



Catarina Filipa Barbosa Fernandes

**Efeito moderador do *coping* na relação entre a
sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco:
estudo longitudinal**

Trabalho realizado sob a orientação do

Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto

E da coorientação da

Professora Doutora Inês Jongenelen

dezembro, 2018



Catarina Filipa Barbosa Fernandes

**Efeito moderador do *coping* na relação entre a
sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco:
estudo longitudinal**

Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde

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

Presidente: Professor Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva

Arguente: Professora Doutora Maria Teresa Soares Souto

Orientador: Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto

dezembro, 2018

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

Agradecimentos

Na realização da presente dissertação, contei com o apoio direto ou indireto de múltiplas pessoas às quais estou profundamente grata. Por este motivo quero deixar expresso os meus agradecimentos.

Aos meus pais e irmão pela força e carinho que sempre prestaram ao longo do meu percurso, bem como o apoio económico para que a conclusão fosse possível. Quero agradecer profundamente todo o sacrifício, todo o empenho, toda a força e todo o suporte que os meus pais me forneceram ao longo de toda a minha vida. Sem dúvida alguma, são um modelo para mim que quero, igualmente, interiorizar e seguir na minha vida.

Ao orientador da dissertação, Professor Doutor Ricardo Pinto, pelo apoio, disponibilidade e motivação prestada. Quero agradecer-lhe de igual forma a paciência, conselhos, alertas que disponibilizou ao longo das várias etapas deste percurso. Um sincero obrigado!

Às minhas colegas de Investigação, Rita Freitas e Jéssica Pinho, pela constante readaptação, flexibilidade, idas às escolas profissionais e casas de acolhimento, partilha de emoções e experiências, e principalmente pela ajuda mútua.

Às minhas amigas, Diane Peixoto e Marisa Borges que contribuíram na elaboração do presente estudo, pela paciência, atenção e força que prestaram em momentos menos fáceis.

Quero também agradecer às entidades máximas das escolas profissionais e casas de acolhimento que, calorosamente, abriram as suas portas dando oportunidade, não só a apresentar o Projeto de Investigação e o artigo realizado anteriormente, como também pudesse recolher os dados de investigação, disponibilizando, assim, salas que iam de encontro às necessidades dos jovens (i.e., conforto, privacidade) durante o preenchimento do protocolo. Um sincero obrigado!

Um agradecimento especial a todos os jovens que participaram, de forma voluntária, no presente estudo. Sem a vossa presença, esta dissertação não poderia ter sido concretizada. Muito obrigado!

Resumo

A presente dissertação teve como principal objetivo avaliar o efeito moderador do *coping* na relação entre Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD) e comportamentos de risco numa amostra de jovens com história de adversidade e trauma. A amostra foi composta por jovens que se encontram em situação de acolhimento e/ou frequentam Escolas Profissionais. As novidades deste estudo relacionam-se com: estudo longitudinal com uma amostra de jovens com história de adversidade e poli-traumatização, o estudo do *coping* positivo e o facto de toda a amostra cumprir o critério A do DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) no diagnóstico de PTSD ou estar sinalizado pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou pelo Tribunal ou Segurança Social.

Método: O estudo incluiu 151 participantes sendo que, 68 (45%) são do sexo masculino e 83 (55%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos ($M = 15,99$; $DP = 1,25$). É possível verificar que, 41 (27.2%) jovens residem em casas de acolhimento; 61 (40.4%) residem com o pai e com a mãe; 32 (21.2%) residem apenas com a mãe e 1 (0.7%) residem somente com o pai. Os instrumentos administrados foram: Questionário Sociodemográfico, Lista de Experiências Traumáticas para DSM-5, *Child PPST Symptom Scale – V*, Escala de Estratégias de *Coping* na Adolescência e Lista de Comportamentos de Saúde.

Resultados: Os principais resultados obtidos revelaram os jovens em média praticam 4 comportamentos de risco, sendo que o comportamento de risco mais comum é o experimentar tabaco (73%) e comportamentos violentos (45%). Verificou-se ainda que os jovens que relataram mais sintomatologia de PTSD, adotaram mais comportamentos de risco e os jovens que relataram mais estratégias de *coping* positivas, adotaram menos comportamentos de risco. O efeito moderador do *coping* na relação entre a sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco não foi significativa, nem preditora de comportamentos de risco.

Conclusões: Este estudo sugere que jovens residentes em casas de acolhimento, bem como jovens da comunidade podem ser expostos a acontecimentos traumáticos. Uma das medidas que pode diminuir a probabilidade destes jovens desenvolverem sintomatologia de PTSD poderá passar por aumentar as estratégias de *coping* positivas, que se mostrou ser uma variável significativa.

Palavras-Chave: Perturbação de *Stress* Pós Traumático (PTSD); Estratégias de *Coping* Positivas; Comportamentos de Risco; Jovens em Risco.

Abstract

The present dissertation had as main objective to evaluate the moderating effect of coping on the relationship between Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and risk behavior in a sample of young people with a history of adversity and trauma. The sample was composed of young people who are in a situation of reception and / or attend Professional Schools. The novelties of this study relate to: a longitudinal study with a sample of youngsters with a history of adversity and poly-traumatization, a positive coping study, and whether the whole sample or DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) in the diagnosis of PTSD or is flagged by the Child Protection Service or by the Court or Social Security. **Methods:** The study included 151 participants and 68 (45%) were male and 83 (55%) female, aged 13 to 18 years ($M = 15.99$, $SD = 1, 25$). It is possible to verify that, 41 (27.2%) young people live in shelters; 61 (40.4%) reside with the father and the mother; 32 (21.2%) reside only with the mother and 1 (0.7%) reside only with the father. The instruments administered were: Sociodemographic Questionnaire, List of Traumatic Experiences for DSM-5, Child PPST Symptom Scale-V, Adolescence Coping Strategies Scale and List of Health Behaviors. **Results:** The main results obtained revealed that on average 4 risk behaviors, with the most common risk behavior being tobacco (73%) and violent behavior (45%). It was verified how much the young people who reported more PTSD symptomatology, adopted more risk behaviors and the young people who reported more positive coping strategies, adopted less risk behaviors. The moderating effect of coping on the relationship between PTSD symptomatology and risk behavior was not significant, nor was it predictive of risk behavior. **Conclusions:** This study suggests that young people living in foster homes as well as young people in the community may be exposed to traumatic events. One of the measures that may reduce the probability of these young people developing PTSD symptomatology may be to increase the coping strategies that have been shown to be a significant variable.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD); Positive coping strategies; Risk behaviors; Young at Risk.

Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
Perturbação de <i>Stress</i> -Pós-Traumático (PTSD)	10
Comportamentos de Risco.....	12
Coping	13
Confronto vs. Evitamento	14
Relação entre Modelos Teóricos de PTSD, Comportamentos de Risco e <i>Coping</i>	15
Novidades e Objetivos de Estudo	16
Metodologia.....	17
Participantes.....	17
Instrumentos.....	18
Procedimento	19
Análises de Dados.....	21
Resultados.....	22
Discussão	27
Referências Bibliográficas.....	30

Índice de Tabelas e Figuras

Figura 1 - <i>Diagrama do Recrutamento e Seleção de Participantes</i>	21
Tabela 1 – <i>Média, Mediana e Desvio Padrão das principais medidas</i>	23
Tabela 2 – <i>Frequências das Adversidades na Infância</i>	24
Tabela 3 – <i>Frequências dos Comportamentos de Saúde</i>	24
Tabela 4 – <i>Correlação das Principais Medidas</i>	25
Tabela 5 – <i>Análise de Regressão Múltipla Testando o Efeito Preditor dos Comportamentos de Risco e Moderadora Coping</i>	26

Lista de Abreviaturas

APA – *American Psychological Association*;

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;

CPSS-V – *Child PTSD Symptom Scale*;

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*;

DSM-V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*;

EECA – Escala de Estratégias de *Coping* na Adolescência

LEC – 5 – *Life Events Checklist*;

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses;

PTSD – Perturbação de *Stress* Pós-Traumático;

SPSS – *Statistical Program for Social Sciences* – 24;

Efeito Moderador do *coping* na relação entre sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco: estudo longitudinal

Perturbação de *Stress*-Pós-Traumático (PTSD)

Segundo a American Psychiatric Association (APA), a exposição a acontecimentos traumáticos pode causar um sofrimento clinicamente significativo e prejudicar severamente o funcionamento global dos sujeitos (APA, 2013). A investigação tem demonstrado que algumas mudanças cerebrais (e.g., redução do tamanho no hipocampo, hipoatividade do córtex pré-frontal ventromedial) podem ocorrer devido à exposição ao trauma e contribuir para o surgimento de um conjunto de problemas (e.g., aprendizagem, memória, regulação das emoções) e perturbações (e.g., depressão, ansiedade, abuso de substâncias) que irão prejudicar não só o desenvolvimento normativo de um dado sujeito como também o seu bem-estar psicológico (Etkin & Wager, 2007; Stein, Koverola, Hanna, Torchia, & McClarty, 1997).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V, 2013* (DSM-V) a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD) diz respeito ao desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos. Esta perturbação é caracterizada por um conjunto de sintomas que surgem após a exposição a uma situação que seja desencadeadora de trauma psicológico, onde a pessoa reage com medo intenso e desespero (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 1999). As reações emocionais aos acontecimentos traumáticos são de carácter subjetivo sendo que há indivíduos que reexperienciam a sensação de medo, sintomas comportamentais e emocionais. O humor anedónico ou disfórico, como também cognições negativas são também sintomas e reações emocionais desenvolvidas pelos sujeitos expostos ao trauma. Existem indivíduos cuja sintomatologia difere, sendo que os sintomas de ativação e reatividade externalizada ou sintomas dissociativos podem predominar. Por fim, em alguns indivíduos pode existir a comorbilidade destes padrões de sintomas descritos anteriormente (APA, 2013).

Na atualização do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM IV) para o DSM V, o diagnóstico de PTSD sofreu algumas alterações como a modificação do critério A2 onde o DSM IV estipulava que a situação desencadeadora de trauma tinha de provocar medo intenso, desamparo ou horror, sendo que o DSM V estipula no critério A2 que o indivíduo tem de testemunhar, presencialmente, acontecimentos que ocorreram com outras pessoas, e não há referência relativa aos sentimentos que o indivíduo tem de experienciar (Kilpatrick et al., 2013). Há ainda uma alteração no critério C, uma vez que o

DSM V reduziu de sete situações de evitamento para apenas duas: o evitamento e esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mau estar acerca dos acontecimentos traumáticos e o evitamento ou esforço para evitar estímulos externos como pessoas, lugares, conversas atividades, objetos ou situações que despertam memórias, pensamentos ou emoções que causam mau estar (APA, 2013).

O DSM V divide as situações de evitamento persistente de estímulos associados ao trauma estipulado pelo DSM IV, em dois novos critérios: critério D que diz respeito às alterações significativas nas cognições e no humor associadas aos acontecimentos traumáticos que engloba a incapacidade de se lembrar de um aspeto importante do acontecimento, crenças ou expectativas sobre o próprio, os outros ou o mundo exageradamente negativas e persistentes, cognições distorcidas persistentes acerca das causas ou consequências do acontecimento, estado emocional negativo persistente, diminuição significativa do interesse ou participação em atividades, sensação de estar desligado ou de estranheza em relação aos outros e a incapacidade persistente de experimentar emoções positivas em relação aos outros (APA, 2013); o novo critério de diagnóstico do DSM V e último, critério E que diz respeito às alterações significativas da ativação e reatividade associados ao acontecimento traumático, que estipula e completa o critério D do DSM IV que diz respeito aos sintomas persistentes, sendo que mantém a hipervigilância, os comportamentos irritáveis ou acessos à raiva sem qualquer provocação, dificuldades de concentração, perturbação do sono e respostas exageradas ao sobressalto, acrescentando comportamentos imprudentes e auto destrutivos (APA, 1994, 2013 & Kilpatrick et al., 2013).

Segundo um estudo epidemiológico realizado em diversos países, é possível verificar que 90% da população está exposta a pelo menos um acontecimento traumático nas suas vidas (Perrin et al., 2014). Aproximadamente 75% da população portuguesa já esteve exposta a pelo menos a um acontecimento traumático e 44% a mais do que um (Albuquerque et al., 2003). De acordo com o DSM V é possível que os indivíduos expostos a esses acontecimentos traumáticos desenvolvam sintomatologia de PTSD, sendo que, de acordo com a literatura há fatores internos e externos ao indivíduo que influenciam o desenvolvimento dessa sintomatologia, uma vez que as pessoas não reagem todas da mesma forma à exposição de um acontecimento traumático, e padrões de resposta podem ser influenciados por fatores psicológicos, biológicos e culturais do indivíduo (APA, 2013; Burri & Maercker, 2014). Num estudo com 2606 adultos onde o objetivo principal foi procurar a

taxa de ocorrência de PTSD na população portuguesa, é possível verificar um desenvolvimento predominante de sintomatologia de PTSD no sexo feminino, aproximadamente 67% (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003). No seguimento da literatura é possível verificar que o sexo feminino está exposto a mais fatores de risco que em conjunto com o fator traumático pode desencadear sintomatologia de PTSD embora, considerem que o sexo masculino manifeste mais comportamentos desregulativos do que o sexo feminino, que ao contrário destes, podem desenvolver mais perturbações emocionais (Alonso, Girolamo, Graaf, Negre-pages, & Gasquet, 2008). No que diz respeito à sintomatologia de PTSD e a sua prevalência em crianças e adolescentes, verifica-se que existe um risco de um desenvolvimento e crescimento atípico em crianças e adolescentes institucionalizados (Gupta & Gupta, 2014). Outros estudos verificaram que em adultos pós-institucionalizados, 88% deles cumpriam critérios do DSM IV, sendo que esses adultos apresentavam também padrões de comportamentos desregulativos e perturbações emocionais (Wolfe, Francis, & Straatman, 2006). Assim, é possível concluir que negligência por parte dos cuidadores em conjunto com o facto de a criança estar institucionalizada, é um dos fatores de risco para o possível desenvolvimento de sintomatologia de PTSD após a exposição ao trauma (Wolfe et al., 2006)

A PTSD estabelece assim uma relação com um conjunto de processos biopsicossociais alargado e com vários Modelos Teóricos, centrados em esclarecer como a sintomatologia de PTSD se desenvolve em indivíduos expostos ao trauma e quais as respostas do indivíduo (Friedman, Keane & Resick, 2007). No entanto, para este estudo, apenas irão ser considerados dois dos muitos Modelos Teóricos da PTSD, uma vez que se adequaram mais ao objetivo principal deste estudo: *“The Risk Taking Serves to Enhance Self-Related Cognitions and a Positive Worldview”* e *“The Risk Taking as the Result of Avoidance Coping Aimed at Threat to Life”*

Comportamentos de Risco

Os comportamentos adotados no dia-a-dia representam um dos principais indicadores de níveis de saúde e qualidade de vida das pessoas, sendo que o tabagismo, transporte de armas, relações sexuais desprotegidas, abuso de substâncias ilícitas e pouca frequência de atividade física são apontados como as principais causas de morbilidade, mortalidade e problemas sociais entre os adolescentes (Billy, & Grady, 2003; Farias & Lopes, 2004).

A associação entre psicopatologia e comportamentos de risco tem sido demonstrada na literatura. Por exemplo, um adolescente que esteja a desenvolver algum tipo de perturbação emocional, ou esteja em sofrimento psicológico, tem uma elevada probabilidade de se envolver em comportamentos de risco (Clemente, Wingood, et al., 2001). A sintomatologia depressiva durante a adolescência é também um dos fatores associados ao envolvimento em comportamentos de risco, sendo que numa amostra com jovens adolescentes verificou-se que quem apresentava três ou mais sintomas depressivos, estava mais propenso à prática de atividade sexual desprotegida, principalmente no sexo feminino (Clemente, Wingood, et al., 2001). Apesar da sintomatologia sentida ser um dos fatores cruciais para o envolvimento em comportamentos de risco, existem fatores cognitivos e situacionais como o significado dado às experiências, opinião sobre si próprio e desejabilidade social, que são considerados fatores de risco, levantando a possibilidade de influenciar a perceção que o indivíduo tem da sua saúde (Brener et al., 2003). Estes fatores estão fortemente associados à possibilidade de adoção de comportamentos de risco nos adolescentes (Brener et al., 2003).

Coping

O conceito de *coping* é um dos aspetos fundamentais quando se abordam situações que colocam em hipótese o desajustamento emocional, uma vez que, é frequentemente associado ao ajustamento social e parâmetros de saúde (Lisboa et al., 2002). Este conceito pressupõe a existência de adversidade ou *stress* (Turner & Gellman, 2013, p.496). O *coping* é assim definido como esforços para prevenir ou diminuir a ameaça, danos e perdas, ou para reduzir o sofrimento que é muitas vezes associada a essas experiências adversas (Turner & Gellman, 2013, p.496), no entanto há quem limite o conceito e o defina como um esforço para lidar com respostas voluntárias do indivíduo (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Outros autores incluem não só a resposta voluntária como também a automática e a involuntária (Eisenberg, Fabes, & Guthrie, 1997; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). As estratégias de *coping* consistem em mudanças cognitivas e ajustes comportamentais conscientes, de forma a alterar a forma como o sujeito lida com as situações que percebe como *stressantes* e onde é possível avaliar que há uma sobrecarga dos recursos pessoais, quer em respostas internas como externas (Lazarus & Folkman, 1984; Zeidner & Endler, 1996). Fatores como resiliência são fundamentais para a forma como o indivíduo vai gerir os acontecimentos e aplicar as estratégias de *coping* uma vez que, nem todas as estratégias são adaptativas e envolvem outros fatores individuais para além da

capacidade de resiliência aos acontecimentos *stressores* e desencadeadores de respostas emocionais menos positivas por parte dos indivíduos (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

Confronto vs. Evitamento

O confronto é uma estratégia de *coping* destinada a lidar ativamente com o *stress* ou emoções relacionadas com o *stress* (Turner & Gellman, 2013). Este tipo de estratégias inclui o foco no problema e formas de lidar com a emoção de uma forma focada, através da procura de apoio, regulação emocional, aceitação e reestruturação cognitiva (Turner & Gellman, 2013). O *coping* de confronto implica processos através dos quais o indivíduo desenvolve a capacidade de antecipar potenciais situações *stressantes*, fazendo-o agir com antecedência de modo a evitar que ocorra um processamento negativo da presente situação (Lawrence & Fauerbach, 2003).

Por sua vez, o evitamento visa impedir confrontos com a ameaça ou emoções relacionadas com o acontecimento *stressor* (Turner & Gellman, 2013, p.497). Inclui estratégias como a negação, evitamento e fuga, sendo que é um tipo de estratégia de *coping* focado na emoção, uma vez que frequentemente envolve uma tentativa de fuga dos sentimentos de angústia sentidos pelo indivíduo (Turner & Gellman, 2013, p.497). Esta estratégia de *coping* trata-se assim de um esforço para agir como se a ameaça não existisse ou não fosse real, de modo a considerar que nenhuma reação é necessária quer a nível comportamental quer a nível emocional (Turner & Gellman, 2013, p.497). Este tipo de estratégias podem criar alguns problemas para o próprio uma vez que para além de incentivar o envolvimento em comportamentos de risco, como o abuso de álcool e substâncias ilícitas, o indivíduo tem tendência a desmotivar para as tarefas diárias e objetivos a curto e longo prazo, bem como o desenvolvimento de problemas de saúde (Carver & Connor-Smith, 2010; Turner & Gellman, 2013, p.497).

No âmbito do trauma, o evitamento tem sido definido como uma perturbação do processamento porque evita que as memórias do trauma acedam à consciência do sujeito, ou que este se depare com situações que lhe recordem o trauma, evitando assim o surgimento de emoções negativas. Estas estratégias resultam a curto prazo ao diminuir o sofrimento subjetivo, mas ao impedirem a exposição gradual ao acontecimento, quer mental quer situacional, não promovem a remissão dos sintomas e prolonga os efeitos do trauma a longo prazo. Ou seja, o sujeito não passa de uma ruminação automática para consciente, que facilitaria a remissão dos sintomas (Keane e Barlow, 2002). Consequentemente, as

estratégias de *coping* que envolvam o evitamento têm sido significativamente associadas ao agravamento da sintomatologia de PTSD (Benotsch et al., 2000).

Relação entre Modelos Teóricos de PTSD, Comportamentos de Risco e *Coping*

Frequentemente os hábitos e comportamentos estão associados à sintomatologia sentida, sendo que há uma associação positiva entre o desenvolvimento de sintomatologia de PTSD e o envolvimento em comportamentos de risco, como o abuso de substâncias (Leeis et al., 2010). Assim assume-se que diariamente percepções e atitudes podem ser afetadas com a exposição a uma experiência traumática (Dougall et al., 2005; Solomon & Laufer, 2005). Num estudo realizado com os sobreviventes de um terremoto, verificou-se que após a exposição, o abuso de substâncias aumentou significativamente entre os 6 meses e 3 anos após o desastre (Chou et al., 2007). Numa amostra de estudantes irlandeses, verificou-se um aumento do abuso de álcool após exposição a atos de terrorismo (Schiff, 2006). Estas conclusões levantam a possibilidade de uma reação à violência e/ou envolvimento de risco induzida assim pelo *stress* e sintomatologia de PTSD (Zur & Zeidner, 2009). Adolescentes que foram expostos à violência ou algum tipo de abuso, estão mais predispostos a fazer um uso abusivo de substâncias (Glodich, Allen, & Arnold, 2001; Pat-Horenczyk et al., 2007). Da mesma forma, indivíduos com níveis elevados de ansiedade social tendem a adotar mais comportamentos violentos e comportamentos sexuais desprotegidos, principalmente quando tem a percepção que este comportamento poderá ter uma recompensa para as percepções dos outros que o rodeiam (Kashdan et al., 2006).

“*The Risk Taking Serves to Enhance Self-Related Cognitions and a Positive Worldview*” visa que para além do leque de estratégias de confronto, é importante que o indivíduo procure desenvolver e adaptar os seus recursos pessoais (Zur & Zeidner, 2009). Os recursos pessoais são definidos como aspetos do próprio que estão relacionados com a capacidade de resiliência (Hobfoll, Johnson, Ennis, & Jackson, 2003, p. 632), como autoestima e otimismo (Zur & Zeidner, 2009). Recursos pessoais preveem assim mais comportamentos de confronto eficazes (Ben-Zur, 2002; Ben-Zur & Debi, 2005; Epping-Jordan et al., 1999; Zeidner, 1995) bem como um ajuste positivo em diversos contextos (Helgeson, 1999; Major, Richards, Cooper, Cozzarelli, & Zubek, 1998) e bem-estar geral (Ben-Zur, 2003). As percepções da realidade são feitas pelo sujeito através de processos psicológicos, sendo que percepções distorcidas ou erradas da realidade podem gerar o envolvimento em comportamentos de risco (e.g., condução em excesso de velocidade, tabagismo), com o intuito de amortizar a ansiedade sentida e melhorar assim a sua autoestima

(Taubman-Ben-Ari et al., 2000). Uma abordagem útil para alcançar a ilusão do controle sobre a vida de alguém exposto ao trauma, com conseqüente sintomatologia, é reprimir ou suprimir os pensamentos relativos à consciência do episódio que desenvolveu medo no indivíduo (Zur & Zeidner, 2009). Esta abordagem é frequentemente baseada no abuso de substâncias e atividades de alto risco como violência e prática sexual desprotegida (Zur & Zeidner, 2009). Os comportamentos de risco podem assim ser identificados como uma ilusão de controle do indivíduo sobre o meio que esta envolvido. Em suma, a adoção de comportamentos de risco pode ser uma estratégia de reestruturação dos recursos pessoais já esgotados, no campo do domínio, auto estima e otimismo (Zur & Zeidner, 2009).

“The Risk Taking as the Result of Avoidance Coping Aimed at Threat to Life” explica que o confronto focado na emoção inclui um determinado número de estratégias que se baseiam no evitamento, negação e/ou distração, uma vez que o indivíduo após a exposição considera tais estratégias uma maneira eficaz de reduzir a ansiedade e sintomatologia depressiva (Taubman Ben-Ari et al., 2000; Zur & Zeidner, 2009). Desta forma, estratégias de evitamento direcionadas para o episódio podem mediar a relação entre a percepção de ameaça e o envolvimento em comportamentos de risco, sendo que quanto maior a sintomatologia sentida pelo indivíduo e mais este se sente ameaçado, maior a probabilidade de procurar aplicar estratégias de evitamento de forma a lidar com as informações negativas, que por sua vez facilitam os comportamentos de risco (Zur & Zeidner, 2009)

Novidades e Objetivos de Estudo

Este estudo usou um plano longitudinal correlacional não-experimental. O presente estudo teve como objetivo estudar jovens com história de adversidade e trauma, ao nível do possível desenvolvimento de sintomatologia de PTSD e averiguar a sua possível relação com o envolvimento em comportamentos de risco. As novidades do estudo são: a amostra utilizada, uma vez que a esmagadora maioria dos estudos sobre esta temática recorre a amostras provenientes da população em geral e com participantes adultos; a utilização dos critério de diagnóstico do DSM-V para a avaliação da sintomatologia de PTSD e inclusão do instrumento *Life Events Checklist* (LEC-5), versão portuguesa, de forma a avaliar a presença ou ausência do critério A de PTSD, uma vez que a maioria dos estudos se restringe à avaliação da PTSD com base num único (e.g., pedir ao sujeito para responder face ao acontecimento mais traumático; após a exposição a desastre natural). Este estudo avaliou vários acontecimentos traumáticos e pediu ao sujeito para responder face ao mais traumático.

Com o intuito de procurar o efeito moderador do *coping* na relação da sintomatologia PTSD e comportamentos de risco, pretende-se interpretar o efeito das estratégias de *coping* na relação entre a sintomatologia e o tipo de respostas dadas ao indivíduo, com o intuito de minimizar a sintomatologia sentida.

Face ao objetivo estabelecido são propostas as seguintes hipóteses:

H1: Espera-se que níveis superiores de sintomatologia de PTSD estejam associados a uma maior prática de comportamentos de risco;

H2: Espera-se que níveis superiores de *coping* mais positivo estejam associados a níveis inferiores de prática de comportamentos de risco;

H3: Espera-se que a variável *coping* seja moderador na relação entre sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco;

Metodologia

Participantes

Na primeira etapa deste estudo a amostra foi constituída por 189 participantes. Verificou-se que as idades estavam compreendidas entre os 13 anos e os 18 anos, sendo que a percentagem dos participantes, a amostra estava distribuída de média de idades se encontrava nos 16 anos ($DP = 1,23$). No que concerne ao sexo uma forma homogénea sendo que existem 50% ($n = 94$) do sexo masculino e 50% ($n = 95$) do sexo feminino. Apurou-se ainda que 66% ($n = 124$) encontrava-se numa escola profissional, e 34% ($n = 65$) encontrava-se numa casa de acolhimento/instituição. Quando questionados sobre a existência da sinalização por parte da CPCJ, tribunal, segurança social ou institucionalização, verificou-se que 86 (46%) foram sinalizados por alguma entidade acima referida e 64 (34%) jovens estão institucionalizados.

Após seis meses foi realizada a segunda recolha de dados sendo que no total de participantes (151), 68 (45%) são do sexo masculino e 83 (55%) do sexo feminino. Para além disso, as idades encontram-se compreendidas entre os 13 e os 18 anos sendo a idade média da amostra 15,99, isto é, 16 anos ($DP = 1,25$). É ainda possível verificar que, 41 (27.2%) jovens residem em casas de acolhimento; 61 (40.4%) residem com o pai e com a mãe; 32 (21.2%) residem apenas com a mãe e 1 (0.7%) residem somente com o pai. Salienta-se ainda que, apesar da escolaridade dos jovens variar entre o 5.º e o 12.º ano, a média de escolaridade entre estes é de 9,24, isto é, o 9.º ano de escolaridade ($DP = 1,62$). A presente amostra permite denotar ainda que, 68 (45%) dos jovens foram sinalizados pela CPCJ e/ou

pelo Tribunal de Proteção e Menores e/ou pela Segurança Social e 48 (31.8%) foram institucionalizados. No que concerne o rendimento familiar, o rendimento mínimo é inferior a 250€ e o rendimento máximo superior a 2000€ sendo que, 16 (10.6%) indicaram um rendimento familiar inferior a 250€, 26 (17.2%) um rendimento familiar entre os 250€ e os 500€, 33 (21.9%) relataram um rendimento familiar mais de 500€ até 750€, 25 (16.6%) relataram um rendimento familiar mais de 750€ até 1000€, 12 (7.9%) relataram um rendimento familiar mais de 1000€ até 1500€, 5 (3.3%) relataram um rendimento familiar mais de 1500€ e até 2000€ e 6 (4%) relataram um rendimento familiar superior a 2000€.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico que contempla questões de escolha múltipla sobre os participantes, tais como, idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, situação ocupacional, e se esta residência atual, rendimento mensal familiar, número de elementos do agregado familiar, se alguma vez foi sinalizado por alguma entidade sinalizadora (CPCJ, Tribunal ou Segurança Social), quanto tempo se encontra institucionalizado e, engloba algumas informações pertinentes como a profissão que exerce em caso de estar a exercer profissionalmente em algum lugar para além da escola e por fim o nível de escolaridade dos pais.

Child PTSD Symptom Scale-V (CPSS-V; Versão Portuguesa: Correia-Santos, Morgado, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2018; Gillihan et al., 2012) pretende avaliar a severidade da sintomatologia de PTSD em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos de idade, que foram expostos a um ou mais acontecimentos traumáticos, de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5. Este instrumento é constituído por 2 questões de resposta breve, onde o participante deve descrever o acontecimento que mais o perturba e referir quando aconteceu. Além disso, este instrumento inclui ainda, 20 itens cotados numa escala de Likert de 0 (“Nunca”) a 4 (“6 a mais vezes por semana”), que correspondem aos sintomas de PTSD segundo o DSM-5 7 itens cotados dicotomicamente como “Sim” e “Não”, que avaliam a interferência das situações relatadas anteriormente, nas suas atividades do quotidiano. As questões devem ser respondidas tendo em conta o “Último mês”. A cotação do instrumento varia entre 0 e 87, sendo que o instrumento demonstrou boa consistência interna.

Escala de Estratégias de Coping na Adolescência (EECA; Burnett & Fanshawe, 1996; Dias, Castillo Rodriguez & López-Sánchez, 2015) é uma versão reduzida do *Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences* (ACOPE) com 26 itens e 10

subescalas, que incluem a melhoria pessoal, focus no positivo, procura de apoio espiritual, recurso ao humor, procura de diversões, descarga emocional, uso de drogas, procura de apoio familiar, procura de apoio de outros e procura de apoio profissional (Garcia, J. & López-Sánchez, C. 2015). As respostas às questões são cotadas numa escala tipo Likert de 1 a 5, no qual 1 representa “Discordas fortemente” e 5 representa “Concordas fortemente”. De acordo com as opções assinaladas, a cotação deste instrumento varia entre 26 e 130, sendo que quanto mais elevada a pontuação, maior aplicação de estratégias de *coping* positivo.

Lista de Acontecimentos de Vida para DSM-5 (LEC-5; Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx & Keane, 2013; Correia-Santos, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2015b) é um instrumento de auto-relato projetada que tem como objetivo encontrar acontecimentos potencialmente traumáticos na vida do participante. Avalia assim a exposição a acontecimentos que são frequentes acontecer, sendo que estes acontecimentos podem ser desencadeadores de sintomatologia de PTSD ou outra sintomatologia que provoque angustia ao indivíduo (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx & Keane, 2013). As respostas variam entre se já aconteceu pessoalmente, se viu acontecer a outra pessoa, soube que aconteceu a um familiar ou amigo próximo, se não tem a certeza se lhe aconteceu ou se não se aplica. Este instrumento não constitui uma pontuação total sendo que não existe um protocolo formal de pontuação ou interpretação para além da verificação se um indivíduo experienciou um ou mais acontecimentos traumáticos (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx & Keane 2013).

Lista de Comportamentos de Saúde (Pinto & Maia, 2013) é um instrumento que procura informações relativamente à educação para a saúde e paralelamente os comportamentos de saúde. É composto por 20 itens, onde aborda alguns comportamentos considerados de risco, como o fumar, beber, uso de drogas não prescritas, comportamentos e hábitos alimentares, pensamentos e atos suicidas, posse de armas ilegais e proteção nas relações sexuais. Estes itens incluem respostas como “Sim” e “Não”, “Muitas vezes”, “Frequentemente”, “Algumas vezes”, “Raramente” e “Nunca” e por fim, é pedido em 4 itens a idade quando começou a consumir, quando teve a sua primeira relação sexual. A cotação deste instrumento varia entre 0 e 32 pontos.

Procedimento

No primeiro momento de recolha de dados, foram contactadas várias Casas de Acolhimento e Escolas Profissionais do distrito do Porto. As entidades foram contactadas inicialmente via (*e-mail*) através do envio de um texto padrão previamente construído e

adaptado a cada entidade. Seguidamente, foram realizados contactos via telefone com as entidades que manifestaram interesse em participar no estudo e para as que, no prazo de três semanas, não responderam ao contacto inicial. Após a autorização das entidades que aceitaram colaborar no estudo, iniciou-se a recolha de dados.

No caso das Escolas Profissionais, dois investigadores deslocaram-se aos locais, em hora e dia previamente combinados com os professores/diretores/técnicos, para apresentar o projeto aos potenciais participantes e entregar consentimentos informados, para que fossem assinados, um pelo jovem, e outro pelo seu respetivo representante legal. A recolha de dados só se iniciou após entrega de ambos os consentimentos devidamente assinados.

Assim, na recolha de dados os jovens foram convidados a participar no estudo, em contexto de sala de aula. Foram-lhes explicados os objetivos do projeto e, no caso de interesse em participar, cada um preencheu o consentimento informado, que garantiu o anonimato e confidencialidade dos dados. Por sua vez, os protocolos foram distribuídos e auto-administrados pelos alunos que, em caso de dúvidas as colocavam, de forma individual, ao investigador que se encontrava no local.

No caso das Casas de Acolhimento, por diversos motivos (e.g., logísticos), em algumas das entidades não foi possível que os participantes autoadministrassem o protocolo, pelo que foi disponibilizado um gabinete para realizar a recolha individualmente. No entanto, houve Casas de Acolhimento em que a recolha foi realizada em grupo e autoadministrada, logo cada jovem assinava o consentimento informado à semelhança do que foi explicado em cima, seguindo-se as respostas ao protocolo.

Apenso ao protocolo constava um destacável com um código individual, que continha um endereço de *e-mail* para o qual os participantes podem contactar e enviar o referido código caso pretendam ter acesso aos seus resultados. O contacto de *e-mail* serviu também para que os jovens pudessem contactar os investigadores, no sentido de esclarecer dúvidas relacionadas com o estudo e/ou se, nos dias após a participação, sentissem incomodados com as questões abordadas nos instrumentos. Foram realizados alguns pedidos de devolução de resultados. A devolução dos resultados foi realizada pessoalmente, de forma a esclarecer todas as dúvidas e, caso necessário, informar e orientar o participante no sentido de obter apoio ao nível de saúde mental.

Durante o preenchimento dos questionários, os jovens foram distribuídos por mesas devidamente afastadas, de forma a garantir a privacidade das suas respostas. Antes de iniciar

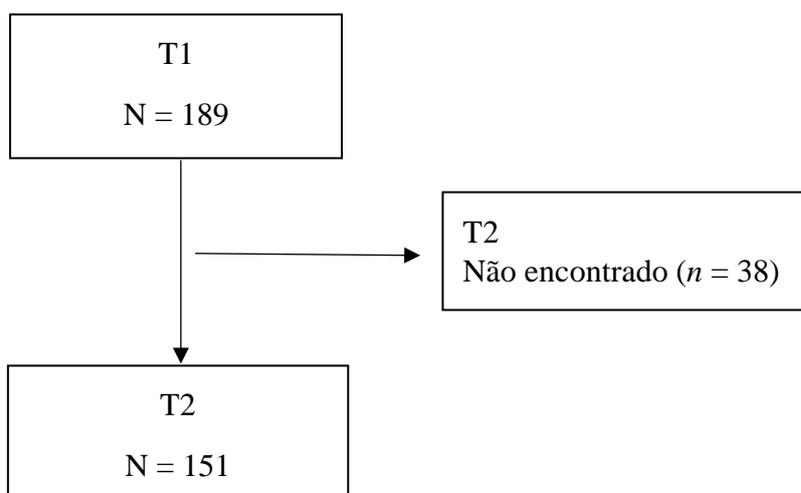
o preenchimento, foi ainda explicado aos jovens que, em qualquer momento, poderiam interromper a sua participação e que estariam presentes na sala dois investigadores para clarificar as dúvidas que surgissem durante o processo. Todos os procedimentos foram realizados de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de Outubro e Deliberação N° 227/2007, bem como o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), especificamente o artigo 7.

No que se refere ao segundo momento de recolha de dados, após seis meses, voltamos a contactar via *e-mail* as instituições que participaram no primeiro momento de recolha com vista a apresentação e discussão dos resultados obtidos da primeira recolha e posteriormente à marcação de uma nova recolha de dados. Efetuou-se contacto telefónico quando as instituições não devolviam uma resposta ao *e-mail* num espaço de 3 semanas. Procedeu-se à recolha de dados, após uma data marcada à semelhança do que foi realizado anteriormente. Uma vez que já se tinha obtido os consentimentos informados na primeira fase do estudo, não foi necessário uma nova entrega e preenchimentos dos consentimentos.

Considerando que é um estudo longitudinal, a amostra é constituída por 151 participantes, registando uma perda amostral de 20%.

Figura 1.

Diagrama do Recrutamento e Seleção de Participantes.



Análises de Dados

Para realizar a análise estatística dos dados recolhidos, foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*), versão 24.0, com o qual se realizou análises descritivas e inferenciais. Para analisar as questões de investigação foi realizado uma

correlação para testar as duas primeiras hipóteses de investigação, de modo a verificar a influência da sintomatologia de PTSD e das estratégias de *coping* positivas na adoção de comportamentos de risco. De seguida foi realizada uma regressão para testar a terceira hipótese e para analisar se o coping era uma variável moderadora na relação entre sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco, recorreu-se à análise de regressão e avaliação declives através do *Mod Graph-1* (José, 2013)

Resultados

Relativamente a casos omissos nos questionários, houve 11 “*missings*” no questionário de PTSD (7%), 2 “*missings*” no questionário do *coping* (1%), e 5 “*missings*” no questionário de comportamentos de risco (3%) (tabela 1). Estes casos omissos foram tratados nas análises com a estratégia “*pairwise deletion*”.

De acordo com a análise da tabela 1 podemos verificar que no que a média da variável sintomatologia de PTSD ($M = 22.51$; $DP = 18.17$; $Med = 18$) encontra-se afastada do valor máximo do instrumento (80 = valor máximo de sintomatologia) em relação ao valor mínimo (0 = sem sintomatologia), revelando que a amostra geral relata pouca sintomatologia de PTSD. No que diz respeito às estratégias de *coping*, verificou-se que a média desta variável ($M = 86.98$; $DP = 15.23$; $Med = 88$) encontra-se próxima do valor máximo do instrumento (130 = várias estratégias de *coping*) em relação ao valor mínimo (25 = poucas estratégias de *coping*), revelando que a amostra geral adota estratégias de *coping* de uma forma moderada a elevada. No que diz respeito à lista de comportamentos de risco, verifica-se que a média desta variável ($M = 4.74$; $DP = 2.11$; $Med = 5$) encontra-se próxima do valor mínimo do instrumento (0 = comportamentos de risco inexistentes) comparativamente ao valor máximo (32 = adoção elevada de comportamentos de risco), demonstrando assim que a amostra geral não pratica um número elevado de comportamentos de risco.

Tabela 1

Médias, Medianas e Desvios Padrões das Principais Medidas.

<i>Total da Amostra (N=151)</i>						
Variáveis	<i>n</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Med</i>
Sintomatologia PTSD (T1)	140	.00	67.00	22.51	18.17	18
<i>Coping</i> (T1)	149	26	126.00	86.98	15.23	88
Lista De Comportamentos de Risco (T2)	146	1.00	11.00	4.74	2.11	5

Nota. A variável PTSD = Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e Coping são referentes ao primeiro momento de recolha. A variável Lista de Comportamentos de Risco é referente ao segundo momento. Os valores de mínimo e máximo referem-se aos valores obtidos na amostra.

No total de participantes verifica-se que a adversidade na infância mais experienciada foi o divórcio e/ou separação parental, 43% ($n = 65$), sendo a adversidade de infância menos experienciada o abuso sexual, 12% ($n=17$) (Tabela 2).

Tabela 2

Frequências das Adversidades na Infância

Adversidades	<i>n</i>	%
Abuso Emocional	42	27.8
Abuso Físico	56	37.1
Abuso Sexual	17	11.6
Negligência Emocional	60	40.5
Negligência Física	42	28.4
Divórcio ou Separação Parental	65	43.3
Exposição a Violência Doméstica	26	17.2
Abuso de Substâncias	45	30.2
Perturbação Mental ou Suicídio	44	29.3
Prisão de um Familiar	22	14.7

Relativamente à lista de comportamentos de saúde, foi possível verificar que 34% ($n = 52$) dos participantes bebe álcool, 73% ($n = 110$) já experimentou tabaco mas apenas 31% ($n = 50$) fuma tabaco atualmente, 93% ($n = 140$) não consome drogas, 19% ($n = 28$) já experienciou pensamentos suicidas. No que diz respeito à posse de armas e a prática de comportamento violentos, verifica-se que 91% ($n = 137$) não esteve na posse de armas recentemente e 45% ($n = 68$) adotou comportamentos violentos recentemente. No que concerne a hábitos de cuidado pessoal verifica-se que 93% ($n = 141$) da amostra não tem o hábito de lavar os dentes, sendo que 83 % ($n = 126$) come doces frequentemente. (Tabela 3).

Tabela 3*Frequências dos Comportamentos de Saúde*

<i>Total da Amostra (N=151)</i>			
<i>Comportamentos de Risco</i>	<i>Respostas</i>	<i>n</i>	<i>Porcentagem</i>
Fazer exercício físico	Não	68	45%
	Sim	83	55%
Lavar os dentes	Não	141	93%
	Sim	8	5%
Tomar o Pequeno-Almoço	Não	99	66%
	Sim	52	34%
Beber Álcool	Não	98	65%
	Sim	52	34%
Comer Doces	Não	25	17%
	Sim	126	83%
Experimentar tabaco	Não	39	26%
	Sim	110	73%
Atualmente fumar tabaco	Não	99	66%
	Sim	50	31%
Experimentar Drogas	Não	106	70%
	Sim	42	28%
Atualmente fumar drogas	Não	140	93%
	Sim	8	5%
Pensamentos Suicidas	Não	120	80%
	Sim	28	19%
Comportamentos violentos	Não	80	53%
	Sim	68	45%
Posse de Armas	Não	137	91%
	Sim	11	7%

Foi encontrada uma correlação negativa significativa entre os níveis mais elevados de estratégias de *coping* positivo e adoção de comportamentos de risco, $r = -.215$, $p < .01$, ou seja, níveis mais elevados de estratégias de *coping* positivo estão correlacionados com menor número de envolvimento em comportamentos de risco. Verificou-se também uma

correlação significativa, positiva, entre níveis de sintomatologia de PTSD e o envolvimento em comportamentos de risco, $r = .261$, $p < .01$. Desta forma, níveis mais elevados de sintomatologia de PTSD estão correlacionados com a prevalência aumentada de envolvimento em comportamentos de risco (Tabela 4).

Tabela 4

Correlação das Principais Medidas

Variáveis	1	2	3
1. <i>Coping</i>	-		
2. Sintomatologia PTSD	-.134	-	
3. Lista de Comportamentos de Risco	-.215**	.261**	-

Nota. ** $p < .01$.

A análise de regressão hierárquica foi utilizada para testar a relação entre *coping* no primeiro momento e sintomatologia de PTSD após 6 meses. Os resultados da análise de regressão mostraram que o modelo foi estatisticamente significativo e explicou no total 21% da variância ($R^2 .21$, $F(6,128) = 5.687$, $p < .001$). No primeiro bloco entraram as variáveis sociodemográficas, nomeadamente o Sexo ($\beta = .00$, $t = .00$, $p < .99$, Idade ($\beta = .08$, $t = .00$, $p < .52$), Casas de Acolhimento vs. Ensino Profissional ($\beta = .26$, $t = 2.18$, $p < 2.19$) e Grau de Escolaridade ($\beta = .40$, $t = 2.61$, $p < .01$). No segundo bloco foi incluída a sintomatologia de PTSD, ($\beta = .24$, $t = 2.85$, $p < .05$) e acrescentou 5,3% de variância explicada no bloco ($F(5,128) = 5,242$, $p = .000$). No terceiro bloco foi incluída o *coping* ($\beta = -.21$, $t = -2.59$, $p < .01$) e acrescentou 4.2% de variância explicada no bloco, ($F(6,128) = 5,687$, $p = .000$). No bloco final, o grau de escolaridade, a sintomatologia de PTSD e o *coping* foram preditores significativos do envolvimento em comportamentos de risco, ou seja, níveis superiores de escolaridade e níveis superiores de sintomatologia de PTSD são preditores de maior prevalência de envolvimento em comportamentos de risco. Por outro lado, níveis superiores de estratégias de *coping* predizem menor prevalência de envolvimento em comportamentos de risco. O efeito moderador, incluído neste último bloco, do *coping* na relação entre sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco, não foi um preditor significativo, $\beta = .03$, $t = 3.22$, $p = .75$ (Tabela 5).

Tabela 5

Análise de Regressão Múltipla Testando o Efeito Preditor dos Comportamentos de Risco e Moderador do Coping

Modelo	B	β	t
Bloco 1: $R^2 = .12^{**}$			
Sexo	.00	.00	.00
Idade	.13	.08	.64
Casas de Acolhimento vs. Ensino Profissional	1.15	.26	2.18*
Grau de Escolaridade	.52	.40	2.61**
Bloco 2: $R^2 = .17^{***}$; $\Delta R^2 = .05^{***}$			
Constante	-3,15		-1,23
Sexo	-.11	-.03	-.25
Idade	.19	.11	.94
Casas de Acolhimento vs. Ensino Profissional	.88	.19	1.67
Grau de Escolaridade	.44	.34	2.22*
Sintomatologia de PTSD	.03	.24	2.85**
Bloco 3: $R^2 = .21^{***}$; $\Delta R^2 = .04^{***}$			
Constante	-.14		-.05
Sexo	-.13	-.03	-.32
Idade	.15	.09	.74
Casas de Acolhimento vs. Ensino Profissional	.72	.160	1.40
Grau de Escolaridade	.48	.37	2.46*
Sintomatologia de PTSD	.02	.21	2.55**
<i>Coping</i>	-.03	-.21	-2.59**
Bloco 4: $R^2 = .21^{***}$; $\Delta R^2 = .00^{***}$			
Constante	-.25		-.09
Sexo	-.12	-.03	-.29
Idade	.15	.09	.75
Casas de Acolhimento vs. Ensino Profissional	.72	.16	1.39
Grau de Escolaridade	.48	.37	2.45*

Sintomatologia de PTSD ^a	.02	.21	2.56**
<i>Coping</i> ^b	-.03	-.21	-2.51**
Moderador	.00	.03	3.22

Nota: ^aSintomatologia de PTSD = Child PTSD Symptom Scale-V ([CPSS-V]; Correia-Santos, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2015; Gillihan et al., 2012); ^b*Coping* = Escala de Estratégias de *Coping* na Adolescência ([EECA]; Burnett & Fanshawe, 1996; Dias, Castillo Rodriguez & López-Sánchez, 2015);

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Discussão

Este estudo explorou a relação entre sintomatologia de PTSD e o envolvimento em comportamentos de risco num intervalo de avaliação de 6 meses. A novidade do estudo prendeu-se com a utilização de um estudo longitudinal com uma amostra de jovens com história de adversidade e poli-traumatização, o estudo do efeito do *coping* e o facto de toda a amostra, ou cumprir o critério A do DSM V no diagnóstico de PTSD, e/ou estava sinalizado pela CPCJ, e/ou pelo Tribunal ou Segurança Social.

Após os resultados obtidos pode-se concluir que a primeira hipótese foi confirmada, sendo que os jovens que apresentaram níveis superiores de sintomatologia de PTSD no primeiro momento, apresentaram maior prevalência de envolvimento em comportamentos de risco no segundo momento de avaliação. Este resultado é coerente com a literatura uma vez que, esta revela que indivíduos que estejam a sofrer algum transtorno emocional ou a desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa, tendem a envolver-se em mais comportamentos de risco. Assim, pode-se levantar a possibilidade de existirem alterações nas perceções e comportamentos dos indivíduos após a exposição a uma experiência traumática (Clemente, Wingood, et al., 2001; Chou et al., 2007; Dougall et al., 2005; Friedman, Keane & Resick, 2007; Schiff, 2006; Solomon & Laufer, 2005; Zur & Zeidner, 2009).

Em relação à segunda hipótese, esperava-se que os jovens que apresentaram níveis superiores de *coping* positivo no primeiro momento, apresentassem menor prevalência de envolvimento em comportamentos de risco no segundo momento. Esta hipótese confirmou-se uma vez, que na nossa amostra, níveis superiores de *coping* positivos foram preditores de níveis inferiores de envolvimento em comportamentos de risco. Estes resultados refletem a literatura já existente, sendo que o *coping* de confronto, é focado na procura de apoio,

regulação emocional, aceitação e reestruturação cognitiva. Estas estratégias facilitam a remissão e/ou redução da sintomatologia desencadeada pelo acontecimento *stressor*, diminuindo a probabilidade de o indivíduo recorrer a outras estratégias prejudiciais (e.g., abuso de substâncias, comportamentos violentos) para suprimir os pensamentos e sintomatologia relativos à consciência do episódio desencadeador de *stress* e/ou medo (Ben-Zur, 2002; Ben-Zur & Debi, 2005; Ben-Zur, 2003; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001; Epping-Jordan et al., 1999; Helgeson, 1999; Lazarus & Folkman, 1984; Leeis et al., 2010; Major, Richards, Cooper, Cozzarelli, & Zubek, 1998; Taubman-Ben-Ari et al., 2000; Turner & Gellman, 2013, p.497; Zeidner, 1995; Zur & Zeidner, 2009; Zeidner & Endler, 1996).

No que diz respeito à terceira e última hipótese, esperava-se que a variável *coping* fosse moderadora na relação entre sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco. A hipótese não foi confirmada, apesar de a literatura fundamentar a importância do *coping* para regulação emocional e reestruturação cognitiva após a exposição ao acontecimento traumático (Turner & Gellman, 2013). A adoção de comportamentos não prejudiciais e motivacionais ao indivíduo são também influenciados pela estratégia que adota, sendo que o tipo de estratégia que envolva evitamento e negação é prejudicial para o indivíduo pois, cria um efeito de ilusão de controlo do meio que está envolvido, isto é, são criadas percepções da realidade mais favoráveis para o mesmo. Desta forma, o indivíduo procura, através da negação e do evitamento, amortizar a ansiedade, reprimir ou suprimir pensamentos relativos à consciência do episódio desencadeador de *stress*. (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001; Clemente, Wingood, et al., 2001; Friedman, Keane & Resick, 2007; Taubman Ben-Ari et al., 2000; Turner & Gellman, 2013, p.496; Zur & Zeidner, 2009).

Uma explicação plausível para a hipótese não ter sido confirmada prende-se com o facto de que, do ponto de vista estatístico, a distribuição dos dados da variável *coping* aproximou-se mais do valor máximo, ou seja, a maior parte dos jovens da nossa amostra relataram níveis elevados de *coping*. Embora do ponto de vista conceptual faça sentido a obtenção de um efeito moderador na relação da sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco, os resultados desta amostra não permitiram verificar este efeito, do ponto de vista estatístico. Para que um efeito moderador seja obtido estatisticamente, é necessário que os dados estejam distribuídos de forma normal, o que não se verificou nesta amostra e que,

normalmente, não se verificam em amostras que avaliam o trauma. Este é um problema transversal na literatura no âmbito das ciências sociais, uma vez que a rejeição da hipótese nula é muito dependente da distribuição dos dados e que não significa que do ponto de vista conceptual as premissas estejam erradas. Provavelmente, os estudos em que se verificou um efeito moderador foram obtidos a partir de amostras expostas a traumas e adversidades com prevalências moderadas ou residuais, como é o caso de amostras da comunidade que foram apresentadas na introdução.

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Uma das limitações do estudo é o facto de a amostra não ser representativa da população de jovens em situação de acolhimento e da comunidade, pelo que não é possível generalizar os resultados. Outra das limitações existentes é o facto de existir a possibilidade de viés nos relatos retrospectivos de adversidade na infância devido ao envolvimento de questões sensíveis e que requerem a recuperação de uma memória que pode desenvolver pensamentos e sentimentos indesejados. No entanto, esta limitação não parece ter influenciado os resultados dado que grande parte da nossa amostra foi sinalizada e, para além disso, os autorrelatos tendem a ser falsos negativos, embora instrumento usado pode diminuir esse viés uma vez que se foca em comportamentos e não em construções de violência. (Pinto, Correia & Maia, 2014).

Apesar destas limitações, o presente estudo mostrou evidência empírica sobre a relação entre sintomatologia de PTSD e comportamentos de risco em jovens em risco. Os resultados permitiram perceber aspetos importantes relativamente a esta amostra, nomeadamente a prevalência de sintomatologia de PTSD, a exposição a experiências traumáticas, mesmo em jovens da comunidade e a prevalência de comportamentos de risco na amostra. Em termos práticos, os resultados deste estudo sugerem que muitos dos comportamentos que são adotados pelos jovens na adolescência podem ser o resultado de exposição prévia a trauma e consequente desenvolvimento de sintomatologia PTSD. A adoção de comportamentos de risco é uma forma adaptativa inicialmente para diminuir o sofrimento subjetivo que é provocado pela PTSD, mas com consequências negativas a longo prazo. Por conseguinte, os programas de intervenção desenhados para prevenir, ou diminuir, o desenvolvimento de comportamentos de risco na adolescência, devem contemplar a avaliação do trauma e PTSD, no sentido de identificar grupos de maior risco e determinar o tipo de intervenção a usar, se universal, seletiva e indicada, aumentando assim a eficácia da

intervenção. A nível remediativo, a intervenção nos comportamentos de risco deve focar-se na redução de sintomatologia de PTSD, nos casos em que esta foi detetada, e que poderá passar pelo aumento ou substituição de estratégias de *coping* positivas. Isto poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias e trajetórias de vida mais ajustadas e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (1999). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- Alonso, J., Girolamo, G., Graaf, R., Negre-pages, L., & Gasquet, I. (2008). Main Traumatic Events in Europe : PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455–462. Doi: 10.1002/jts.
- American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. *Artmed Editora*, 465-468.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. *Artmed Editora*, 325-335.
- Ben-Zur, H. (2002). Coping, affect and aging: The roles of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 32, 357-372
- Ben-Zur, H., & Debi, Z. (2005). Optimism, social comparisons and coping with vision loss in Israel. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 99, 151-164.
- Ben-Zur, H., & Zeidner, M. (2009). Threat to life and risk-taking behaviors: A review of empirical findings and explanatory models. *Personality and Social Psychology Review*, 13(2), 109-128.
- Bovin, M., Marx, B., Weathers, F., Gallagher, M., Rodriguez, P., Schnurr, P., & Keane, T. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379-1391. Doi: 10.1037/pas0000254
- Brener, N. D., Billy, J. O., & Grady, W. R. (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(6), 436-457.
- Brener, N., Billy, J., & 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(6), 436-457. Doi: 10.1016/S1054-139X(03)00052-1
- Breslau, N., Davis, G. C., Schultz, L. R., & Health, H. F. (2003). Posttraumatic Stress Disorder

- and the Incidence of Nicotine, Alcohol, and Other Drug Disorders in Persons Who Have Experienced Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 60(3), 289-294. Doi:10.1001/archpsyc.60.3.289
- Buka, S. L., Stichick, T. L., Birdthistle, I., & Earls, F. J. (2001). Youth exposure to violence: Prevalence, risks, and consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 298-310.
- Burnett, P. C., & Fanshawe, J. P. (1996). Measuring adolescent coping strategies: A revalidation of the adolescent coping orientation for problem experiences. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 13(2), 40-53. doi: 10.1017/S0816512200027504
- Burri, A., & Maercker, A. (2014). Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. *BMC Research Notes*, 7, 407.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- Chen, Y. S., Chen, M. C., Chou, F. H. C., Sun, F. C., Chen, P. C., Tsai, K. Y., & Chao, S. S. (2007). The relationship between quality of life and posttraumatic stress disorder or major depression for firefighters in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of life research*, 16(8), 1289-1297.
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 20(5), 447-455.
- Compas, B., Connor-smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A. & Wadsworth, M. (2001). Coping With Stress During Childhood and Adolescence : Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. Doi: 10.1037/0033-2909.127.1.87.
- Correia-Santos, P., Morgado, D., Jongenelen, I., Maia, A., & Pinto, R. (2018). *CPSS-V - The Child PTSD Symptom Scale V*. Manuscrito em submissão.
- Correia-Santos, P., Moragdo, D., Jongenelen, I., Maia, A., & Pinto, R. (2015b). *Lista de Acontecimentos de Vida para DSM-5*. Manuscrito em submissão.
- Dias, P. C., Rodriguez, J. A., & López-Sánchez, C. (2015). Adaptação da Escala de Estratégias de Coping na adolescência numa amostra Portuguesa. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1), 12-21. doi: 10.5935/1678-4669.20150003
- Dias, P., Castillo Rodriguez, J., & López-Sánchez, C. (2015). Adaptação da Escala de Estratégias de Coping na adolescência numa amostra Portuguesa. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1), 12-21. Doi: 10.5935/1678-4669.20150003.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Sionean, C., Brown, L. K., Rothbaum, B., & Davies, S. (2001). A prospective study of psychological distress and sexual risk behavior among black adolescent females. *Pediatrics*, 108(5), e85-e85.

- Dougall, A. L., Hayward, M. C., & Baum, A. (2005). Media exposure to bioterrorism: Stress and the Anthrax attacks. *Psychiatry*, 68, 28-42.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress. In Handbook of children's coping (pp. 41-70). *Springer*, Boston, MA.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., et al. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315-326.
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1476-1488.
- Farias Junior, J., & Lopes, A. (2008). Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 12(1), 7-12.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 652-672.
- Flores, E., Tschann, J., Dimas, J., Pasch, L., & de Groat, C., (2010). Perceived racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms, and health risk behaviors among Mexican American adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 264. Doi: 10.1037/a0020026
- Frans, O., Fredrikson, M., & Rimmö, O. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*, 291-299. Doi: 10.1111/j.1600 0447.2004.00463.x
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*. Guilford Press, 496-500.
- Gillihan, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2012). The Child PTSD Symptom Scale: psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. *Psychological assessment*, 25(1), 23-31. doi: 10.1037/a0029553
- Gupta, D., & Gupta, N. (2014). Risk of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in children living in foster care and institutionalised settings. *Institutionalised Children Explorations and Beyond*, 1(1), 45-56.
- Helgeson, V. S. (1999). Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment to heart disease after coronary angioplasty. *Health Psychology*, 18, 561-569.
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N., & Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 632-643.
- Johnson, B. K., & Kenkel, M. B. (1991). Stress, coping, and adjustment in female

- adolescent incest victims. *Child Abuse & Neglect*, 15(3), 293-305.
- José, P. E. (2013). *ModGraph-1: A Programme to Compute Cell Means for the Graphical Display of Moderational Analyses: The Internet Version, Version 3.0*. Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand. Retrieved [2018] from <https://psychology.victoria.ac.nz/modgraph>
- Kilpatrick, D., Resnick, H., Milanak, M., Miller, M., Keyes, K., & Friedman, M. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 537–547. Doi:10.1002/jts.
- Koss, M. P., & Dinero, T. E. (1989). Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(2), 242.
- Lawrence, J. W., & Fauerbach, J. A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 24(1), 63-72.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Coping and adaptation. The handbook of behavioral medicine*.
- Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J., & Bolton, J. (2010). The use of alcohol and drugs to self medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 27(8), 731-736. Doi: 10.1002/da.20677
- LeMaster, P. L., Connell, C. M., Mitchell, C. M., & Manson, S. M. (2002). Tobacco use among American Indian adolescents: Protective and risk factors. *Journal of Adolescent Health*, 30(6), 426-432.
- Lisboa, C., Koller, Ribas, F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L., & Marchi, R. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15 (2), 345-362.
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: an integrative model of adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology*, 74(3), 735.
- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 613-619. Doi: 10.1037/0735-7028.38.6.613
- McCubbin, H. I., Needle, R. H., & Wilson, M. (1985). Adolescent health risk behaviors: Family stress and adolescent coping as critical factors. *Family Relations*, 51-62.
- Perrin, M., Vandeleur, C., Castelao, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(3), 447-457.

- Pineles, S. L., Mostoufi, S. M., Ready, C. B., Street, A. E., Griffin, M. G., & Resick, P. A. (2011). Trauma reactivity, avoidant coping, and PTSD symptoms: A moderating relationship?. *Journal of abnormal psychology*, 120(1), 240.
- Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29(4), 431-438.
- Pinto, R., & Maia, A., (2015). Health Risk Behavior Checklist. *American Psychological Association*
- Rew, L., & Horner, S. D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of pediatric nursing*, 18(6), 379-388.
- Scarpa, A., Haden, S. C., & Hurley, J. (2006). Community violence victimization and symptoms of posttraumatic stress disorder: The moderating effects of coping and social support. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 446-469.
- Schiff, M. (2006). Living in the shadow of terrorism: Psychological distress and alcohol use among religious and non-religious adolescents in Jerusalem. *Social Sciences & Medicine*, 62, 2301-2312.
- Sinclair, B. B., & Gold, S. R. (1997). The psychological impact of withholding disclosure of child sexual abuse. *Violence and Victims*, 12(2), 137.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Solomon, Z., & Laufer, A. (2005). In the shadow of terror: Changes in world assumptions in Israeli youth. In Y. Danieli, D. Brom, & J. Sills (Eds.), *The trauma of terrorism: Sharing knowledge and shared care: An international handbook* (pp. 353-364). New York: Haworth Press.
- Stein, M. B., Hanna, C., Koverola, C., Torchia, M., & McClarty, B., (1997). Structural brain changes in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1), 76-82.
- Steiner, H., Erickson, S. J., Hernandez, N. L., & Pavelski, R. (2002). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of adolescent health*, 30(5).
- Turner, J. R., & Gellman, M. (2013). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov
- Wolfe, D., Francis, K., & Straatman, A. (2006). Child abuse in religiously-affiliated institutions : Long-term impact on men ' s mental health. *Child Abuse & Neglect*, 30 (2), 205–212. Doi: 10.1016/j.chiabu.2005.08.015
- Zeidner, M. (1995). Coping with examination stress: Resources, strategies, outcomes. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 279-298.
- Zeidner, M., & Endler, N. (Eds.). (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*

(Vol. 195). *John Wiley & Sons.*