



Diogo Carlos Morgado Pina

**A Perceção do Suporte Social na Relação entre a Exposição a
Acontecimentos Traumáticos e Sintomatologia de PPST em
Jovens em Risco.**

Trabalho realizado sob a orientação do
Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto
E da coorientação da
Professora Doutora Inês Jongenelen

Dezembro 2016



Diogo Carlos Morgado Pina

**A Perceção do Suporte Social na Relação entre a Exposição a
Acontecimentos Traumáticos e Sintomatologia de PPST em
Jovens em Risco.**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas
na Universidade Lusófona do Porto no dia 09/12/16,
perante o júri seguinte:

Presidente: Prof. Doutor Diogo Lamela

Arguente: Prof. Doutora Tânia Pires (Universidade do Minho)

Orientador: Prof. Doutor Ricardo Pinto

Dezembro 2016

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

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor Ricardo Pinto. Sem dúvida alguma, uma presença essencial para a concretização desta dissertação. Quero-lhe agradecer, sinceramente, por todo o seu auxílio, por toda a sua força e motivação e pela sua presença constante durante a realização desta dissertação. Todavia, quero-lhe agradecer, principalmente, por todos os conselhos e alertas que disponibilizou ao longo das várias etapas deste percurso. Um sincero obrigado!

De igual modo, quero agradecer à investigadora Patrícia Correia-Santos, pelo carinho, pela sua presença constante, pelo esclarecimento pronto das dúvidas e pelos conselhos disponibilizados ao longo do ano. Um muito obrigado!

Um agradecimento também à Professora Doutora Inês Jongenelen pela sua coorientação, sobretudo pelas condições que desenvolveu nesta instituição, que favoreceram a elaboração do presente trabalho, bem como de tantos outros.

Às minhas colegas de investigação, Sara Reis e Rita Monteiro, pelas idas às escolas profissionais e casas de acolhimento, pela partilha de emoções e experiências e, principalmente, pela ajuda mútua.

Quero também agradecer às entidades máximas das escolas profissionais e casas de acolhimento que, calorosamente, abriram as suas portas com o intuito que pudesse, não só apresentar o Projeto de Investigação aos potenciais jovens participantes como também pudesse recolher os dados de investigação, disponibilizando, assim, salas que iam de encontro às necessidades dos jovens (e.g., 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!

Por fim, quero agradecer, profundamente, todo o sacrifício, todo o empenho, toda a força e todo o suporte que os meus pais me forneceram ao longo da minha vida. Sem dúvida alguma, pessoas excecionais que trabalharam e sacrificaram-se durante toda a vida para terem um futuro melhor. Um modelo que quero, igualmente, interiorizar e seguir na minha vida.

Resumo

Poucos estudos avaliaram a percepção do suporte social na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST na população jovem, principalmente em amostras de risco. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção do suporte social na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST em jovens residentes em casas de acolhimento, e um grupo de comparação de jovens da comunidade, ambos com semelhanças ao nível socioeconómico. A novidade deste estudo prende-se com o tipo de amostra utilizada, uma vez que os poucos estudos que foram realizados utilizaram amostras da comunidade. Outra novidade foi a utilização de um inventário que avaliou o critério A, presença obrigatória no que respeita à avaliação de sintomas de PPST, bem como a utilização de um instrumento que teve por base os critérios para PPST de acordo com o DSM-V. **Método:** O estudo incluiu 183 jovens, dos quais 100 (54.7%) eram estudantes do ensino profissional e 83 (45.4%) eram residentes em casas de acolhimento, com idade compreendidas entre os 13 e os 17 anos ($M = 15.71$; $DP = 1.31$). Os instrumentos administrados foram: Questionário Sociodemográfico; Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V, *Child PTSD Symptom Scale – V* e a Escala de Satisfação com o Suporte Social para Crianças e Adolescentes. **Resultados:** O grupo de comparação relatou níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os jovens que residem em casas de acolhimento. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para ambas as subescalas relacionadas com o Suporte Social. A percepção do suporte social apresentou um efeito preditor negativo significativo na sintomatologia de PPST, todavia, o suporte social não foi uma variável moderadora na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST. **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 de estes jovens desenvolverem sintomatologia de PPST poderá passar por aumentar a percepção do suporte social, que se mostrou ser uma variável significativa e independente na relação com PPST.

Palavras-chave: acontecimentos traumáticos, percepção do suporte social, sintomatologia de PPST, jovens em risco, casas de acolhimento.

Abstract

Few studies have assessed the perception of social support on the relationship between traumatic events and PTSD symptoms in the youth population, especially in risk samples. **Objective:** The present study aimed to assess the perception of social support on the relationship between traumatic events and PTSD symptoms in risk (residential care) and community samples of adolescents, both with similarities in the socioeconomic status. The novelty of this study relates to the type of sample used, since the few studies that have been conducted have used community samples. Another novelty was the use of an inventory that assessed the criterion A, mandatory presence for the assessment of PTSD symptoms, as well as the use of an instrument that was based on the criteria for PTSD symptoms according to the DSM-V. **Method:** The study included 183 adolescents, of which 100 (54.7%) were students of vocational/professional education and 83 (45.4%) were adolescents living in residential care, aged between 13 and 17 years ($M = 15.71$; $DP = 1.31$). The instruments administered were: Sociodemographic Questionnaire; Life Events Checklist (LEC-5), Child PTSD Symptom Scale-V (CPSS-V) and the Scale of Satisfaction with Social Support for Children and Adolescents (ESSS-CA). **Results:** The comparison group reported higher levels of symptomatology of PTSD compared with youth in residential care. Statistically significant differences were found for both subscales relating to Social support. The perception of social support showed a significant negative predictor effect on symptoms of PTSD, however, social support was not a moderating variable in the relationship between traumatic events and symptomatology of PTSD. **Conclusions:** This study suggests that adolescents living in residential care, as well as adolescents living in the natural environment can be exposed to traumatic events. One of the measures that can reduce the likelihood of these adolescents developing PTSD symptoms can go through an increase of their perception of social support, which proved to be a significant independent variable in relation to PTSD.

Keywords: traumatic events, perception of social support, PTSD symptoms, adolescents at risk, residential care.

Índice

Introdução	7
Metodologia	16
Participantes.....	16
Instrumentos.....	16
Procedimentos.....	18
Análise de Dados.....	19
Resultados	20
Discussão	24
Bibliografia	29

Índice de tabelas

Tabela 1 – *Médias e Desvios-Padrão das Principais Medidas.*

Tabela 2 – *Médias, Desvios-Padrão e Correlações das Principais Medidas.*

Tabela 3 – *Análise de Regressão Múltipla testando o Efeito Preditor do Suporte Social.*

Tabela 4 – *Análise de Regressão Hierárquica testando o Efeito Moderador do Suporte Social.*

Lista de abreviaturas

ANCOVA – *Analysis of covariance*;

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*;

ESSS-CA – Escala de Satisfação com o Suporte Social para Crianças e Adolescentes;

LEC – 5 – *Life Events Checklist*;

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses;

PPST – Perturbação Pós-Stress Traumático;

SPSS – *Statistical Program for Social Sciences* – 22;

VD – Variável dependente;

VI – Variável independente.

Introdução

A exposição a acontecimentos traumáticos pode causar um sofrimento clinicamente significativo e prejudicar severamente o funcionamento global dos sujeitos (American Psychiatric Association, 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).

A Perturbação Pós-Stress Traumático é uma perturbação relacionada com o trauma e o stressor que pode surgir e desenvolver-se após um sujeito ter sido exposto a um ou mais acontecimentos de vida traumáticos (e.g., abuso físico, abuso sexual, desastres naturais, conflitos de guerra) (American Psychiatric Association, 2013). Os sintomas que normalmente estão presentes em sujeitos com PPST são: 1) lembranças intrusivas e angustiantes referentes ao trauma; 2) pesadelos; 3) “*flashbacks*” onde o sujeito percebe o acontecimento traumático como estando a ocorrer no presente e 4) reações fisiológicas intensas (e.g., hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada) a estímulos que se assemelham a algum aspeto do acontecimento traumático (American Psychiatric Association, 2013). Confirmado o diagnóstico de Perturbação Pós-Stress Traumático, a investigação tem demonstrado que a intervenção psicológica (e.g., Terapia da Exposição, Terapia Cognitivo Comportamental) pode ser eficaz para a diminuição da sintomatologia de PPST, contribuindo para um melhor funcionamento global dos sujeitos (Foa, 2006; Shubina, 2015).

Vários modelos teóricos foram formulados tendo como objetivo explicar o surgimento e o desenvolvimento de PPST em sujeitos que passaram por um acontecimento traumático (Brewin & Holmes, 2003). Este presente estudo não tem como objetivo fornecer uma descrição detalhada dos diferentes modelos teóricos explicativos de PPST, mas sim fornecer uma compreensão teórica de como estes sintomas surgem e progridem ao longo do tempo, segundo a metodologia cognitivo-comportamental.

Tendo como base a teoria do Condicionamento Clássico, Mowrer (1960, citado em Brewin & Holmes, 2003) desenvolveu a teoria dos dois fatores de aprendizagem do

medo e da ansiedade. Segundo Mowrer (1960, citado em Brewin & Holmes, 2003), antes do surgimento da sintomatologia de PPST, é necessário que um sujeito vivencie um acontecimento traumático (estímulo incondicionado) no qual lhe suscite uma resposta negativa intensa de medo e ansiedade (resposta incondicionada). É a partir da consolidação das suas respostas negativas incondicionadas com as memórias traumáticas que se irá dar origem à sintomatologia de PPST, já que as lembranças do trauma (estímulo condicionado) irão provocar no sujeito uma resposta condicionada de medo e ansiedade (Brewin & Holmes, 2003).

A Teoria do Processamento Emocional dá ênfase às crenças negativas rígidas (e.g., “*self* incompetente” e “mundo como local perigoso”) apresentadas pelos sujeitos após o acontecimento traumático (Foa et al., 1989; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998, citado em Brewin & Holmes, 2003). Segundo esta teoria, as crenças negativas rígidas podem se originar através de dois fatores: 1) o modo como os sujeitos percebem o seu *self* e o mundo antes do trauma e 2) a forma como avaliam o seu comportamento durante a ocorrência do acontecimento traumático. Na verdade, a crença num *self* extremamente competente ou num mundo excessivamente seguro pode se alterar após a ocorrência de um acontecimento traumático, já que o sujeito, ao avaliar negativamente o seu comportamento durante o momento do trauma, pode se perceber como um ser incompetente, interpretando o mundo como um local perigoso. Do mesmo modo, caso o sujeito já apresente crenças rígidas negativas sobre si mesmo ou sobre o mundo, o acontecimento traumático irá somente confirmar e reforçar essas mesmas crenças, agravando assim a sua sintomatologia de PPST (Foa et al., 1989; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Dalglish, 1999, citado em Brewin & Holmes, 2003).

Para além destes modelos teóricos, Ehlers e Clark (2000) apresentaram um modelo cognitivo que tinha como objetivo explicar a persistência de sintomatologia de PPST em sujeitos expostos a acontecimentos traumáticos. Segundo este modelo cognitivo, a sintomatologia de PPST surge a partir da forma como o sujeito processou o acontecimento traumático durante a sua ocorrência, criando, posteriormente, um sentimento de ameaça (Ehlers & Clark, 2000). Para explicar este sentimento de ameaça após o acontecimento traumático, o modelo cognitivo propõe dois conceitos-chave. Em primeiro lugar, este sentimento pode ser uma consequência das avaliações negativas disfuncionais apresentadas pelos sujeitos em relação ao acontecimento traumático. Em segundo lugar, este sentimento de ameaça pode ser uma consequência da associação da

memória do acontecimento traumático com outras memórias biográficas disfuncionais (caracterizadas por elaboração e contextualização pobre) apresentadas pelos sujeitos. Deste modo, após o acontecimento traumático, quando o sujeito sente-se ameaçado, este pode apresentar, conseqüentemente, sintomatologia de PPST (e.g., reexperiência do acontecimento traumático, pesadelos, aumento de respostas emocionais) (Ehlers & Clark, 2000). Além disso, face ao sentimento de ameaça, o sujeito pode realizar um conjunto de respostas cognitivas e comportamentais que têm como objetivo reduzir a percepção de ameaça a curto prazo. Todavia, estas respostas podem fomentar a manutenção desta perturbação a longo prazo (Ehlers & Clark, 2000). Como forma de intervenção, Ehlers e Clark (2000) propõem um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais de forma a modificar as avaliações negativas disfuncionais apresentadas pelos sujeitos e a natureza das suas memórias em relação ao trauma.

A maioria dos estudos com adultos tem demonstrado que a percepção do suporte social foi um preditor significativo na sintomatologia de PPST, após a exposição a acontecimentos traumáticos (Guay, Billette, & Marchand, 2006). Com o objetivo de avaliar fatores de risco relacionados com a sintomatologia de PPST, uma meta-análise com 77 estudos concluiu que níveis inferiores de suporte social foram preditores de níveis mais elevados de sintomatologia de PPST (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). De igual modo, outra meta-análise com 68 estudos apresentou um resultado semelhante, indicando que o suporte social foi um preditor significativo de sintomatologia de PPST (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Em concordância com os resultados destas duas meta-análises, um estudo indicou que o suporte social foi uma variável preditora não só no desenvolvimento como na manutenção da sintomatologia de PPST numa amostra de veteranos de Guerra (Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004). Concomitantemente, numa amostra de adultos expostos a violência criminal, a satisfação com o suporte social foi um preditor significativo da sintomatologia de PPST (Andrews, Brewin, & Rose, 2003). Em estudos recentes, níveis mais elevados de suporte social foram preditores de níveis inferiores de sintomatologia de PPST não só em homens e mulheres com história de maus tratos na infância (Evans, Steel, & DiLillo, 2013) como também em mulheres vítimas de violência doméstica (Woodward et al., 2013). Com base nos resultados apresentados, os autores concluíram que a percepção do suporte social pode ser um fator positivo na diminuição de sintomatologia de PPST na população adulta exposta a acontecimentos traumáticos (Brewin et al., 2000; Evans et al., 2013; Guay et al., 2006; Ozer et al., 2003;

Schnurr et al., 2004; Woodward et al., 2013). Todavia, nem todos os estudos apresentaram o mesmo resultado (Laffaye, Cavella, Drescher, & Rosen, 2008). Segundo Laffaye et al. (2008), a percepção do suporte social não foi um preditor significativo no curso de sintomatologia crônica de PPST numa amostra de 128 homens veteranos de guerra, concluindo que a percepção do suporte social pode não apresentar um efeito de causalidade no desenvolvimento de sintomatologia de PPST.

Apesar da literatura demonstrar que pode existir uma relação entre o suporte social e a sintomatologia de PPST após um acontecimento traumático na população adulta, só foi encontrado um estudo que procurou estudar o efeito moderador do suporte social (Evans et al., 2013). Apresentando uma amostra de mulheres com história de maus-tratos na infância (e.g., Abuso físico e emocional, negligência emocional), este estudou indicou que a percepção do suporte social pela família foi uma variável moderadora na relação entre a severidade dos maus-tratos na infância e sintomatologia de PPST. Assim, Evans et al. (2013) concluíram que a percepção do suporte social pode apresentar um efeito protetor em sujeitos adultos que apresentam sintomatologia de PPST, sendo necessário o reforço da percepção do suporte social quando estes sujeitos adultos, com história de maus-tratos na infância, encontram-se em intervenção psicológica.

Um dos resultados mais consistentes na literatura com amostra de população adulta foi que as mulheres relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os homens (Olff, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007). Na verdade, uma meta-análise foi realizada tendo como objetivo avaliar as diferenças de sexo em relação à sintomatologia de PPST após a exposição a acontecimentos traumáticos (Tollin & Foa, 2006). Esta meta-análise indicou que as mulheres apresentavam uma maior probabilidade de apresentarem sintomatologia de PPST comparativamente com os homens (Tollin & Foa, 2006). Outros estudos apresentaram o mesmo resultado, indicando que as mulheres relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os homens após a exposição a acontecimentos traumáticos, nomeadamente, abuso sexual na infância (Ullman & Filipas, 2005) abuso sexual na vida adulta (Starzynski, Ullman, Filipas, & Townsend, 2005) e exposição a combates de guerra (Ahern et al., 2004; Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Luxton, Skopp, & Maguen, 2010). Algumas covariáveis parecem explicar as diferenças de sexo ao nível da sintomatologia de PPST, tais como, o tipo de trauma (Olff et al., 2007), uma vez que as mulheres podem ser mais expostas ao abuso sexual na infância (Ullman & Filipas, 2005) e abuso sexual na vida adulta

(Starzynski et al., 2005; Ullman & Filipas, 2001), a idade com que vivenciaram o acontecimento traumático (e.g., abuso sexual na infância) e a presença de níveis inferiores de suporte social, sendo que estas podem estar relacionados com o relato de níveis mais elevados de sintomatologia de PPST por parte das mulheres (Olf et al., 2007; Starzynski et al., 2005; Ullman & Filipas, 2001; Ullman & Filipas, 2005).

Não é só a população adulta que pode ser exposta a acontecimentos traumáticos e desenvolver sintomatologia de PPST (Guay, Billette, & Marchand, 2006; Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007). Na verdade, alguns estudos indicaram que os acontecimentos traumáticos (e.g., Exposição a violência, Desastre natural) apresentaram um efeito preditor na sintomatologia de PPST na população jovem (Banks & Weems, 2014; Bokszczanin, 2007; Butcher, Galanek, Kretschmar, & Flannery, 2015; Salami, 2010; Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012). Uma população em risco que pode caracterizar esta realidade são os jovens residentes em casas de acolhimento. A literatura tem demonstrado que jovens que residem em casas de acolhimento experienciaram, na sua maioria, múltiplos acontecimentos traumáticos (e.g., experiências de abuso, violência, negligência), sendo que, quanto maior é o seu número, maior é a sintomatologia de PPST por estes apresentada (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Daigneault, 2011; Harr, Horn-Johnson, Williams, Jones, & Riley, 2013; Van Vugt, Lanctôt, Paquette, Collin-Vézina, & Lemieux, 2014). Consequentemente, esta população de risco tem uma maior probabilidade de apresentar mais perturbações mentais do que os jovens da comunidade (e.g., Depressão, PPST, Ansiedade, Dificuldades no controlo das emoções, Baixa autoestima) (Collin-Vézina et al., 2011; Harr et al., 2013; Jozefiak et al., 2016; Kolko et al., 2010; Schmid, Goldbeck, Nuetzel, & Fegert, 2008; Van Vugt et al., 2014) podendo culminar em níveis inferiores de ajustamento psicológico destes jovens em risco na vida adulta (Van Vugt et al., 2014).

O estudo da perceção do suporte social na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST não foi observado na literatura em amostras de jovens residentes em casas de acolhimento. Todavia, um estudo apresentou resultados referentes ao efeito do suporte social no ajustamento dos jovens às casas de acolhimento e outros contextos sociais. Segundo Martín e Dávila (2008), em termos de ajustamento nas casas de acolhimento, tanto o suporte social fornecido pela família como pelos pares não apresentou um efeito significativo nos jovens. Todavia, o suporte social fornecido pelos

adultos fora do contexto familiar pode ter apresentado um efeito positivo no ajustamento dos jovens, principalmente em contexto escolar e social.

Apesar do suporte social poder ser considerado um fator importante na saúde mental dos jovens após a exposição a um acontecimento traumático (e.g., terrorismo) (Davis & Siegel, 2000; Pine & Cohen, 2002) poucos estudos avaliaram o seu efeito preditor na sintomatologia de PPST (Trickey et al., 2012). Na verdade, uma meta-análise com 64 estudos indicou que somente 4 estudos com população jovem avaliaram o efeito preditor do suporte social na sintomatologia de PPST após um acontecimento traumático. Esta meta-análise indicou que o suporte social apresentou um efeito preditor negativo significativo na sintomatologia de PPST nos jovens após a exposição a acontecimentos traumáticos (Trickey et al., 2012). Estudos recentes realizados após esta meta-análise apresentaram o mesmo resultado, indicando que níveis mais elevados de suporte social foram preditores de níveis inferiores de sintomatologia de PPST após a exposição a um acontecimento traumático (e.g., terrorismo, tiroteio na escola, terramoto) por parte da população jovem (Cluver, Fincham, & Seedat, 2009; La Greca, Silverman, Lai, & Jaccard, 2010; Murtonen, Suomalainen, Haravuori, & Marttunen, 2012; Salami, 2010; Schiff, Pat-Horenczyk, & Peled, 2010; Xu & Yuan, 2014). Todavia, nem todos os estudos apontaram o mesmo resultado. De acordo com Oppedal e Idsoe (2015), o suporte social não apresentou um efeito preditor na sintomatologia de PPST numa amostra de jovens refugiados, após a exposição a um acontecimento traumático (e.g., Guerra). Apesar deste resultado contraditório apontado por Oppedal e Idsoe (2015), os investigadores concluem que o suporte social pode ser um fator positivo para a minimização da sintomatologia de PPST na população jovem (Cluver et al., 2009; Murtonen et al., 2012; Schiff et al., 2010; Xu & Yuan, 2014).

Na presença do efeito preditor do suporte social, alguns estudos com população jovem avaliaram o efeito moderador do suporte social na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST (La Greca et al., 2010; Salami, 2010; Xu & Yuan, 2014). Por exemplo, um estudo indicou que o suporte social apresentou um efeito moderador na relação entre exposição a violência e sintomatologia de PPST numa amostra de jovens da comunidade (Salami, 2010). De igual modo, o suporte social por parte dos pares foi uma variável moderadora na relação entre a exposição a um furacão e sintomatologia de PPST em jovens da comunidade (La Greca et al., 2010). Com base neste resultado, La Greca et al. (2010) e Salami (2010) concluíram que o suporte social pode

apresentar um efeito protetor na sintomatologia de PPST ao encorajar os jovens a utilizarem estratégias de *coping* ativas face à exposição a acontecimentos traumáticos. Todavia, um estudo não apresentou o mesmo resultado (Xu & Yuan, 2014). De acordo com Xu & Yuan (2014), o suporte social não foi uma variável moderadora na relação entre um acontecimento traumático e sintomatologia de PPST em jovens sobreviventes a um desastre natural (e.g., terramoto). No entanto, os investigadores concluem que este resultado revelou ser normativo tendo em conta o impacto do desastre natural na vida dos jovens (Xu & Yuan, 2014).

Como nos estudos com população adulta, o sexo feminino apresentou ser um preditor positivo de sintomatologia de PPST após a exposição a acontecimentos traumáticos em amostras jovens da comunidade (e.g., inundação, terramoto, terrorismo, Furacão) (Bokszczanin, 2007; Kronenberg et al., 2010; La Grega et al., 2010; Trickey et al., 2012; Xu & Yuan, 2014). Apesar deste resultado, o seu efeito foi estatisticamente baixo na maioria dos estudos levando os autores a concluir a possibilidade de existirem outros fatores explicativos deste possível fenómeno (e.g., tipo de trauma, idade) (Bokszczanin, 2007; Kronenberg et al., 2010; La Grega et al., 2010; Trickey et al., 2012; Xu & Yuan, 2014). Todavia, um estudo apresentou um resultado contraditório (Laufer & Solomon., 2008). Numa amostra de jovens israelitas expostos a ataques terroristas, um estudo indicou que as raparigas relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os rapazes. Todavia, o sexo feminino não foi uma variável preditora de sintomatologia de PPST. Na verdade, segundo Laufer e Solomon (2008), o sexo feminino apresentou um efeito indireto na sintomatologia de PPST, estando este associado a outra variável preditora de PPST (e.g., medo). Assim, Laufer e Solomon (2008) concluíram que as diferenças de sexo ao nível da sintomatologia de PPST podem não estar relacionadas com o suporte social, mas sim a diferenças em relação à perceção de medo face ao acontecimento traumático.

Em suma, a literatura tem vindo a demonstrar que o suporte social pode ter um papel importante na relação entre a exposição a acontecimentos traumáticos e o desenvolvimento de PPST em populações adultas (Guay et al., 2006). Apesar de alguns estudos apresentarem o mesmo resultado em populações jovens, a avaliação do suporte social na sintomatologia de PPST revela ainda ser escassa nesta população (Trickey et al., 2012). Para além disso, a maior parte destes estudos têm usado amostras da comunidade, após a exposição a acontecimentos traumáticos (e.g., desastres naturais) (Cluver et al.,

2009; La Greca et al., 2010; Murtonen et al., 2012; Salami, 2010; Schiff et al., 2010; Xu & Yuan, 2014) não se percebendo muito bem o papel que o suporte social pode exercer em jovens de risco, sobretudo ao nível da exposição crónica a acontecimentos traumáticos (e.g., abuso e negligência na infância). Uma vez que a adolescência é uma fase de desenvolvimento em que várias mudanças ocorrem no indivíduo, desde a nível biológico, psicológico ao social, podendo tornar este mais vulnerável ao desenvolvimento de perturbação (Carr, 2014), são necessários mais estudos que aprofundem o conhecimento do papel que a perceção do suporte social tem nestes jovens, na relação entre a exposição a acontecimentos traumáticos e o desenvolvimento de PPST. Assim, tendo em conta a literatura, este estudo teve como objetivos testar a relação entre a perceção do suporte social e a sintomatologia de PPST, averiguando se níveis mais elevados de perceção do suporte social são preditores de níveis inferiores de sintomatologia de PPST após a exposição a acontecimentos traumáticos em jovens em risco. Caso a perceção do suporte social apresente um efeito preditor na sintomatologia de PPST, este estudo tem como objetivo avaliar se a perceção do suporte social é uma variável moderadora na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST, controlando variáveis como sexo, idade, local de residência e grau de escolaridade em jovens em risco. Para além disso, tendo igualmente em conta a literatura, este estudo teve como objetivo averiguar se jovens que residem em casas de acolhimento relatam níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os jovens que residem no meio natural de vida. Por fim, este presente estudo teve como objetivo analisar se existem diferenças significativas entre as subescalas do suporte social ao nível da sintomatologia de PPST.

Por conseguinte, como forma de alcançar estes objetivos, este estudo incluiu a participação não só de jovens residentes no meio natural de vida como também de jovens residentes em casas de acolhimento, após a ocorrência de um ou mais acontecimentos traumáticos. A inclusão desta amostra de risco revela ser a grande novidade deste estudo, uma vez que a literatura tem estudado maioritariamente jovens da comunidade, após a exposição a acontecimentos traumáticos (e.g., Murtonen et al., 2012; Schiff et al., 2010; Xu & Yuan, 2014). Para além desta novidade, a inclusão de questionários que avaliam a sintomatologia de PPST tendo em conta os critérios do DSM-V revela ser outra grande novidade deste estudo, já que a maioria dos estudos observados utilizaram critérios do DSM-IV para a avaliação de sintomatologia de PPST nas suas amostras jovens (e.g., Bokszczanin, 2007; Cluver et al., 2009; Salami, 2010). Todavia, não é só a avaliação da

sintomatologia de PPST segunda o DSM-V que revela ser novidade neste estudo. Na verdade, é igualmente considerado o critério A segundo o DSM-V para a avaliação da presença de um ou mais acontecimentos traumáticos na amostra jovem em risco. Esta inclusão revela ser outra grande novidade deste estudo, já que a maioria dos estudos observados incluiu à priori um acontecimento traumático (e.g., terramoto, ataque terrorista) sendo somente necessário avaliar a presença de sintomatologia de PPST nos jovens (e.g., Murtonen et al., 2012; Schiff et al., 2010; Xu & Yuan, 2014).

Metodologia

Participantes

Foram contactados cerca de 300 jovens, todavia apenas 183 jovens mostraram-se disponíveis para participar no estudo. A amostra foi constituída por 183 participantes, 89 (48.6%) do sexo masculino e 94 (51.4%) do sexo feminino ($M_o = 1$). A idade média da amostra foi de 15.71, ou seja, 16 anos ($DP = 1.31$), sendo que a idade dos jovens variou entre os 13 e os 17 anos. Tendo em conta o local de recolha da amostra, 100 (54.7%) foram alunos do ensino profissional e 83 (45.4%) foram jovens que residem em casas de acolhimento. Dos 183 participantes, 85 (46.4%) dos jovens residem em casas de acolhimento, 63 (34.4%) residem com ambos os pais e 35 (19.1%) residem ou só com a mãe ou só com o pai. Em relação à escolaridade, a média foi de 8.96, ou seja, o 9º ano de escolaridade ($DP = 1.56$), sendo que esta variou entre o 5º ano e o 12º ano de escolaridade. Na presente amostra, 110 (60.8%) jovens foram sinalizados pela CPCJ, pelo Tribunal de Proteção de Menores ou pela Segurança Social, enquanto que 71 (39.2%) jovens não foram sinalizados. Em relação ao rendimento familiar, 17 (11.3%) jovens relataram um rendimento familiar inferior a 250 euros, 40 (26.7 %) relataram um rendimento familiar entre os 250 e 500 euros, 40 (26.7 %) relataram um rendimento familiar mais de 500 até 750 euros, 28 (18.7%) relataram um rendimento familiar mais de 750 até 1000 euros, 14 (9.3 %) relataram um rendimento familiar mais de 1000 até 1500 euros, 3 (2.0 %) relataram um rendimento familiar mais de 1500 até 2000 euros e 8 (5.3 %) relataram um rendimento familiar mais de 2000 euros.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico: constituído por questões de escolha múltipla que incluem dados de identificação (e.g., sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional) e informação familiar (e.g., número de agregado familiar, grau de escolaridade dos pais, rendimento mensal e mudanças de habitação). Além destas informações, é apresentado ao participante uma questão dicotómica adicional (“sim” e “não”) referente à sinalização pela Comissão de Proteção a Crianças e Jovens (CPCJ), Tribunal ou Segurança Social.

Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V (LEC-5) (*Life Events*)

Checklist; Weathers et al., 2013): é uma medida de autorrelato que tem como objetivo avaliar acontecimentos traumáticos na vida de um dado sujeito. Aos participantes é apresentado um conjunto de 16 itens que descrevem um determinado acontecimento traumático (e.g., terramoto, acidente de viação, abuso físico) potencialmente desencadeador de sintomatologia de PPST. Para além destes 16 itens, um item adicional é apresentado aos participantes onde estes podem assinalar outro acontecimento traumático que não foi retratado nos 16 itens precedentes.

Child PTSD Symptom Scale – V (CPSS-V; Gillihan, Aderka, Conklin, Capaldi, & Foa, 2012; Versão Portuguesa: Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015): é uma medida auxiliar no diagnóstico de PPST que tem como objetivo avaliar a severidade dos sintomas apresentados por crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos de idade, após um acontecimento traumático. Neste presente estudo foi utilizada a versão portuguesa da CPSS-V que inicia por convidar os participantes a descreverem o acontecimento de vida que mais os perturbou e quando foi a sua ocorrência. Após as suas descrições, este instrumento apresenta 20 afirmações correspondentes a sintomas de PPST segundo os critérios do DSM-V. Os participantes deverão assinalar quantas vezes o problema descrito os incomodou, no último mês, utilizando uma escala de *Likert* (“Nunca” – 0 até “6 ou mais vezes por semana/ quase sempre” – 4). Para além destes, é apresentado um grupo adicional de 7 itens que correspondem ao funcionamento diário da criança ou adolescente, e que estão classificados como ausentes (0) ou presentes (1). A pontuação total destes itens varia entre 0 e 7 valores, todavia, esta pontuação não contribui para a pontuação geral do instrumento que pode variar entre 0 e 51 valores. Esta escala de PPST não está ainda validada para a População Portuguesa, sendo que foi utilizada uma adaptação desta.

Escala de Satisfação com o Suporte Social para Crianças e Adolescentes (ESSS-CA; Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2009): é uma medida de autorrelato que avalia a satisfação com o suporte social em crianças e adolescentes. A versão original é constituída por 15 itens, todavia, este estudo utilizou a versão reduzida de 12 itens, sendo esta escala constituída por duas dimensões: a “Satisfação com o Suporte Social” e a “Necessidade de fazer atividades relacionadas com o Suporte Social”. Em cada item, o participante deverá assinalar o grau em que concorda com cada uma das afirmações, utilizando uma escala de *Likert* de cinco pontos (“Concordo Totalmente” até “Discordo Totalmente”). A pontuação total da escala pode variar entre os 12 e os 60 valores, sendo

que quanto maior for o valor apresentado, maior é a percepção do suporte social.

Procedimentos

A primeira fase do presente estudo baseou-se na elaboração de um pedido de autorização aos autores dos instrumentos usados, bem como à autorização dos autores da escala CPSS-V para uma possível adaptação para a população portuguesa. Desta forma, foi submetida uma primeira tradução da escala CPSS-V e, posteriormente, a sua retroversão foi enviada aos autores da escala original, sendo que a mesma obteve um feedback positivo.

Posteriormente, entrou-se em contacto com as Escolas Profissionais e Casas de Acolhimento, do distrito do Porto, via *e-mail* e telefone, de forma a perceber o seu interesse e disponibilidade em participar no projeto de investigação. Após as respostas de autorização das Escolas Profissionais e Casas de Acolhimento, entrou-se novamente em contacto com as mesmas, de forma a perceber o número de alunos disponíveis para participar e os professores/diretores/técnicos responsáveis para estabelecer uma data de recolha, de modo a não interferir com o funcionamento normal dos locais.

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 disponibilidade, 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.

Por fim, junto ao protocolo, encontrou-se anexada uma tira informativa para o participante, que continha o *e-mail* da equipa do projeto de investigação e o código representativo do mesmo protocolo. Assim, o jovem teria a possibilidade de enviar um *e-mail* para a equipa do projeto de investigação com o seu respetivo código, caso quisesse ter acesso aos resultados do seu protocolo, ou sentisse a necessidade de falar com os investigadores relativamente a alguma informação constante do protocolo.

Todos os procedimentos foram realizados de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de Outubro e Deliberação Nº 227/2007, bem como o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), especificamente o artigo 7.

Análise de Dados

Para a análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences* – 22) para o *Windows*, no qual foram realizadas análises descritivas e inferenciais. Foi utilizado o *t-test* para amostras independentes com a finalidade de comparar jovens que residem no meio natural de vida e jovens que residem em casas de acolhimento ao nível da sintomatologia de PPST. Posteriormente foi realizada uma análise de covariância (*ANCOVA*) para perceber se o efeito continuou a ser significativo após ajustar as covariáveis experiências traumáticas e perceção do suporte social. Foi levado a cabo uma *Manova* com o objetivo de identificar possíveis diferenças entre as subescalas do suporte social ao nível da sintomatologia de PPST. Tendo como objetivo testar o poder preditivo da perceção do suporte social em relação à sintomatologia de PPST foi utilizado, em primeiro lugar, uma correlação de *Pearson*, com o intuito de averiguar a possível relação entre a variável do Suporte Social e a variável da sintomatologia de PPST. Estando assegurada a bidirecionalidade entre estas duas variáveis, foi realizada uma análise de regressão múltipla com o propósito de testar o poder preditivo da perceção do suporte social em relação à sintomatologia de PPST, ajustando as covariáveis sociodemográficas. Por fim, controlado o efeito das médias das covariáveis das experiências de vida e do Suporte social, foi realizado uma análise de regressão hierárquica com a finalidade de testar o possível efeito moderador do Suporte Social em relação à VI (exposição a acontecimentos traumáticos) e a VD (sintomatologia de PPST segundo o DSM-V).

Resultados

Do total dos participantes ($n = 183$), 166 (91%) dos jovens foi exposto a pelo menos um acontecimento traumático (cumpru critério A). No que diz respeito à PPST, 48 (26.2%) jovens relataram sintomatologia de PPST e 135 (73.8%) não cumpriram critérios suficientes para corroborar tal sintomatologia. Em relação ao Suporte Social, verificou-se que o valor da média do suporte social apresentou estar mais próximo do valor máximo comparativamente com o valor mínimo, refletindo-se, assim, numa maior percepção de suporte social (tabela 1).

Tabela 1

Médias e Desvios-Padrão das Principais Medidas.

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Total Sintomatologia de PPST	20.45	22.66	0	73
Total Suporte Social	41.62	8.71	14.00	56.00

Foram encontradas diferenças entre jovens que residem no meio natural de vida e jovens que residem em casas de acolhimento ao nível da PPST, $t(175) = 2.68$, $p = .008$. Os jovens que residem no meio natural de vida apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST ($M = 24.54$, $DP = 24.00$) comparativamente com os jovens que residem em casas de acolhimento ($M = 15.66$, $DP = 20.12$). No entanto, após ajustadas as covariáveis percepção do suporte social e acontecimentos traumáticos, deixaram de existir diferenças entre estes dois grupos, $F(2,173) = 2.39$, $p = .10$. As covariáveis acontecimentos traumáticos, $F(1,173) = 34.85$, $p < .001$, e percepção do suporte social, $F(1,173) = 16.99$, $p < .001$, foram significativas.

A *Manova*, levada a cabo com o objetivo de identificar possíveis diferenças entre as subescalas do suporte social ao nível da sintomatologia de PPST, revelou a existência de diferenças, ($Pillai\text{'Trace} = .101$, $F(2,175) = 98.59$, $p < .001$, *partial eta squared* ($hp2$) = .101). Estas diferenças foram verificadas tanto para a subescala da Satisfação com o Suporte Social ($F(1,176) = 16.37$, $p < .001$) como para a subescala da Necessidade de fazer atividades relacionadas com o Suporte Social ($F(1,176) = 7.45$, $p = .007$). Os jovens que não reuniram critérios para sintomatologia de PPST revelaram níveis mais elevados de Satisfação com o Suporte Social ($M = 28.56$, $DP = 5.69$) e níveis mais elevados de Necessidade de fazer atividades relacionadas com o Suporte Social ($M = 28.56$, $DP = 5.69$).

comparativamente com os jovens que reuniram os critérios para sintomatologia de PPST ($M = 24.39$, $DP = 6.90$; $M = 24.39$, $DP = 6.90$, respetivamente).

Houve uma correlação negativa significativa entre a Sintomatologia de PPST e as duas subescalas de Suporte Social (tabela 2).

Tabela 2

Médias, Desvios-Padrão e Correlações das Principais Medidas.

Variável	1	2	3	4
1. PPST	-			
2. Satisfação com o Suporte Social	-.33**	-		
3. Atividades relacionadas com Suporte Social	-.26**	.27**	-	
4. Score Total do Suporte Social	-.37**	.86**	.72**	-

Nota. 3 = Necessidade de fazer atividades relacionadas com o Suporte Social.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, two-tailed.

Os resultados da análise de regressão indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 20% da variância, $R^2 = .20$, $F(5,166) = 8.033$, $p < .001$. O sexo, $\beta = .20$, $t = 2.6$, $p = .01$, 95% CI [2.11, 16.09] e o Suporte Social, $\beta = -.35$, $t = -4.88$, $p < .001$, 95% CI [-1.27, -0.54] foram preditores de sintomatologia de PPST. O sexo foi um preditor positivo e o suporte social foi um preditor negativo. Assim, o sexo feminino está associado a níveis mais elevados de sintomatologia de PPST e níveis mais elevados de perceção do suporte social estão associados a níveis inferiores de PPST (tabela 3).

Tabela 3

Análise de Regressão Múltipla testando o Efeito Preditor do Suporte Social.

Modelo	B	β	t
Bloco 1: $R^2 = .08^*$			
Idade	0.28	.02	0.16
Sexo	12.39	.27	3.34**
Grau de Escolaridade	-0.91	-.06	-0.55

Casa de Acolhimento vs Comunidade	-0.81	-.05	-.51
Bloco 2: $R^2 = .20^{***}$; $\Delta R^2 = .17^{***}$			
Constante	57.31		2.43
Idade	0.52	.03	0.31
Sexo	9.10	.20	2.57*
Grau de Escolaridade	-1.08	-.07	-.69
Casa de Acolhimento vs Comunidade	-1.58	-.10	-1.05
Suporte Social	-0.90	-.35	-4.88***

Nota. Suporte Social – ESSS-CA (Gaspar et al., 2009).

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$, two-tailed.

Os resultados da análise de regressão hierárquica indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 35% da variância, $R^2 = .35$, $F(7,161) = 12.32$, $p < .001$. Após ajustadas as variáveis sociodemográficas, o sexo, $\beta = .18$, $t = 2.6$, $p = .01$, 95% CI [1.9, 14.7], o Suporte Social, $\beta = -.22$, $t = -3.3$, $p < .001$, 95% CI [-1.93, -.23] e acontecimentos traumáticos, $\beta = .40$, $t = 5.8$, $p < .001$, 95% CI [1.5, 3.1] foram preditores significativos de sintomatologia de PPST. No entanto, o efeito moderador do suporte social na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST não foi um preditor significativo, $\beta = -.08$, $t = -1.3$, $p = .21$, 95% CI [-0.15, 0.3] (tabela 4).

Tabela 4

Análise de Regressão Hierárquica testando o Efeito Moderador do Suporte Social.

Modelo	B	β	t
Bloco 1: $R^2 = .08^{**}$			
Idade	0.28	.02	0.16
Sexo	12.39	.27	3.31**
Grau de Escolaridade	-0.91	-.06	-0.55
Casa de Acolhimento vs Comunidade	-0.81	-.05	-0.50
Bloco 2: $R^2 = .34^{***}$; $\Delta R^2 = .32^{***}$			
Constante	38.57		1.87
Idade	-0.59	-.03	-0.38

Sexo	8.28	.18	2.56*
Grau de Escolaridade	-1.19	-.08	-0.84
Casa de Acolhimento vs Comunidade	-1.54	-.09	-1.12
Suporte Social Média Centrada	-0.57	-.22	-3.20**
LEC Média Centrada	2.38	.41	6.03***
Bloco 3: $R^2 = .35^{***}$; $\Delta R^2 = .32^{***}$			
Constante	39.12		1.90
Idade	-0.50	-.03	-0.33
Sexo	8.28	.18	2.56*
Grau de Escolaridade	-1.46	-.10	-1.02
Casa de Acolhimento vs Comunidade	-1.64	-.10	-1.19
Suporte Social Média Centrada	-0.58	-.22	-3.26**
LEC Média Centrada	2.30	.40	5.75***
Efeito Moderador	-0.06	-.08	-1.25

Nota. Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V (LEC-5) (Weathers et al., 2013).

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

Discussão

A percepção do suporte social pode ser um fator importante na saúde mental dos jovens após a experiência de um acontecimento traumático (Davis & Siegel, 2000; Pine & Cohen, 2002). Todavia, poucos estudos avaliaram a percepção do suporte social na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST (Trickey et al., 2012), principalmente em amostras com jovens residentes em casas de acolhimento. Este presente estudo foi realizado tendo como objetivo contornar essa limitação.

Relativamente à primeira hipótese, foram encontradas diferenças entre jovens que residem em casas de acolhimento e jovens que residem no meio natural de vida ao nível da sintomatologia de PPST. Todavia, a hipótese deste estudo não foi confirmada. Na verdade, os jovens que residem no meio natural de vida relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os jovens que residem em casas de acolhimento, contrariamente ao esperado. Este resultado não é consistente com estudos anteriores que indicaram que os jovens que residem em casas de acolhimento relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com jovens que residem no meio natural de vida (e.g., Kolko et al., 2010; Collin-Vézina et al., 2011; Harr et al., 2013). Uma explicação plausível para este resultado prende-se com o facto de os jovens que residem no meio natural de vida serem uma possível amostra de risco, na medida em que a recolha dos dados nesta amostra foi realizada em escolas profissionais, que são constituídas, maioritariamente, com jovens que não tiveram sucesso escolar no ensino regular, sendo que este insucesso pode estar relacionado com abuso de substâncias e problemas cognitivos, emocionais e comportamentais (Kokko, Tremblay, Lacourse, & Vitaro, 2006; Townsend, Flisher, & King, 2007). De facto, um estudo, realizado com a amostra deste estudo, verificou que estes jovens da comunidade relataram uma média de 3 experiências adversas na infância, comparativamente a uma média de 4 do grupo de jovens das casas de acolhimento (Reis, Morgado, Monteiro, Pinto, & Jongenelen, 2016). Este estudo concluiu que, enquanto que os jovens que residem em casas de acolhimento foram alvo de algum tipo de medida de prevenção e proteção das Comissões de Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ), entre outras entidades, os jovens da comunidade não relataram terem sido sinalizados pelas CPCJ, pelo que o impacto dos acontecimentos traumáticos poderá ter sido mais elevado ou exacerbado (Reis et al., 2016). No entanto, apesar da existência de diferenças entre jovens que residem em casas de acolhimento e jovens que residem no meio natural de vida, após controlado o efeito do suporte social e dos

acontecimentos traumáticos, estas diferenças deixaram de existir, o que pode indicar que as diferenças, provavelmente, não se devem ao local de residência dos jovens, mas também às diferenças no número de acontecimentos traumáticos e de percepção do suporte social (Collin-Vézina et al., 2011; Harr et al., 2013; Van Vugt et al., 2014). Futuras investigações poderão avaliar possíveis covariáveis que expliquem as diferenças entre jovens que residem no meio natural de vida e jovens que residem em casas de acolhimento ao nível da sintomatologia de PPST.

Relativamente à segunda hipótese, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tanto para a subescala da Satisfação com o Suporte Social como para a subescala da Necessidade de fazer atividades relacionadas com o Suporte Social. Com base neste resultado, ambas as subescalas podem contribuir para a avaliação do suporte social na sintomatologia de PPST em jovens que foram expostos a acontecimentos traumáticos. Na verdade, apesar de a maior parte dos jovens nesta amostra terem sido expostos a pelo menos um acontecimento traumático, os que não reuniram critérios de sintomatologia de PPST apresentaram níveis mais elevados de percepção do suporte social comparativamente com os jovens que apresentaram sintomatologia de PPST, sendo este resultado consistente com estudos anteriores (e.g., Murtonen et al., 2012; Shiff et al., 2010; Xu & Yuan, 2014).

Relativamente à terceira hipótese, a percepção do suporte social apresentou um efeito preditor negativo na sintomatologia de PPST, isto é, níveis mais elevados de percepção do suporte social foram preditores de níveis inferiores de sintomatologia de PPST, após a exposição a acontecimentos traumáticos. Este resultado é consistente com estudos anteriores que indicaram que níveis mais elevados de suporte social foram preditores de níveis inferiores de sintomatologia de PPST após a exposição a acontecimentos traumáticos (e.g., terrorismo, tiroteio na escola, terramoto) por parte da população jovem da comunidade (e.g., Murtonen et al., 2012; Shiff et al., 2010; Xu & Yuan, 2014). Com base neste resultado, a percepção do suporte social pode ser um fator protetor para a minimização da sintomatologia de PPST na população jovem (e.g., Murtonen et al., 2012; Schiff et al., 2010; Xu & Yuan, 2014).

Através da análise do modelo de regressão, o sexo feminino também foi um preditor positivo de sintomatologia de PPST. Este resultado é consistente com estudos anteriores que indicaram que as raparigas relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os rapazes após um acontecimento traumático (e.g., terramoto, inundação, furacão) (e.g., La Greca et al., 2010; Trickey et al., 2012; Xu &

Yuan, 2014), especificamente na população adulta (e.g., Ullman & Filipas, 2001; Starzynski et al., 2005) e população jovem (e.g., La Greca et al., 2010, Xu & Yuan, 2014). Embora não seja possível estabelecer conclusões seguras em relação a estas diferenças de sexo, na medida em que podem existir diversos fatores que podem explicar este possível fenómeno (e.g., tipo de trauma, idade, baixo suporte social) (e.g., La Greca et al., 2010; Olf et al., 2007; Starzynski et al., 2005; Ullman & Filipas, 2001), este estudo encontrou diferenças de sexo, mesmo após ter controlado o efeito das variáveis sociodemográficas, suporte social e experiências traumáticas.

Por fim, este estudo apresentou, igualmente, os acontecimentos traumáticos como sendo uma variável preditora significativa de sintomatologia de PPST. Este resultado é consistente com estudos anteriores que apontaram que os acontecimentos traumáticos apresentaram um efeito preditor na sintomatologia de PPST na população jovem (e.g., Butcher et al., 2015; Trickey et al., 2012). Este resultado vai de encontro com os critérios estabelecidos pelo DSM-V, na medida em que valida o critério A com os critérios subsequentes de sintomatologia de PPST (American Psychiatric Association, 2013).

Relativamente à quarta hipótese, na presença do efeito preditor da perceção do suporte social na sintomatologia de PPST, a nível estatístico foi esperado que a perceção do suporte social fosse uma variável moderadora na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST. Todavia, esta hipótese não foi confirmada. Apesar deste resultado não ter sido consistente com alguns estudos com amostras jovens da comunidade (La Greca et al., 2010; Salami, 2010), um estudo apresentou um resultado semelhante, indicando que o suporte social não foi uma variável moderadora na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST em jovens sobreviventes a um desastre natural (e.g., terramoto) (Xu & Yuan, 2014). 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 aproximou-se mais do valor máximo da perceção do suporte social, ou seja, a maior parte dos jovens relataram níveis mais elevados de suporte social. Esta ausência de normalidade de distribuição impede, assim, que se obtenham *clusters* de baixo, moderado e elevado suporte social, essenciais para se obter um efeito moderador significativo. Ou seja, embora do ponto de vista conceptual, faça sentido a obtenção de um efeito moderador, os resultados desta amostra não permitiram, do ponto de vista estatístico, confirmar esse efeito. Futuros estudos poderão focar-se nas funções do suporte social, avaliando não só o seu possível efeito preditor como também o seu efeito

moderador em jovens em risco, com especial atenção ao tipo de amostra e distribuição dos dados.

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação e conclusão dos resultados. Em primeiro lugar, este estudo baseou-se num desenho de investigação transversal. Embora a variável independente (VI) tenha sido avaliada de forma retrospectiva, este desenho tem limitações ao nível da relação causa efeito entre as variáveis que foram avaliadas num corte transversal. Por conseguinte, deve-se ter alguma cautela na interpretação dos resultados, relativamente à relação causal e linear entre variável independente (VI) e variável dependente (VD), pois, não havendo uma avaliação longitudinal, várias outras variáveis, ou acontecimentos, poderão também ter tido um efeito na variável dependente, no qual não foi possível controlar. Sugere-se assim que as conclusões deste estudo sejam replicadas no futuro com *designs* longitudinais. Este estudo longitudinal permitirá, igualmente, perceber as mudanças relativamente à sintomatologia de PPST ao longo do tempo, após exposição a acontecimentos traumáticas, sendo possível identificar a trajetória de adaptação ou vulnerabilidade (LeardMann, Smith, & Ryan, 2010; Stovall-McClough & Cloitre, 2006; Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007). Ainda na interpretação dos resultados, outra limitação é o facto de que a escala de PPST não está ainda validada para a População Portuguesa, tendo sido utilizada uma adaptação. Uma outra limitação é o facto de a amostra não ser representativa da população de jovens residentes em casas de acolhimento e da comunidade, pelo que não é possível generalizar os resultados.

Apesar destas limitações, como não foram observados estudos que avaliaram a perceção do suporte social na relação entre acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PPST com amostras de jovens residentes em casas de acolhimento, o presente estudo apresenta contribuições significativas para a literatura, na medida em que aprofunda o conhecimento e a compreensão em relação ao possível efeito positivo da perceção do suporte social na sintomatologia de PPST nos jovens em risco. Na verdade, comparativamente com o local de residência, tanto a perceção do suporte social como o número de acontecimentos traumáticos podem ser fatores explicativos nas diferenças existentes entre jovens que residem no meio natural de vida e jovens que residem em casas de acolhimento ao nível da presença e severidade de sintomatologia de PPST. Com base nos resultados apresentados por este estudo, pode ser necessário implementar medidas interventivas com o objetivo de aumentar a perceção do suporte social nos jovens em risco

após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos, podendo assim contribuir para a diminuição da sintomatologia de PPST.

Bibliografia

- Ahern, J., Galea, S., Fernandez, W. G., Koci, B., Waldman, R., & Vlahov, D. (2004). Gender, social support, and posttraumatic stress in postwar Kosovo. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 762-770.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 421-427.
- Banks, D. M., & Weems, C. F. (2014). Family and peer social support and their links to psychological distress among hurricane-exposed minority youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 341.
- Bokszczanin, A. (2007). PTSD symptoms in children and adolescents 28 months after a flood: Age and gender differences. *Journal of traumatic stress*, 20(3), 347-351.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 23(3), 339-376.
- Butcher, F., Galanek, J. D., Kretschmar, J. M., & Flannery, D. J. (2015). The impact of neighborhood disorganization on neighborhood exposure to violence, trauma symptoms, and social relationships among at-risk youth. *Social Science & Medicine*, 146, 300-306.
- Carr, A. (2014). Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual. Braga: *Psiquibrios Edições*.
- Cluver, L., Fincham, D. S., & Seedat, S. (2009). Posttraumatic stress in AIDS-orphaned children exposed to high levels of trauma: The protective role of perceived social support. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 106-112.
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, L. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589.
- Davis, L. & Siegel, L. J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(3), 135-154.

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- 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*.
- Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role?. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 934-943.
- Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (Suppl 2), 40-45.
- Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., Matos, M. G., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Psychometric properties of a brief version of the Escala de Satisfação com o Suporte Social for Children and Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(01), 360-372.
- 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.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338.
- Harr, C. R., Horn-Johnson, T. C., Williams, N. J., Jones, M., & Riley, K. (2013). Personal trauma and risk behaviors among youth entering residential treatment. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 30(5), 383-398.
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33-47.
- Kokko, K., Tremblay, R. E., Lacourse, E., Nagin, D. S., & Vitaro, F. (2006). Trajectories of prosocial behavior and physical aggression in middle childhood: Links to adolescent school dropout and physical violence. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 403-428.
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B. J. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child

- welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment*, 15(1), 48-63.
- Kronenberg, M. E., Hansel, T. C., Brennan, A. M., Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., & Lawrason, B. (2010). Children of Katrina: Lessons learned about postdisaster symptoms and recovery patterns. *Child Development*, 81(4), 1241-1259.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., Lai, B., & Jaccard, J. (2010). Hurricane-related exposure experiences and stressor, other life events, and social support: Concurrent and prospective impact on children's persistent posttraumatic stress symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 794-805.
- Laffaye, C., Cavella, S., Drescher, K., & Rosen, C. (2008). Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 394.
- Laufer, A., & Solomon, Z. (2008). Gender differences in PTSD in Israeli youth exposed to terror attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), 369-389.
- LeardMann, C. A., Smith, B., & Ryan, M. A. (2010). Do adverse childhood experiences increase the risk of postdeployment posttraumatic stress disorder in US marines?. *BMC Public Health*, 10(1), 1.
- Luxton, D. D., Skopp, N. A., & Maguen, S. (2010). Gender differences in depression and PTSD symptoms following combat exposure. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1027-1033.
- Martín, E., & Dávila, L. M. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*, 20(2), 229-235.
- Murtonen, K., Suomalainen, L., Haravuori, H., & Marttunen, M. (2012). Adolescents' experiences of psychosocial support after traumatization in a school shooting. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(1), 23-30.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183.
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2), 203-211.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of PTSD: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1).

- Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Reis, S., Morgado, D., Monteiro, R., Pinto R., & Jongenelen, I. (2016). The relationship between childhood adversity and Post-traumatic stress disorder in adolescents at risk. Manuscript in preparation.
- Salami, S. O. (2010). Moderating effects of resilience, self-esteem and social support on adolescents` reactions to violence. *Asian Social Science*, 6(12), 101.
- Schiff, M., Pat-Horenczyk, R., & Peled, O. (2010). The role of social support for Israeli adolescents continually exposed to terrorism: Protective or compensatory factors?. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(2), 95-108.
- Shubina, I. (2015). Cognitive-behavioral therapy of patients with PTSD: literature review. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 208-216.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 1.
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 85-95
- Starzynski, L. L., Ullman, S. E., Filipas, H. H., & Townsend, S. M. (2005). Correlates of women`s sexual assault disclosure to informal and formal support sources. *Violence and Victims*, 20(4), 417-432.
- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G., & McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*, 27(04), 951-959.
- Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 219.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959.
- Townsend, L., Flisher, A. J., & King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 295-317.

- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122-138.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of traumatic stress*, 14(2), 369-389.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 767-782.
- Van Vugt, E., Lanctôt, N., Paquette, G., Collin-Vézina, D., & Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 114-122.
- Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 71-84.
- Woodward, M. J., Patton, S. C., Olsen, S. A., Jones, J. M., Reich, C. M., Blackwell, N., & Beck, J. G. (2013). How do attachment style and social support contribute to women's psychopathology following intimate partner violence? Examining clinician ratings versus self-report. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 312-320.
- 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*.
- Xu, K., & Yuan, P. (2014). Effects of three sources of social support on survivor's posttraumatic stress after the Wenchuan earthquake. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 229-243.