chilyouth.2013.01.008

Pratt, T. C., & Cullen, F. T. (2000). The empirical status of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime: A meta-analysis. *Criminology*, 38, 931–964. doi: 10.1111/j.1745-9125.2000.tb00911.x

Ramos, C. (2020). Construção e estudo exploratório das propriedades psicométricas de um instrumento breve para avaliar o espectro antissocial: Antissocial Spectrum. *ISPA- Instituto Universitário*.

Ramos, M. & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76, 229-237.

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M., & Diniz, J.A. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses em ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 105-114.

Rolnick, S., Calvi, J., Heimendinger, J., McClure, J., Kelley, M., Johnson, C., & Alexander, G. (2009). Focus groups inform a web-based program to increase fruit and vegetable intake. *Patient Education & Counseling*, 77, 314-318. doi: 10.1016/j.pec.2009.03.032

Romer, D., Duckworth, A. L., Sznitman, S., & Park, S. (2010). Can Adolescents Learn Self-control? Delay of Gratification in the Development of Control over Risk Taking. *Prevention Science*, 11(3), 319–330. doi: 10.1007/s11121-010-0171-8

Rossi, A., Moreira, E., & Rauen, M. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21(6), 739-748.

Rutter, M. (1992). Adolescence as a transition period: continuities and discontinuities in conduct disorder. *Journal Adolescent Health*, 13, 451-460. doi: [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(92\)90006-W](https://doi.org/10.1016/1054-139X(92)90006-W)

Sabiston, C., & Crocker, P. (2008). Examining an integrative model of physical activity and healthy eating self-perceptions and behaviors among adolescents. *Journal Of Adolescent Health*, 42, 64-72.

Sale, E., Sambrano, S., Springer, J., & Turner, C. (2003). Risk, protection, and substance use in adolescents: a multisite model. *Journal of Drug Education*, 33(1), 91-105

Saner, H., & Ellickson, P. (1996). Concurrent risk factors for adolescent violence. *Journal of Adolescent Health*, 19(2), 94–103. doi:10.1016/1054-139x(96)00131-0

- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, *99* (1), 22- 25. doi:10.1017/S0007114508892471
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*(3),707-717. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- Schraiber, L. B., Gomes, R., & Couto, M. T. (2005). Homens e Saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, *10*, 7-17.
- Shrestha, R., Karki, P., & Copenhaver, M. (2015). Early Sexual Debut: A Risk Factor for STIs/HIV Acquisition Among a Nationally Representative Sample of Adults in Nepal. *Journal of Community Health*, *41*, 70-77. doi: 10.1007/s10900-015-0065-6
- Sleddens, E. F. C., Kremers, S. P. J., & Thijs, C. (2008). The children's eating behaviour questionnaire: factorial validity and association with body mass index in Dutch children aged 6-7. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *5* (49), 1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-49>
- Steinber, L., & Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*, *43*(6), 1531-1543. doi: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1531>
- Tamim, H., Terro, A., Kassem, H., Ghazi, A., Khamis, T. A., Hay, M. M. A., & Musharrafieh, U. (2003). Tobacco use by university students, Lebanon, 2001. *Addiction*, *98*(7), 933–939. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00413x
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, *72*(2), 271–324. doi:10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x
- Traverso-Yépez & Pinheiro. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Estudos feministas, Flarionópolis*, *13*(1).
- Uthman, O. (2008). Geographical variations and contextual effects on age of initiation of sexual intercourse among women in Nigeria: a multilevel and spatial analysis. *International Journal of Health Geographics*, *7*, 27-38. doi: 10.1186/1476-072X-7-27
- Van Goozen, S.H., & Fairchild, G. (2008). How can the study of biological processes help design new interventions for children with severe antisocial behavior? *Dev Psychopathol*, *20*(3), 941-73. doi: 10.1017/S095457940800045X
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, *20*(4), 611-624.

- Viana, V., Santos, P. L., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 219-231.
- Vohs, K. D., & Faber, R. J. (2007). Spent Resources: Self-Regulatory Resource Availability Affects Impulse Buying. *Journal of Consumer Research*, 33(4), 537–547. doi:10.1086/510228
- Westling, E., Andrews, J.A., Hampson, S.E., & Peterson, M. (2008). Pubertal timing and substance use: the effects of gender, parental monitoring and deviant peers. *J Adolesc Health*, 555-563. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.11.002
- Wikström, P.-O., & Treiber, K. (2007). The Role of Self-control in Crime Causation: Beyond Gottfredson and Hirschi's General Theory of Crime. *European Journal of Criminology*, 4 (2), 237-264. doi:10.1177/1477370807074858
- Windle, M., & Davies, P. T. (1999). Depression and heavy alcohol use among adolescents: Concurrent and prospective relations. *Development and Psychopathology*, 11, 823-844.
- World Health Organization. (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005a). *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. Geneva: World Health
- World Health Organization. (2005b). *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2006). *Final global School-based Student Health Survey (GSHS) Item Rationale-2005*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2008). *Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report na Violence 2014*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, B.R.R., Caspi, A., Moffitt, T., & Silva, P.A. (1999). Low self control, Social bonds and crime: Social causation, social selection, or both?. 37(3), 479-514. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1999.tb00494.x>
- Wright, J. P., & Cullen, F. T. (2001). Parental efficacy and delinquent behavior: Do control and support matter? *Criminology*, 39, 677–706. doi:10.1111/j.1745- 9125.2001.tb00937.x

Zimmer-Gembeck, M.J., & Collins, W.A. (2008). Gender, mature appearance, alcohol use, and dating as correlates of sexual partner accumulation from ages 16-26 years. *Journal of Adolescent Health, 564-572*. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.11.004

Zuckerman, M., Eysenck, S., & Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross cultural, age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 139-149.

Zuckerman, M. (1989). Personality in the third dimension: A psychobiological approach. *Personality and Individual Differences, 10*, 391 - 418.

Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Thornquist, M., & Kiers, H. (1991). Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences, 12*, 929–941. doi: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90182-B](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90182-B)

ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O projeto de investigação científica “*Avaliar para intervir eficazmente: Reduzindo o risco de reincidência criminal e marginalização social*”, é conduzido por uma equipa de 3 investigadores, englobando só em 2019/2020, 6 dissertações de mestrado.

Pretende-se estudar os fatores de risco e de proteção para o comportamento pró/antissocial, bem como para a integração social em adultos, tanto da comunidade como da população prisional.

A sua participação não lhe trará risco ou despesa e pode a qualquer momento recusar a continuidade da participação. A aplicação do questionário é realizada a várias pessoas e o consentimento informado será separado das suas respostas, tornando impossível associar as suas respostas à sua identificação, **garantindo-lhe por isso, o máximo de confidencialidade**. Os resultados deste projeto poderão ajudar a moldar políticas públicas mais eficazes. **A sua participação é voluntária e os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e usados para fins científicos. Nesse sentido, por favor seja sincero.**

Caso aceite participar, pedimos de seguida o seu consentimento informado. Os investigadores disponibilizam-se para esclarecer quaisquer dúvidas, informações adicionais poderão ser obtidas através do e-mail: *projetoispaprosocial@gmail.com*. Muito Obrigado!

Eu, ____ (nome completo), li e compreendi este documento e aceito participar no projeto científico: “*Avaliar para intervir eficazmente: Reduzindo o risco de reincidência criminal e marginalização social*”, dando o meu consentimento informado e tendo a garantia que todos os meus dados permanecerão confidenciais.

O/A participante

(Assinatura)

Anexo II – Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Dados dos EP's? (a preencher pela investigadora–Sim/Não): _____ Se sim, qual? _____

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade: _____

3. Escolaridade: _____ (número máximo de anos de escola concluídos com sucesso)

4. Profissão _____ (se está neste momento num estabelecimento prisional, indique a profissão que tinha na altura que foi condenado)

5. Nacionalidade: _____

6. Considera-se parte de um grupo étnico minoritário?

Não Sim

7. Estado Civil:

Solteiro União de Facto Casado Divorciado/Separado Viúvo

8. Se não é financeiramente independente indique a escolaridade e profissão de quem o suporta financeiramente (se é mais que uma pessoa, indique a profissão e escolaridade de quem ganha mais ao fim do mês).

Escolaridade _____

Profissão _____

9. Tem filhos? Não Sim

10. Quantos? _____

11. Praticar regularmente desporto? Não Sim

12. Tem algum problema grave de saúde mental? Não Sim

13. Na sua infância e adolescência viveu sempre com os seus pais? Não Sim

14. Já alguma vez viveu num centro educativo? Não Sim

15. Já alguma vez foi condenado (por exemplo, pena suspensa, pena de prisão, trabalho comunitário, etc.)? Não Sim

16. Se respondeu sim, indique quantas vezes (se está preso, contando com estavez) _____

17. Já alguma vez esteve preso/a ou detido? Não Sim

18. Se sim, qual o crime/s? _____

19. Qual o tempo de pena? _____

20. Quantos dos seus amigos já estiveram presos (Se nenhum, escreva apenas "0")? _____

21. Se está neste momento num estabelecimento prisional, indique se já frequentou um programa de intervenção dentro do estabelecimento: Não Sim

22. Se sim, que tipo(s) de intervenção? _____

Anexo III – Health Risk Behavior Checklist

Lista de Comportamentos de Saúde

(R. Pinto & Â. Maia, 2013)

Este questionário é sobre comportamentos de saúde. A informação será usada para melhorar a educação para a saúde de jovens como tu. Por favor, responde às perguntas com base no que tu realmente fazes. As tuas respostas são confidenciais. Por isso, **NÃO ESCREVAS O TEU NOME**. A tua participação é voluntária. Certifica-te que todas as questões foram respondidas. No entanto, se não te sentires confortável a responder a alguma das questões, deixa-a em branco. Muito obrigado pela tua participação.

Assinala com O a opção mais adequada

1. Já alguma vez experimentaste fumar cigarros, mesmo que tenha sido uma ou duas passas?

a) **Sim;** b) **Não**

2. Se sim, que idade tinhas quando isso aconteceu? **Idade:** _____

3. Fumas atualmente? a) **Sim;** b) **Não**

4. Costumas fazer exercício físico?

a) **Muitas vezes** b) **Frequentemente** c) **Algumas vezes** d) **Raramente** e) **Nunca**

5. Costumas beber álcool, como por exemplo cerveja, vinho, ou licor?

a) **Muitas vezes** b) **Frequentemente** c) **Algumas vezes** d) **Raramente** e) **Nunca**

6. Se sim, que idade tinhas quando bebeste álcool pela primeira vez? **Idade:** _____

7. Costumas lavar os dentes?

a) **Muitas vezes** b) **Frequentemente** c) **Algumas vezes** d) **Raramente** e) **Nunca**

8. Na última semana, em algum momento estiveste muito tempo sem comer (por exemplo, não tomar o pequeno almoço ou almoço para perder peso)?

a) **Sim;** b) **Não**

9. Costumas tomar o pequeno almoço?

a) **Muitas vezes** b) **Frequentemente** c) **Algumas vezes** d) **Raramente** e) **Nunca**

10. Costumas comer chocolates, doces, bolos, ou pastilha elástica?

a) **Muitas vezes** b) **Frequentemente** c) **Algumas vezes** d) **Raramente** e) **Nunca**

11. Já alguma vez experimentaste drogas, como marijuana, cocaína, heroína, metanfetaminas ou ecstasy?

a) **Sim;** b) **Não;**

12. Se sim, que idade tinhas? **Idade:** _____

13. Consomes atualmente?

a) **Sim;** b) **Não;**

14. Já alguma vez te magoaste de propósito, por exemplo fazer arranhões ou cortes no teu corpo com um objeto afiado, queimar a tua pele com a ponta de um cigarro ou um fósforo aceso?

a) **Sim;** b) **Não**

15. Já alguma vez pensaste seriamente em suicidar-te?

a) **Sim;** b) **Não**

16. Se sim, já alguma vez tentaste o suicídio?

a) **Sim;** b) **Não**

17. Já alguma vez estiveste envolvido em comportamentos violentos, por exemplo em lutas?

a) **Sim;** b) **Não**

18. Durante os últimos 30 dias, andaste com algum tipo de arma, por exemplo, uma arma de fogo ou faca?

a) **Sim;** b) **Não**

19. Que idade tinhas quando tiveste a tua primeira relação sexual?

a) **Idade _____;** b) **Nunca tive relaçõessexuais**

20. Se tiveste relações sexuais, na última vez, tu ou o teu parceiro usaram preservativo?

a) **Sim;** b) **Não**

Anexo IV – AS Spectrum

AS Spectrum

(C. Ramos, A. Castro, & M. Basto-Pereira, 2019)

INSTRUÇÕES: Indique com uma (X) até que ponto concorda que as seguintes afirmações caracterizam a sua maneira de pensar ou agir habitualmente, pelo menos desde o início da adolescência (antes dos 15 anos).

Itens	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Não cumprir a lei é um problema apenas se fores apanhado.				
2. Por vezes mentir pode ser a melhor forma de resolver o problema.				
3. Quando os outros me irritam por vezes tenho de ser agressivo ou partir coisas.				
4. Não faz mal correr alguns riscos se isso for divertido ou se for possível tirar partido disso.				
5. Devemos fazer sempre o que nos apetece, mesmo que isso nos venha a trazer problemas.				
6. Pessoas fortes não sentem remorsos dos seus comportamentos.				
7. Tenho pouca admiração por pessoas que sentem necessidade de cumprir as regras todas.				
8. É tão fácil mentir como dizer a verdade.				
9. Já me meti em problemas por andar envolvido em lutas.				
10. Mesmo que eu seja o culpado, pouco me interessa o que acontece aos outros.				
11. Pouco me importa se cumpro ou não os meus compromissos.				
12. Raramente ou nunca sinto remorsos pelo que fiz aos outros.				
13. Não cumprir a lei já me trouxe chatices.				
14. As minhas mentiras já me fizeram perder amigos.				
15. Não me incomoda confrontar outra pessoa, mesmo que para isso tenha que ser agressivo ou tenha que lhe partir alguma coisa.				
16. Já arranjei problemas por ter colocado em risco a minha segurança ou a de outros.				
17. Já me meti em problemas por não cumprir as minhas obrigações (horários, dívidas, etc.).				
18. Não sentir remorsos afecta a minha relação com os outros.				
19. Mesmo que saiba que estou a fazer algo errado, às vezes avanço sem pensar.				
20. Por vezes sem me aperceber já estou a mentir.				
21. Quando perco a cabeça “levo tudo à frente”.				
22. Se tiver de correr riscos corro, mesmo que afete a minha segurança.				
23. As minhas relações pessoais já foram afetadas por não cumprir os meus compromissos.				
24. Não me sinto mal quando ajo impulsivamente e prejudico outras pessoas com os meus atos.				

Anexo V – EBAC

EBAC

(J.P. Tangney, R.F. Baumeister, & A.L. Boone, 2004;

Versão Portuguesa: C. Santos, T. S. Almeida, & M. Basto-Pereira, 2019)

Utilizando a escala fornecida, por favor, indique o quanto cada uma das seguintes afirmações reflecte/traduz como você realmente é.

	De modo algum parecido	Bastante parecido comigo
1. Tenho muita dificuldade em romper com maus hábitos.	1-----2-----3-----4-----5	
2. Sou preguiçoso.	1-----2-----3-----4-----5	
3. Dig coisas inapropriadas.	1-----2-----3-----4-----5	
4. Faço determinadas coisas que me são prejudiciais, desde que seja divertido.	1-----2-----3-----4-----5	
5. Rejeito coisas que me são prejudiciais.	1-----2-----3-----4-----5	
6. Gostaria de ter mais autodisciplina.	1-----2-----3-----4-----5	
7. Resisto bem às tentações.	1-----2-----3-----4-----5	
8. As pessoas dizem que tenho uma autodisciplina de ferro.	1-----2-----3-----4-----5	
9. O prazer e a diversão, por vezes, impedem-me de realizar o meu trabalho.	1-----2-----3-----4-----5	
10. Tenho dificuldades em concentrar-me.	1-----2-----3-----4-----5	
11. Sou capaz de trabalhar efetivamente para atingir os objetivos definidos a longo prazo.	1-----2-----3-----4-----5	
12. Por vezes, não consigo deixar de fazer determinadas coisas, mesmo tendo consciência/sabendo de que está errado.	1-----2-----3-----4-----5	
13. Frequentemente eu ajo sem pensar em todas as alternativas.	1-----2-----3-----4-----5	

