



Ana Rita Ferreira de Freitas

**Efeito moderador do Suporte Social na relação entre
Experiências Adversas na Infância e Sintomatologia
de PTSD: estudo longitudinal**

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

novembro 2018



Ana Rita Ferreira de Freitas

**Efeito moderador do Suporte Social na relação entre
Experiências Adversas na Infância e Sintomatologia
de PTSD: estudo longitudinal**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia
27/11/2018, perante o júri seguinte:

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

Arguente: Professora Doutora Célia Isabel Lima Ferreira

Orientador: Ricardo Jorge Martins Pinto

novembro, 2018

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

Agradecimentos

No término do meu percurso académico, não podia deixar de agradecer profundamente por toda a ajuda e incentivo que recebi desde que ingressei no ensino superior.

Aos meus pais pelo amor e dedicação e por tornarem os meus sonhos, nossos.

Aos colegas de turma e aos docentes que pelo seu profissionalismo fazem com que a Universidade Lusófona do Porto seja, cada vez mais, uma referência no ensino.

Ao meu Orientador, Professor Doutor Ricardo Pinto pela disponibilidade total que sempre demonstrou, pela partilha de conhecimento e pela preocupação constante;

Ao meu namorado e às minhas amigas pela paciência, tolerância e apoio incondicional.

Agradeço a Deus pelas conquistas até ao momento e peço-lhe que me dê sabedoria para conquistar muito mais.

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo avaliar a relação entre adversidade na infância, suporte social e Perturbação Stress Pós-Traumático (PTSD) em jovens com história de adversidade e trauma. A novidade do estudo prendeu-se com o facto de ser um estudo longitudinal com adolescentes expostos à adversidade e trauma, bem como a utilização de um instrumento de avaliação de sintomatologia de PTSD com base no atual DSM-V e uma escala de avaliação de experiências traumáticas (LEC-5) para avaliação do critério (A) de PTSD. **Método:** O estudo incluiu 151 jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos ($M = 15,99$; $DP = 1,25$), dos quais 68 (45%) eram do sexo masculino e 83 (55%) do sexo feminino, avaliados em dois momentos temporais distintos, com um período de intervalo, em média, de 6 meses. **Resultados:** Os principais resultados obtidos revelaram que níveis mais elevados de adversidade na infância foram preditores de níveis mais elevados de sintomatologia de PTSD. No entanto, o suporte social não foi preditor de sintomatologia de PTSD, num modelo em que foram ajustadas variáveis sociodemográficas e adversidade na infância. O efeito moderador do suporte social também não se verificou. **Conclusões:** este estudo sugere que as intervenções, que tenham como objetivo diminuir o impacto do trauma em jovens (sintomas de PTSD), devem incluir a avaliação de adversidade, uma vez que esta parece ter uma relação direta com PTSD. Ou seja, não parece fazer sentido desenvolver programas de intervenção apenas focados no aumento do suporte social em jovens expostos ao trauma, sem considerar a avaliação da sua história de adversidade. Parece ser fundamental avaliar e intervir na mudança de potenciais esquemas cognitivos desadaptativos que se desenvolvem em consequência da exposição à adversidade, e que o trauma posterior só os vem confirmar, impedindo que o suporte social tenha um efeito protetor conforme seria esperado.

Palavras-Chave: Perturbação Stress Pós-Traumático (PPST), Experiências Adversas na Infância, Suporte Social.

Abstract

The present dissertation aimed to evaluate the relationship between childhood adversities, social support and posttraumatic stress disorder (PTSD) in young people with a history of adversity and trauma. The novelty of the study was the longitudinal study design with adolescents exposed to adversity and trauma, as well as the use of a PTSD symptom assessment tool based on the current DSM-V, and the assessment of several traumatic experiences to meet the criterion A for the evaluation of the PTSD. **Method:** The study included 151 adolescents assessed at two distinct moments in time, with an average 6 months interval, aged from 13 to 18 ($M = 15.99$, $SD = 1.25$), of whom 68 (45%) were males and 83 (55%) were female. **Results:** The main results have showed that higher levels of childhood adversity were predictors of higher levels of PTSD symptoms. However, social support was not a predictor of PTSD symptoms, in a model in which socio-demographic variables and childhood adversity were adjusted. Additionally, the moderating effect of social support did not occur. **Conclusions:** This study suggests that interventions, which intent to reduce the impact of trauma on young people (PTSD symptoms), should include the assessment of adversity, since this seems to have a direct relationship with PTSD. Therefore, it does not seem to make sense to develop intervention programs focused only on increasing social support in young people exposed to trauma, without considering the evaluation of their history of adversity. It seems to be fundamental to evaluate and intervene in the change of potential maladaptive cognitive schemas as consequence of adversity exposure, and which subsequent trauma only confirmed them, preventing social support from having a protective effect as expected.

Key-words: Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Child Adversity Experiences, Social Support.

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Efeito moderador do Suporte Social na relação entre Experiências Adversas na Infância e Sintomatologia de PTSD: estudo longitudinal	
Perturbação Stress Pós-Traumático e Modelos conceptuais	10
Adversidade na Infância	12
Suporte Social	14
Novidades e objetivos do estudo	15
Metodologia	
Participantes	16
Instrumentos	17
Procedimentos	19
Análise de Dados	20
Resultados	21
Discussão	25
Referências Bibliográficas	30

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 – <i>Médias e Desvios-Padrão das Principais Medidas</i>	21
Tabela 2 – <i>Frequência das Experiências Adversas na Infância</i>	22
Tabela 3 – <i>Correlação entre as Variáveis do Estudo</i>	23
Tabela 4 – <i>Análises de Regressão para Testar o Efeito Moderador do Suporte Social tendo como Preditor a Adversidade na Infância e Preditada a PTSD</i>	23
Figura 1 – <i>Diagrama do Recrutamento e Seleção dos Participantes</i>	17

Lista de Abreviaturas

ACE - *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire*

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

PTSD – Perturbação Stress Pós-Traumático

SPSS – *Statistical Program for Social Sciences* – 22

VD – Variável dependente

VI – Variável independente

Efeito moderador do Suporte Social na relação entre Experiências Adversas na Infância e Sintomatologia de PTSD: estudo longitudinal

Perturbação Stress Pós-Traumático e Modelos conceptuais

A perturbação de stress pós-traumático (PTSD) é uma perturbação psiquiátrica da qual alguns indivíduos padecem numa fase posterior à exposição de um acontecimento traumático (pelo menos um mês após o acontecimento), perturbador ou extremamente ameaçador e assustador. Tendencialmente, estes acontecimentos estão associados a uma situação real ou a uma ameaça que o indivíduo avalia como potencialmente nociva ou até mesmo causadora de morte (American Psychiatric Association, 2013).

Os principais sintomas de PTSD são lembranças intrusivas e angustiantes referentes ao trauma; pesadelos; “*flashbacks*” onde o sujeito perceciona o acontecimento traumático como estando a ocorrer no presente e reações fisiológicas intensas (e.g., hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, aumento do batimento cardíaco, respiração superficial e tensão muscular). Estes sintomas surgem face a estímulos com características semelhantes à exposição do acontecimento traumático (American Psychiatric Association, 2013). Assim, diversos estímulos serão percecionados pelo indivíduo como ameaçadores e farão com que este entre num estado intenso de medo, evitamento, abandono, horror e ansiedade (Stein & Hollander, 2002).

Diversos modelos teóricos têm sido constituídos com o objetivo de explicar o surgimento e desenvolvimento da sintomatologia de PTSD. Segundo a Teoria dos Dois Fatores (Brewin & Holmes, 2003), o desenvolvimento de PTSD ocorre através de um processo de condicionamento clássico, ou seja, um sujeito experiencia um determinado acontecimento traumático (Estímulo Incondicionado (EI) que provoca uma resposta intensa de medo e ansiedade (Resposta Incondicionada (RI)) e desta relação de causa-efeito, surgem as memórias traumáticas (Estímulo Condicionado (EC)). Esta inter-relação faz com que a resposta incondicionada (medo e ansiedade) passe a ser condicionada e sempre que a pessoa percecionar ou antecipar a sua presença, lembrará as memórias traumáticas (EC). É esta interdependência que faz com que os sintomas de PTSD surjam no indivíduo (Brewin & Holmes, 2003).

Por outro lado, a Teoria do Processamento Emocional (Foa & Riggs, 1993) defende que as emoções intensas vividas por um sujeito no decorrer de um acontecimento traumático influenciam o processamento da informação relativa ao mesmo (Foa & Riggs, 1993). O

sujeito vai formular ideias desorganizadas e incoerentes relativamente à memória que detém do acontecimento traumático e posteriormente avaliará todos os estímulos como perigosos apesar de não o serem, ocorrendo uma generalização de resposta. Esta generalização provoca níveis elevados de ansiedade e respostas fisiológicas imediatas e intensas (Cahill & Foa, 2007; Foa & Rothbaum, 1998). O mundo torna-se um local ameaçador e o *self* é visto como impotente (Brewin & Holmes, 2003).

Por sua vez, a Teoria Cognitiva de Ehlers e Clark (2000) postula que enquanto o sujeito não alterar os significados que atribuiu relativamente à situação traumática, será mais difícil a sintomatologia de PTSD diminuir ou remitir. Efetivamente, os significados que as pessoas atribuem no momento em que estão a experienciar uma adversidade fazem com que se crie um sentimento de ameaça e perigo contante que influenciará todas as suas experiências posteriores e que fará com que a sintomatologia de PTSD surja automaticamente (Ehlers & Clark, 2000). Este sentimento pode dever-se a: avaliações negativas e disfuncionais constituídas pela pessoa aquando à exposição da situação traumática e/ou a criação por parte da pessoa de relação entre a memória que detém do acontecimento traumático e memórias biográficas disfuncionais. Para que a intervenção nesta perturbação seja furtiva, deverá contemplar o domínio cognitivo e o domínio comportamental (Ehlers & Clark, 2000).

Por fim, o Modelo da Representação Dual (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996) aprofundou a influência da memória no decorrer de uma experiência traumática. No momento em que a pessoa está a experienciar uma experiência deste carácter, há dois sistemas de memória a funcionar em simultâneo: o sistema de memória verbalmente acessível (VAM) e o sistema de memória situacionalmente acessível (SAM). O sistema de memória verbalmente acessível (VAM) envolve informação relativa a características sensoriais da situação (e.g., temperatura), reações fisiológicas e emocionais experienciadas e o significado atribuído ao evento traumático. Por sua vez, o sistema de memória situacionalmente acessível (SAM) envolve informação que resulta do processamento inconsciente que a pessoa efetua relativamente à situação traumática (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996). A informação contida no sistema VAM pode ser acedida deliberadamente pelo sujeito a qualquer altura, porém, a informação contida no sistema SAM não. A pessoa só consegue ter acesso à informação envolvida no seu sistema SAM se experienciar situações com características físicas semelhantes e/ou com significados pessoais semelhantes (Brewin,

Dalgleish & Joseph, 1996). Efetivamente, o conteúdo envolvido no sistema SAM emerge face a um determinado estímulo e a pessoa vê-se incapaz de impedir que isto ocorra. Dois resultados claros deste sistema são os sonhos e os *flashbacks* presentes em pessoas com diagnóstico de PTSD. Esta teoria defende ainda que com o passar do tempo, as memórias relativas ao evento traumático tornam-se mais genéricas e menos pormenorizadas (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

Inúmeros estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de perceber quais os principais fatores associados ao surgimento de sintomatologia de PTSD destacando-se a adversidade na infância, enquanto fator de risco, e o suporte social enquanto fator protetor. Assim, tendo em conta a literatura, este estudo teve como objetivo testar o efeito preditor da adversidade na infância e do suporte social na sintomatologia de PTSD, e testar o efeito moderador do suporte social na relação entre adversidade na infância e sintomatologia de PTSD.

Adversidade na infância

A adversidade na infância é conceptualmente definida como um conjunto de experiências físicas, emocionais, sexuais e/ou psicológicas, experienciadas por pessoas com menos de 18 anos, que põe em causa o normal desenvolvimento humano e ameaçam o *self* (e.g., abuso físico/emocional/sexual; negligência; divórcio dos pais; institucionalização; ambiente familiar disfuncional; acidentes; desastres naturais entre outras) (Felitti et al., 1998; Gunnar, 2000; Silva & Maia, 2008). Algumas destas experiências preenchem os critérios para trauma, de acordo com o DSM-V (e.g., abuso sexual). Tendencialmente, as experiências adversas e os traumas interpessoais têm maior impacto na saúde física e mental da vítima porque, além de os agressores serem, normalmente, elementos da família, são também crónicos, isto é, prolongam-se desde a infância até à adolescência (Alisic et al., 2014; Benight & Bandura, 2004; Janoff-Bulman & Frieze, 1983).

A adversidade na infância pode provocar consequências a nível cerebral (e.g., influenciar o funcionamento do hipocampo e da amígdala); comportamental (e.g., exposição a comportamentos de risco, como é o caso do consumo de substâncias) (e.g., Campbell, Walker, & Egged, 2016; Dube et al., 2003; Silva & Maia, 2010), e físico pela probabilidade aumentada do aparecimento de sintomas somáticos, doença, e mesmo morte prematura (Felitti et al., 1998; Margolin & Vickeman, 2011). Para além disso, a adversidade na infância tem uma ligação muito forte ao desenvolvimento de PTSD, quer pela própria experiência,

que por si só é considerada trauma (e.g., abuso físico) (American Psychiatric Association, 2013; Schoedl et al., 2010), quer pelo aumento da vulnerabilidade (McLaughlin, Conron, Koenen, & Gilman, 2010). Inúmeros estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de analisar qual a relação entre adversidade na infância e o surgimento de sintomatologia de PTSD em diversas populações e faixas etárias. Relativamente a estudos efetuados com adultos, Stovall-McClough e Cloitre (2006) concluíram que entre 48% a 85% das pessoas que foram vítimas de abuso infantil, desenvolveram trauma e em consequência disso, apresentaram sintomatologia de PTSD ao longo da vida. Já em 2007 realizou-se um estudo retrospectivo e transversal que comprovou que mulheres que experienciaram múltiplas formas de abuso e negligência na infância eram mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e de PTSD na idade adulta (Vranceanu, Hobfoll & Johnson, 2007). Outro estudo mais recente realizado com fuzileiros, expostos a cenários de guerra, também demonstrou que os sujeitos que tinham história de adversidade na infância eram mais vulneráveis para o desenvolvimento de PTSD (LeardMann, Smith & Ryan, 2010).

Por outro lado, relativamente a estudos com crianças e adolescentes, também se verificou que a adversidade na infância aumenta o risco para o desenvolvimento de PTSD, designadamente em crianças vítimas de abuso sexual (McLeer, Deblinger, Atkins, Foa & Ralphe, 1988), abuso físico (Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Kiser et al., 1991) e expostas a um ambiente familiar de extrema violência (Erolin, Wieling & Parra, 2014; Graham-Bermann & Levendosky, 1998). Estudos recentes relativamente ao tema, para além de corroborarem esta associação entre a adversidade na infância e o desenvolvimento de sintomatologia de PTSD, acrescentam que os défices significativos de memória são outra das consequências alarmantes da adversidade na infância (Eisen, Qin, Goodman & Davis, 2007; Hébert, Langevin & Daigneault, 2016).

De acordo com isto, pode concluir-se que há inegavelmente uma relação do tipo *dose-resposta* entre adversidade na infância, trauma e consequentemente perturbação psicológica como é o caso de PTSD, ou seja, quanto mais exposição a adversidade na infância, mais probabilidade de perturbação psicológica (Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003).

Suporte Social

O suporte social trata-se da existência e quantidade de relações sociais que um determinado indivíduo possui, a estrutura formal dessas relações (e.g., reciprocidade) e o conteúdo das mesmas (Ornelas, 1994). Devido à sua importância, inúmeros autores têm desenvolvido investigações com o objetivo de concluir quais os seus efeitos concretos.

Atualmente sabe-se que o suporte social tem o poder de reduzir o *stress*, a depressão e melhorar a saúde e por essa razão é visto como um fator protetor para indivíduos que experienciam trauma (Cohen & Wills, 1985; Evans, Steel, & DiLillo, 2013). Os efeitos benéficos do suporte social podem reduzir a probabilidade de desenvolvimento de PTSD após a exposição a um ou vários acontecimentos traumáticos. Esta hipótese é apresentada no Modelo do Efeito Direto ou Efeito Principal que estabelece que o suporte social tem um efeito benéfico, independentemente da presença ou ausência de *stress* (Cohen & Wills, 1985).

De acordo com o modelo cognitivo de PTSD, abordado anteriormente, o suporte social pode influenciar as reações cognitivas e emocionais do indivíduo após a experiência traumática (Pinto et al, 2017). Por exemplo, o suporte social pode fazer com que o indivíduo possua um sentido de controlo maior, uma vez que as pessoas com um forte sistema de suporte social devem possuir mais capacidade para lidar com as principais e inevitáveis mudanças de vida e adversidades do que as pessoas com pouco ou nenhum suporte social, tal como é sugerido pelo Modelo do Efeito Amortecedor do suporte social (Thoits, 1982). Para além disso, confiar noutras pessoas pode ser terapêutico (Pennebaker, 1989) e o suporte social pode impedir que a pessoa faça interpretações desadequadas da experiência traumática (e.g., “Eu tive culpa pelo que aconteceu; eu não tenho valor nenhum”), uma vez que, para além de ser uma fonte de bem-estar e de amortecer o impacto causado pelo *stress*, também ajuda a reforçar ou manter a auto-estima e a identidade social (Thoits, 1982).

Efetivamente, o suporte social poderá ser um fator crucial na vida de uma pessoa, por exemplo, ao assumir o papel de preditor (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004; Evans, Steel, & DiLillo, 2013; Woodward et al., 2013) ou de moderador (Evans et al., 2013) na relação com a sintomatologia de PTSD.

Esta relação entre suporte social e sintomatologia de PTSD não se verifica apenas na população adulta. Há estudos com jovens que comprovam a mesma ideia, entre eles: Banks

& Weems, 2014; 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. Os estudos com jovens e com adultos relativos a este tema permitem ainda concluir que os jovens mais novos relatam níveis mais elevados de sintomatologia de PTSD, ansiedade e depressão do que os jovens mais velhos (Banks & Weems, 2014) e que o sexo feminino relata níveis mais elevados de ansiedade, depressão e sintomatologia de PTSD do que o sexo masculino (Ahern et al., 2004; Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Banks & Weems, 2014; Kronenberg et al., 2010; La Greca et al., 2010; Luxton, Skopp, & Maguen, 2010; Olff, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007; Starzynski, Ullman, Filipas, & Townsend, 2005; Tolin & Foa, 2006; Ullman & Filipas, 2005; Vernberg et al., 1996; Weems, Pina et al., 2007).

Por outro lado, há estudos em que o efeito protetor do suporte social, na relação entre exposição ao trauma e desenvolvimento de PTSD, não foi demonstrado, quer em termos de preditor quer no papel de moderador, nomeadamente com amostras de veteranos de guerra (Laffaye, Cavella, Drescher, & Rosen, 2008), jovens refugiados (Oppedal & Idsoe, 2015) e crianças e adolescentes expostos a trauma e adversidade (Pinto et al., 2017).

Para além disso, são escassos os estudos em que se avaliou a relação entre suporte social e sintomatologia de PTSD em amostras com jovens (Trickey et al., 2012). Este facto revela-se pertinente uma vez que, a adolescência é uma fase de desenvolvimento em que ocorrem várias mudanças no indivíduo, a nível biológico, psicológico e social, que poderão aumentar a vulnerabilidade do mesmo face ao desenvolvimento de perturbação (Carr, 2014), como é o caso de PTSD.

Novidade e objetivos do estudo

O presente estudo, em que participaram adolescentes com história de adversidade e politraumatização, teve como principal objetivo explorar o efeito preditor da adversidade na infância e do suporte social na sintomatologia de PTSD. Para além disso, o estudo teve como objetivo testar o efeito moderador do suporte social na relação entre adversidade na infância e PTSD. 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 critérios de diagnóstico do DSM-V para a avaliação da sintomatologia de PTSD e a 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 sintomatologia de PTSD com base num único acontecimento traumático (e.g., ao perguntar ao sujeito para responder face ao acontecimento mais traumático; após exposição a desastre natural). Este estudo avaliou vários acontecimentos traumáticos e pediu ao sujeito para responder face ao mais traumático.

Face aos objetivos estabelecidos foram propostas as seguintes hipóteses:

H1: espera-se que a adversidade na infância seja um fator preditor de PTSD.

H2: espera-se que o suporte social seja um fator preditor de PTSD.

H3: espera-se que o suporte social seja uma variável moderadora na relação entre adversidade na infância e PTSD.

De acordo com isto, no presente estudo, a variável dependente foi a sintomatologia de PTSD, a variável independente foram as experiências adversas na infância e a variável moderadora foi o suporte social.

Metodologia

Participantes

A primeira fase do presente estudo incluiu uma amostra constituída por 189 participantes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos ($M = 16$; $DP = 1,23$) sendo que 94 (50%) dos participantes eram do sexo masculino e os restantes 95 (50%) do sexo feminino. Para além disso, na amostra, 124 (66%) participantes encontravam-se a frequentar uma escola profissional e 65 (34%) encontravam-se numa casa de acolhimento/instituição. Quando questionados sobre a existência de 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.

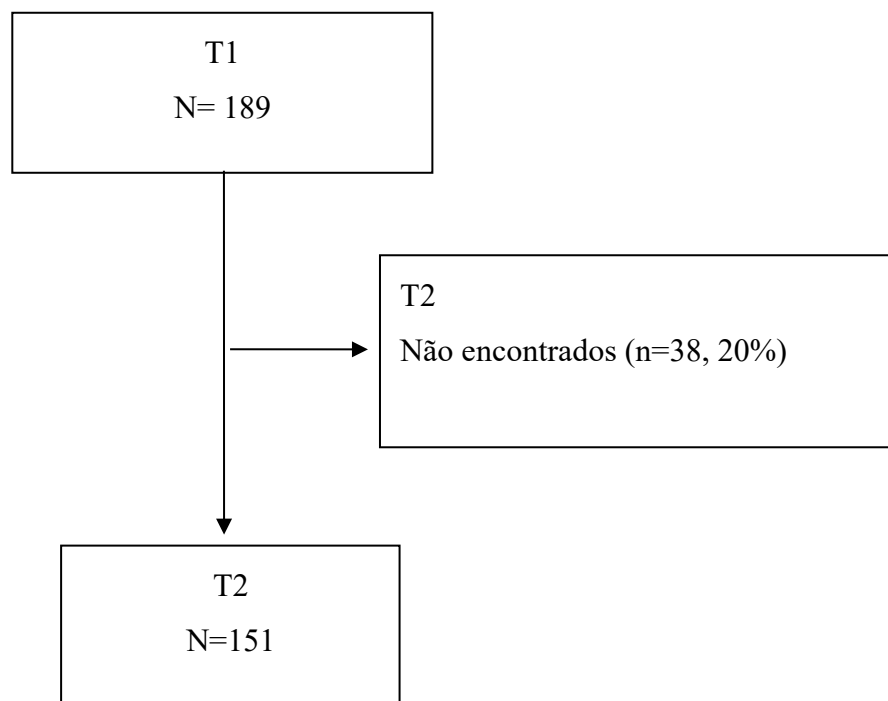
Efetivamente, na segunda etapa do estudo, ou seja, na atual etapa, a amostra é constituída por 151 participantes, registando uma perda amostral de 38 (20%). Do total de participantes, 68 (45%) são do sexo masculino e 83 (55%) do sexo feminino. Para além disso, as idades encontram-se compreendidas entre 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%) reside 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, pelo Tribunal de Proteção e Menores 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€.

Figura 1.

Diagrama do Recrutamento e Seleção dos Participantes.



Instrumentos

Questionário Sociodemográfico: contempla questões de escolha múltipla que evidenciam dados de identificação dos participantes (e.g., idade) e dados relativos à sua família (e.g., rendimento mensal do agregado familiar). Os participantes foram ainda questionados sobre uma eventual sinalização por alguma entidade sinalizadora (e.g.,

Comissão de Proteção a Crianças e Jovens (CPCJ), Tribunal ou Segurança Social) e se já foram vítimas ou praticaram *bullying*.

Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V (LEC-5) *Life Events Checklist* (Weathers et al., 2013; versão portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015): medida de autorrelato que permite investigar e detetar a exposição por parte dos participantes a acontecimentos potencialmente traumáticos. 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 e um item adicional no qual 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, Morgado, Jongenelen, Maia & Pinto, 2018): medida adjunta que permite avaliar a gravidade dos sintomas de PTSD em crianças e adolescentes expostas/os a acontecimentos traumáticos. Estes são desafiados a descrever o acontecimento de vida que mais os perturbou e a referir a data dessa ocorrência. Após as suas descrições, são apresentadas 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 80 valores.

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.

Questionário de Experiências adversas na Infância - ([ACE] *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire* (Felitti *et al.*, 1998; versão portuguesa de Silva & Maia, 2008): questionário de autorrelato para adultos e jovens adultos que permite avaliar a ocorrência de experiências adversas na infância do/os participante/s recorrendo para isso a diversas questões dicotómicas. Os itens que compõe este instrumento estão ordenados de acordo com as 10 categorias de adversidade definidas pelo grupo de investigação ACE (e.g., abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, exposição à violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, divórcio ou separação parental, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio, negligência física e negligência emocional) (Silva & Maia, 2008). Tais experiências ainda se encontram agrupadas em três categorias: negligência, ambiente familiar disfuncional e experiências contra o indivíduo.

Procedimentos

Inicialmente foram contactadas várias Casas de Acolhimento e Escolas Profissionais do distrito do Porto por *e-mail*, através de um texto padrão constituído em grupo e adaptado a cada entidade. De seguida, realizaram-se contactos via telefone às entidades que manifestaram interesse em participar no estudo e às entidades que no período de três semanas não responderam ao contacto via *e-mail*. Posto isto, iniciou-se o processo de recolha de dados nas entidades que autorizaram e aceitaram colaborar no estudo.

No caso das Escolas Profissionais, os investigadores deslocaram-se aos locais em data e hora previamente estabelecida e procederam à apresentação do projeto aos participantes e entrega dos consentimentos informados a serem assinados um pelo jovem e outro pelo seu representante legal. Neste momento, ficou estabelecida uma data para a entrega dos consentimentos assinados e recolha dos dados. Esta ocorreu em contexto de sala de aula e os objetivos do projeto foram explicados previamente. Após a distribuição dos protocolos, sempre que surgia alguma dúvida, deveria ser colocada de forma individual, ou seja, um investigador ajudava o participante individualmente.

No caso das Casas de Acolhimento, as recolhas de dados foram efetuadas maioritariamente em grupo, porém alguns fatores (e.g., logísticos) coagiram que algumas recolhas fossem efetuadas em gabinetes de forma individual. Tal como ocorreu nas Escolas

Profissionais, previamente à recolha de dados ocorreu a entrega dos consentimentos informados assinados aos investigadores.

Anexado ao protocolo, constava um destacável informativo para o participante, que continha o e-mail da equipa do projeto de investigação e o código representativo do seu protocolo. Assim, os participantes tinham a possibilidade de enviar um e-mail para a equipa do projeto de investigação, indicando o código do seu protocolo, se pretendessem ter acesso aos resultados do estudo, esclarecer dúvidas relacionadas com o mesmo e/ou partilhar incómodos com as questões presentes no protocolo que haviam preenchido. Registaram-se alguns contactos a solicitar devolução de resultados. Esta devolução ocorreu pessoalmente e permitiu efetuar a partilha de resultados solicitada e orientar o participante para obtenção de apoio ao nível de saúde mental, se necessário. Deve-se ainda destacar que no decorrer do preenchimento dos questionários, os jovens foram distribuídos por mesas devidamente afastadas com o objetivo de assegurar a confidencialidade das suas respostas. Para além disso, antes de iniciarem o preenchimento do questionário, os jovens foram alertados para o facto de poderem interromper a sua participação a qualquer momento se achassem necessário e de poderem recorrer aos investigadores presentes na sala se surgissem dúvidas.

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.

O presente estudo contemplou o segundo momento de recolha de dados. Neste, inicialmente, procedeu-se ao contacto via e-mail com as entidades que haviam participado no primeiro momento de recolha com vista a marcar uma apresentação e discussão dos resultados obtidos na mesma e posteriormente marcar uma nova recolha de dados. Por sua vez, nas instituições das quais não se obteve resposta ao contacto via *e-mail* no período de três semanas, procedeu-se ao contacto via telefone e ao agendamento das datas referidas anteriormente.

Análise de dados

Para a análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences* – 22) que permitiu efetuar análises descritivas e inferenciais. De forma a testar se a adversidade na infância era efetivamente um fator preditor de PTSD, recorreu-se ao teste da correlação de *Pearson* bem como à análise de regressão. Com o objetivo de verificar se o suporte social era um fator preditor de PTSD

também se usaram estes testes. Para analisar se o suporte social era uma variável moderadora na relação entre adversidade na infância e PTSD recorreu-se à análise de regressão e avaliação dos declives através do *Mod Graph-1* (José, 2013).

Resultados

Análises descritivas

São apresentados os dados descritivos das variáveis do estudo (Tabela 1), bem como as prevalências de 10 adversidades na infância (Tabela 2). A experiência mais relatada pelos jovens foi o divórcio ou separação parental; a experiência adversa menos relatada foi o abuso sexual. Verificou-se ainda que grande parte dos jovens ($n = 143$; 94.7%) relataram pelo menos uma experiência adversa ($M = 21.19$; $DP = 16.34$) e que a amostra relatou em média 5 ($M = 4.54$; $DP = 3.53$) acontecimentos traumáticos diferentes, variando entre o relato de 0 a 14 acontecimentos.

Em relação ao suporte social, a média da amostra relativamente a esta variável ($M = 43.16$; $DP = 8.73$) está mais próxima do valor máximo de cotação total do instrumento (60 = totalmente satisfeito com o suporte social), comparativamente com o valor mínimo (12 = não satisfeito com o suporte social), significando que a amostra em geral relata níveis moderados a elevados de satisfação com o suporte social.

Relativamente à sintomatologia de PTSD, a média desta variável ($M = 21.03$; $DP = 18.53$) está mais próxima do valor mínimo de cotação total do instrumento (0 = sem sintomatologia) comparativamente com o valor máximo (80 = valor máximo de sintomatologia), significando que a amostra em geral relata níveis baixos de sintomatologia de PTSD. Por fim, no que diz respeito ao número de casos omissos por variável, foram observados 4 “*missings*” na variável de PTSD e 8 “*missings*” na variável adversidade na infância. Estes casos omissos foram tratados nas análises com a estratégia “*Pairwise Deletion*”.

Tabela 1

Médias e Desvios-Padrão das Principais Medidas.

Variáveis	Total da Amostra (N=151)					
	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Med</i>
PTSD (T2)	147	0	68	21.03	18.53	16
Suporte Social (T1)	151	20	78	43.16	8.73	43

Score total da adversidade na Infância (T1)	143	0	78	20.19	16.34	16
---	-----	---	----	-------	-------	----

Nota. T1: primeiro momento de recolha; T2: segundo momento de recolha após 6 meses.

Tabela 2

Frequência das Experiências Adversas 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

Análises de correlação

Foi encontrada uma correlação positiva, significativa, entre experiências adversas na infância e sintomatologia de PTSD, $r = .34$, $p < .001$. Desta forma, níveis mais elevados de adversidade na infância estão associados a maior sintomatologia de PTSD. Para além disso, foi encontrada uma correlação negativa, significativa, entre o suporte social e a sintomatologia de PTSD, $r = -.26$, $p < .01$. Desta forma, níveis mais elevados de suporte social estão associados a níveis inferiores de sintomatologia de PTSD. Por fim, foi encontrada uma correlação negativa, significativa, entre a adversidade na infância e o suporte social, $r = -.46$, $p < .05$. Desta forma, níveis mais elevados de adversidade na infância estão associados a níveis inferiores de suporte social (ver Tabela 3).

Tabela 3*Correlações entre as Variáveis do Estudo.*

Variáveis	1	2	3
1. PTSD (T2)	-		
2. Suporte Social (T1)	-.26**	-	
3. Adversidade na Infância (T1)	.34***	-.46***	-

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

Análises de regressão

Os resultados da análise de regressão hierárquica indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 19% da variância, $R^2 = .19$, $F(7,131) = 4.501$, $p < .001$. No primeiro bloco foram ajustadas as variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, $\beta = .13$, $t = 1.04$, $p = .301$, 95% CI [-1.71, 5.50], Sexo, $\beta = .24$, $t = 2.33$, $p < .021$, 95% CI [1.33, 16.15], grau de escolaridade, $\beta = -.08$, $t = -0.51$, $p < .612$, 95% CI [-4.45, 2.63], e local de recolha, $\beta = .16$, $t = 1.36$, $p < .178$, 95% CI [-2.95, 15.78]. No segundo bloco entrou a adversidade na infância, $\beta = .35$, $t = 4.25$, $p < .001$, 95% CI [0.21, 0.58], acrescentando 11% de variância. No terceiro bloco entrou o suporte social, $\beta = -.15$, $t = -1.66$, $p < .10$, 95% CI [-0.70, 0.06], não acrescentando variância significativa ao modelo. Por fim, no último bloco entrou o suporte social enquanto moderador, $\beta = -.14$, $t = -1.58$, $p < .12$, 95% CI [-0.04, 0.00], não acrescentando variância ao modelo. Ou seja, neste último bloco, apenas a variável sexo (feminino) e adversidade na infância foram preditores significativos de PTSD (tabela 4).

Tabela 4

Análise de Regressão para Testar o Efeito Moderador do Suporte Social tendo como Preditor a Adversidade na Infância e Predita a PTSD.

Modelo	B	β	t
Bloco 1: $R^2 = .05$			
Idade	1.89	0.13	1.04
Sexo	8.74	0.24	2.33*

Grau de Escolaridade	-0.91	-0.08	- 0.51
Local de recolha	6.41	0.16	1.36
Bloco 2: $R^2 = .16^{***}$; $\Delta R^2 = .11^{***}$			
Idade	2.23	0.15	1.30
Sexo	9.04	0.24	2.56**
Grau de escolaridade	-2.18	-0.19	-1.28
Local de recolha	1.15	0.03	0.25
Adversidade na infância ^a	0.40	0.35	4.25***
Bloco 3: $R^2 = .18^{***}$; $\Delta R^2 = .01$			
Idade	2.58	0.18	1.50
Sexo	8.98	0.24	2.56**
Grau de Escolaridade	-2.41	-0.21	-1.41
Local de recolha	0.01	0.00	0.00
Adversidade na Infância ^a	0.33	0.29	3.19**
Suporte Social ^b	-0.32	-0.15	-1.66
Bloco 4: $R^2 = .19^{***}$; $\Delta R^2 = .01$			
Idade	2.53	0.17	1.48
Sexo	8.65	0.23	2.48*
Grau de Escolaridade	-2.57	-0.23	-1.52
Local de recolha	0.06	0.00	0.01
Adversidade na Infância ^a	0.26	0.23	2.35*
Suporte Social ^b	-0.28	-0.13	-1.42
Efeito Moderador	-0.02	-0.14	-1.58

Nota. ^a Adversidade na Infância = Questionário de Experiências adversas na Infância ([ACE] *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire* (Felitti *et al.*, 1998; versão portuguesa

de Silva & Maia, 2008); ^b Suporte Social = Escala de Satisfação com o Suporte Social para Crianças e Adolescentes (ESSS-CA; Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2009).

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

Discussão

A exposição a acontecimentos adversos na infância é considerada um dos fatores de risco mais elevados para o desenvolvimento de psicopatologia, e, por outro lado, o suporte social é considerado um dos fatores protetores mais importantes atendendo ao efeito que este pode produzir ao reduzir ou amortecer o impacto das experiências adversas, nomeadamente o desenvolvimento de PTSD (Banks & Weems, 2014; Margolin & Vickeman, 2011). No entanto, poucos estudos avaliaram a relação entre estas variáveis em amostras de adolescentes com história de adversidade e politraumatização. O presente estudo procura colmatar essa ausência de conhecimento empírico.

Relativamente à primeira hipótese, esperava-se que a exposição a experiências adversas na infância fosse preditora de sintomatologia de PTSD, sendo que esta conceção foi corroborada. Níveis mais elevados de adversidade na infância foram preditores de níveis mais elevados de sintomatologia de PTSD. Este resultado é consistente com a literatura ao demonstrar que muitas experiências adversas na infância são traumáticas (e.g., abuso sexual; abuso físico), ou aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de PTSD após exposição ao trauma (e.g., ausência de cuidados parentais; depressão dos pais), ou aumentam a probabilidade para a exposição ao trauma (e.g., envolvimento em comportamentos de risco) (Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Eisen, Qin, Goodman & Davis, 2007; Erolin, Wieling & Parra, 2014; Felitti et. al., 1998; Graham-Bermann & Levendosky, 1998; Hébert, Langevin & Daigneault, 2016; Kiser et al., 1991; Koenen, Moffitt, Poulton, Martin, & Caspi, 2007; LeardMann, Smith & Ryan, 2010; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa & Ralphe, 1988; Pinto & Maia, 2013; Stovall-McClough & Cloitre, 2006; Vranceanu, Hobfoll & Johnson, 2007). A vivência de experiências adversas na infância produz nas crianças ansiedade, raiva e depressão. De forma a lidar com estas emoções, tendencialmente, os sujeitos estabelecem crenças disfuncionais relativamente a si e ao que os rodeia e assumem comportamentos de risco (e.g., tabagismo precoce e consumo de álcool e drogas), uma vez que estes componentes contêm substâncias capazes de combater parcialmente os sintomas das emoções anteriormente mencionadas. Estes comportamentos são vistos pelos sujeitos como soluções imediatas e o seu uso torna-se crónico. A longo prazo, esta solução deixará de produzir o efeito imediato que produzia e o indivíduo vê-se

novamente obrigado a enfrentar as suas emoções. Para além disso, em consequência dos comportamentos de risco assumidos compulsivamente e da negação de emoções, o indivíduo poderá enfrentar ainda doenças a nível físico (e.g., cardiovasculares) e/ou psicopatologias (e.g., PTSD) (Felitti et al., 1998).

Relativamente à segunda hipótese, em que se esperava que o suporte social fosse um fator preditor no surgimento de sintomatologia de PTSD, verificou-se que tal não se confirmava. Este resultado não 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 (Banks & Weems, 2014; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Cluver, Fincham, & Seedat, 2009; La Greca, Silverman, Lai, & Jaccard, 2010; Murtonen, Suomalainen, Haravuori, & Marttunen, 2012; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Salami, 2010; Schiff, Pat-Horenczyk, & Peled, 2010; Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004; Siqueira, 2008; Xu & Yuan, 2014). Por outro lado, os nossos resultados são consistentes com alguns estudos em que o suporte social não teve uma relação significativa com PTSD, nomeadamente um estudo com uma amostra de veteranos de guerra (Laffaye, Cavella, Drescher, & Rosen, 2008), e outro com uma amostra de jovens refugiados (Oppedal & Idsoe, 2015), e adolescentes expostos à adversidade e politraumatização (Pinto et al., 2017). De salientar que estes estudos têm em comum o facto de terem utilizado amostras expostas a traumas múltiplos e severos (e.g., guerra, abuso sexual). Para além disso, muitos estudos em que o suporte social teve um efeito significativo entre a exposição ao trauma e PTSD usaram amostras comunitárias, alguns dos quais avaliaram traumas não interpessoais (e.g., acidentes, desastres naturais), e não controlaram a exposição à adversidade na infância (McLaughlin et al., 2012; Scott, Smith, & Ellis, 2010). A literatura indica que os traumas interpessoais tendem a ser mais destrutivos uma vez que são frequentemente crónicos e os agressores tendem a ser elementos da família. A vítima exposta a experiências adversas e traumas provocados no seu contexto familiar, nomeadamente pelos pais e cuidadores, vai sentir-se traída, uma vez que estes deveriam cuidar dela e providenciar-lhe segurança. Por outro lado, aumenta a sua perceção de desconfiança na relação com os outros e vê-se impedida de tirar partido do apoio social que estes poderiam providenciar-lhe. Por conseguinte, os traumas interpessoais aumentam a probabilidade para que as vítimas se sintam constantemente ameaçadas, em perigo e inseguras não só sobre si como sobre as pessoas que as rodeiam (Alisic et al., 2014; Benight & Bandura, 2004; Janoff-Bulman & Frieze, 1983) e desenvolvam crenças disfuncionais em

que avaliam o apoio dos outros como insuficiente, ausente, ou distorcido ao julgarem que os outros a culpam pelo que aconteceu (Ehlers & Clark, 2000). Tendencialmente, esta percepção faz com que as crenças de desconfiança e sentimentos de vergonha aumentem significativamente (Punamäki et al., 2005; Williams & Joseph, 1999). Em consequência disto, a capacidade da vítima de procurar ajuda e de desfrutar desta poderá ficar comprometida, sobretudo pela falta da aptidão de confiar nos outros, sendo uma hipótese para explicar a ausência de relação entre suporte social e PTSD. Esta hipótese parece ajustar-se à nossa amostra uma vez que a maioria de participantes relatou a exposição de um ou vários acontecimentos adversos na infância. Para além disso, muitos dos participantes foram identificados pela CPCJ, segurança social ou tribunal e foram institucionalizados, devido a abuso e negligência por parte da família. Estas trajetórias poderão ter afetado a percepção de suporte social dos participantes e explicar a retenção da hipótese nula.

Por fim, relativamente à terceira hipótese, o suporte social não apresentou um efeito moderador na relação entre adversidade na infância e o surgimento de sintomatologia de PTSD. Este resultado não é consistente com alguns estudos existentes, como é o caso do estudo de Xu & Yuan (2014), com uma amostra de jovens sobreviventes a um desastre natural (e.g., terramoto) no qual esta relação moderadora foi corroborada. Uma vez mais, tal como foi discutido na hipótese anterior, a elevada exposição a experiências adversas na infância e traumas na nossa amostra poderá justificar a ausência de efeito moderador do suporte social na relação com PTSD.

O presente estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação e conclusão dos resultados. Em primeiro lugar, o instrumento administrado para avaliar a adversidade na infância baseia-se em autorrelatos retrospectivos e por essa razão poderá ter surgido viés de relato. 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 (Pinto & Maia, 2013). Ademais, o instrumento administrado para avaliar o suporte social restringiu-se ao nível de satisfação do participante e a atividades subjetivas. Isto poderá influenciar os resultados uma vez que não foram avaliados comportamentos efetivos de apoio recebido, mas antes a percepção do participante sobre esse apoio. A literatura indica que as percepções dos indivíduos poderão ser fortemente influenciadas pelos seus afetos e pelas suas características da personalidade (Guay, Billette, & Marchand, 2006). Por fim, o facto da amostra do estudo não ser representativa da

população de jovens residentes em casas de acolhimento e da comunidade é outra limitação pertinente uma vez que este facto impede que se realize a generalização de resultados.

Apesar das limitações apresentadas, este estudo, com um design longitudinal, em que, comparativamente aos designs transversais, aumenta a validade interna da relação entre as variáveis, evidenciou a relação empírica entre a adversidade na infância e níveis mais elevados de sintomatologia de PTSD em adolescentes com história de adversidade e politraumatização. No entanto, também revelou que o suporte social não parece reduzir esta relação, como era esperado. Com base nestes resultados, revela-se necessário implementar medidas interventivas com o objetivo proceder a intervenções adequadas e precoces em jovens com história de adversidade e politraumatização de forma a atenuar o impacto negativo que estes acontecimentos poderão ter no seu desenvolvimento, mais especificamente no desenvolvimento de sintomatologia de PTSD.

Em termos de implicações práticas, este estudo sugere que as intervenções, que tenham como objetivo diminuir o impacto do trauma em jovens, nomeadamente o desenvolvimento de sintomas de PTSD, devem incluir a avaliação de adversidade na infância, uma vez que esta variável parece ter uma relação direta com o desenvolvimento de PTSD, após exposição ao trauma, e que, por sua vez, influencia se o suporte social poderá funcionar como um fator protetor ou, pelo contrário, não ter qualquer relação, tal como se verificou neste estudo. Ou seja, de acordo com os resultados obtidos neste estudo, não parece fazer sentido desenvolver programas de intervenção apenas focados no aumento do suporte social em jovens expostos ao trauma, sem considerar a avaliação da sua história de adversidade na infância. Os programas de intervenção deverão ir mais longe e procurar pôr em prática técnicas que permitam mudar os esquemas desadaptativos de desconfiança, medo e insegurança da vítima, que provavelmente têm origem nas relações precoces que experienciaram (e.g., maus tratos por parte dos pais). Estas crenças, tendencialmente, impedem a vítima de procurar ajuda e de confiar nas pessoas que a rodeiam, o que, por sua vez, explica a razão de o suporte social não surtir efeitos positivos face à exposição à adversidade. A vulnerabilidade e o risco aumentam quando as crianças e jovens são vítimas pelos próprios pais ou pessoas próximas, uma vez que pode afetar em grande escala a forma como irão interpretar a qualidade do suporte social que usufruirão na idade adulta (Taylor, 2011).

Assim, o presente estudo contribuiu com conhecimento empírico relativamente aos efeitos devastadores das experiências adversas na infância, confirmando que o trauma interpessoal, tendencialmente, é crónico. Para além disso, foi demonstrado que apesar do suporte social ser frequentemente considerado na literatura científica como sendo um fator protetor ou atenuante, pode não ser suficiente em crianças e jovens expostos a múltiplos traumas e adversidades na infância.

Referências bibliográficas

- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00062-3
- 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.
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. doi:10.1192/bjp.bp.113.131227.
- Alvarez-Alonso, M. J., et al. (2016). Association between maltreatment and polydrug use among adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 51, 379-389. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.07.014
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- 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. doi: 10.1023/A:1024478305142
- 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.
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129–1148. doi: 0.1016/j.brat.2003.08.008
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-376. doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3
- 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., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686. doi: 10.1037/0033-295X.103.4.670
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological theories of PTSD. Em M. D. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 55-77). New York: Guilford Press.
- Campbell, J. A., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344-352. doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.022
- Carr, A. (2014). Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual. Braga: *Psiquilibrios Edições*.
- Cid, M. F. B. (2008). *Fatores de risco e proteção: Saúde mental de mães e filhos, suporte social e estilo parental*. Dissertação de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
- 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.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Correia-Santos, P., Morgado, D., Jongenelen, I., Maia, Â., & Pinto, R. (2015). *Life Events Checklist (LEC- 5)*. Manuscrito em submissão.
- Correia-Santos, P., Morgado, D., Jongenelen, I., Maia, A., & Pinto, R. (2018). *CPSS-V-The Child PTSD Symptom Scale V*. Manuscrito em submissão.
- Edwards VJ., Holden, G.W., Felitti, V.J. & Anda, M.D. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences Study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1453
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Eisen, M. L., Goodman, G. S., Qin, J., Davis, S., & Crayton, J. (2007). Maltreated children's memory: Accuracy, suggestibility, and psychopathology. *Developmental Psychology*, 43, 1275-1294. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1275

- Erolin, K. S., Wieling, E., & Parra, R. E. A. (2014). Family violence exposure and associated risk factors for child PTSD in a Mexican sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(6), 1011-1022. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.04.011
- 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. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.005
- Felitti, V. J., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245- 258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. *American Psychiatric Press review of psychiatry*, 12, 273-303.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- 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. doi: 10.1017/S113874160000175X
- 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.
- Graham-Bermann, S. A., & Levendosky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(1), 111-128. doi:10.1177/088626098013001007
- 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, 327–338. doi: 10.1002/jts.20124.
- Gunnar, M.R. (2000). Early adversity and the development of stress reactivity and regulation. In C.A Nelson (Ed), *The Effects of Early Adversity on Neurobehavioral Development*, 163- 200. London: LEA.
- Hébert, M., Langevin, R., & Daigneault, I. (2016). The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 193, 227-232. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.080

- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1–17. doi:10.1111/j.1540-4560.1983.tb00138.x.
- José, P.E. (2013). *ModGraph-I: 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/>
- Kiser, L. J., Heston, J., Millsap, P. A., & Pruitt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 776-783. doi: 10.1016/S0890-8567(10)80015-2
- 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. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01465.x
- 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.
- 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. doi: 10.1186/1471-2458-10-437
- 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.
- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2011). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. doi: 10.1037/2160-4096.1.S.63
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders

- in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69, 1151–1160. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277.
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological medicine*, 40(10), 1647-1658. doi: 10.1017/S0033291709992121
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & Ralphe, D. L. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 650-654. doi: 10.1097/00004583-198809000-00024
- 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.
- Ornelas, J. H. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 12, 333-339.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of PTSD: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1).
- Pinto, R. J., Morgado, D., Reis, S., Monteiro, R., Levendosky, A., & Jongenelen, I. (2017). When social support is not enough: trauma and PTSD symptoms in a risk-sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 72, 110-119.
- Punamäki, R. L., Komproe, I., Qouta, S., El-Masri, M., & de Jong, J. T. (2005). The deterioration and mobilization effects of trauma on social support: Childhood maltreatment and adulthood military violence in a Palestinian community sample. *Child Abuse & Neglect*, 29, 351–373. doi:10.1016/j.chiabu.2004.10.011
- 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. doi: 10.1080/19361521003761416
- 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.
- Schoedl, A. F., Costa, M. C. P., Mari, J. J., Mello, M. F., Tyrka, A. R., Carpenter, L. L., & Price, L. H. (2010). The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: na association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(2), 156-170. doi: 10.1080/10538711003615038
- Scott, K. M., Smith, D. R., & Ellis, P. M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 67, 7127-19. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.71.
- Silva, S. & Maia, Â. (2008). Versão Portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário de História de Adversidade na Infância). In A.P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coord.). *Actas da XIII Conferência Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Silva, S. S. P., & Maia, Â. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 69-72.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- 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. doi: 10.1891/0886-6708.20.4.417
- Stein DJ, Hollander E. Textbook of anxiety disorders. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing; 2002.
- 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), 219-228.

- Taylor, S. E. (2011). Social support: A Review. In M. S. Friedman (Ed.). *The handbook of health psychology* (pp. 189-214). New York, NY: Oxford University Press.
- Thoits, P. A. (1982a). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Thoits, P. A. (1982b). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10, 341-362. doi: 10.1002/1520-6629(198210)10:4<341::AID-JCOP2290100406>3.0.CO;2-J
- 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.
- 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. (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. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.01.005
- Vernberg, E. M., La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Prinstein, M. J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 237-248. doi:10.1037/0021-843X.105.2.237.
- 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. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.04.010
- 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*.
- Weems, C. F., Pina, A. A., Costa, N. M., Watts, S. E., Taylor, L. K., & Cannon, M. F. (2007). Pre-disaster trait anxiety and negative affect predict posttraumatic stress in youth after Hurricane Katrina. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 154-159. doi:10.1037/0022-006X.75.1.154.

- Williams, R., & Joseph, S. (1999). Conclusions: An integrative psychosocial model of PTSD. In W. Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp.297–314). Chichester, England: Wiley.
- 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.
- 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. doi: 10.1080/15325024.2013.791516

