Rita Andreia Barbosa Monteiro

Estratégias de Coping e Sintomatologia de Perturbação Pós-Stress Traumático em Jovens em Risco

Trabalho realizado sob orientação do

Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto

Outubro 2016

Rita Andreia Barbosa Monteiro

Estratégias de Coping e Sintomatologia de Perturbação Pós-Stress Traumático em Jovens em Risco

Dissertação de Mestrado
Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação do
Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto

Dissertação defendida em provas públicas na
Universidade Lusófona do Porto no dia 30/11/2016
perante o júri seguinte:
Presidente: Prof. Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva
Arguente: Profª. Doutora Célia Isabel Lima Ferreira (Universidade Lusófona do Porto)
Orientador: Prof. Doutor Ricardo José Martins Pinto

Outubro 2016

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

Agradecimentos

A realização desta Dissertação de Mestrado representou uma etapa muito importante no meu percurso académico e pessoal. Neste espaço desejo expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, assim como, para os que me acompanharam ao longo do percurso que me permitiu chegar a esta etapa. Presto, os meus sinceros agradecimentos, particularmente:

Ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo Pinto, pela orientação, pelas sugestões, compreensão e disponibilidade total sempre que necessitei. Por me transmitir conhecimentos que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal;

À minha co-orientadora, Professora Doutora Inês Jongenelen, pela orientação e apoio;

À Patrícia Correia Santos por toda a ajuda indispensável ao longo deste processo;

Às Escolas Profissionais e Casas de Acolhimento que concordaram em colaborar com este estudo, sem essa colaboração este estudo não seria possível;

Aos meus pais e às minhas irmãs, pelo amor, pela paciência, tolerância e apoio incondicional. Por acreditarem em mim e me incentivarem sempre. Por me ensinarem a dar sempre o melhor de mim e a perseverar. Sem o vosso apoio esta etapa não seria possível;

Ao David Nogueira, pelo amor, pelo carinho, compreensão e por me transmitir motivação e força ao longo de todo o meu percurso;

À Sara Reis e ao Diogo Morgado, que trabalharam comigo no projeto de investigação no qual se insere esta dissertação. Partilhamos muitas horas de trabalho, conhecimento, dúvidas e certezas, mas sobretudo amizade.

Estratégias de Coping e Sintomatologia de Perturbação Pós-Stress Traumático em Jovens em Risco

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo avaliar a relação entre estratégias de coping e Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) numa amostra de jovens de risco, composta por jovens em situação de acolhimento e jovens que frequentam Escolas Profissionais. As novidades deste estudo relacionam-se com: a utilização de uma amostra de risco, a utilização de questionários que avaliam a sintomatologia de PPST segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) e a avaliação do preenchimento ou não do critério A de PPST (além da avaliação da presença de sintomatologia de PPST). **Método**: O estudo incluiu 183 jovens, dos quais 100 (54.7%) eram estudantes do ensino profissional e 83 (45.4%) encontravam-se em situação de acolhimento, com idades compreendidas entre 13 e os 17 anos (M = 15.71; DP = 1.31). Os instrumentos administrados foram: Questionário Sócio-Demográfico; Lista de Experiências Traumáticas para DSM-5, *Child PPST Symptom Scale – V* e a Escala de Estratégias de Coping na Adolescência. **Resultados**: Os principais resultados obtidos revelaram que 48 (26.2%) jovens relataram sintomatologia de PPST e que 166 (91%) jovens foram expostos a pelo menos uma experiência traumática (cumpriram critério A de PPST). O sexo feminino relatou níveis mais elevados de sintomatologia de PPST e as estratégias de coping negativas revelaram uma relação significativa com sintomatologia de PPST. Os jovens pertencentes ao grupo de comparação (escolas profissionais) relataram significativamente mais sintomatologia de PPST. Um dos fatores que parece explicar este resultado é o facto de estes jovens terem, também, relatado experiências adversas na infância, mas não receberem medidas preventivas de promoção e proteção por parte de entidades sinalizadores, ao contrário dos jovens em situação de acolhimento. **Conclusões**: A intervenção no coping devem focar-se na redução de estratégias de coping negativas e, assim, diminuir a sintomatologia de PPST.

Palavras-Chave: Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST); Estratégias de Coping; Jovens em Risco.

Coping Strategies and Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Adolescents in Risk

Abstract

The present dissertation aims to evaluate the relationship between coping strategies and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in a sample of adolescents in risk, composed by adolescents living in residential care and adolescents in professional high schools. The novelty of this study was use of a risk sample, including a community sample in risk, and the use of questionnaires to assess the symptoms of PTSD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) and the A criterion of the PTSD. The majority of the past studies did not examine the A criterion. **Method:** The study included 183 adolescents, of which 100 (54.7%) were students in professional high schools and 83 (45.4%) were adolescents living in residential care, aged between 13 and 17 years (M = 15.71, SD = 1.31). The instruments used were: Socio-demographic questionnaire, Life Events Checklist, Child PPST Symptom Scale – V and Adolescent Coping Strategies Scale. **Results:** The main results showed that 48 (26.2%) adolescents reported PTSD symptoms and 166 (91%) adolescents were exposed to at least one traumatic experience (fulfilled the A criteria of PTSD). The females reported higher levels of PTSD symptoms compared to males, and negative coping strategies revealed a significant relationship with PTSD symptoms. Adolescents belonging to the comparison group (professional high schools) reported significantly more symptoms of PTSD compared to adolescents living in residential care. One factor that seems to explain this result is that the adolescents from the community also reported adverse experiences in childhood, but they were not identified by Child Protection Services and did not receive any protective measures, compared to the adolescents living in residential care. **Conclusions:** The intervention in coping should focus on the reduction of negative coping strategies, and thus, reduce the symptoms of PTSD

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD); Coping strategies; Adolescents at Risk.

Índice

Agradecimentos i

Resumo ii

Abstract iii

1. Coping 7

1.1. Evolução do conceito de coping 7

1.2. Avaliação cognitiva, stress e coping 8

1.3. Estratégias de coping 8

2. Perturbação Pós-Stress Traumático 9

2.1. Conceito e perspetiva histórica 9

2.2. Modelos conceptuais de PPST 10

2.3. Dados de prevalência de PPST 11

3. Relação entre PPST e coping 13

4. O presente estudo 14

Método 16

Participantes 16

Instrumentos 17

Procedimentos 18

Análise de dados 20

Resultados 21

Discussão 24

Referências bibliográficas 28

Índice de Tabelas

Tabela 1: *Médias e Desvios-Padrão das Principais Medidas* 21

Tabela 2: *Regressão hierárquica: preditores da sintomatologia de PPST.* 23

Lista de Abreviaturas

ANCOVA: *Analysis of covariance*

APA - Associação de Psiquiatria Americana

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPSS-V: *Child PTSD Symptom Scale - V*

DSM-II: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Second Edition*

DSM-III: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition*

DSM-III-Tr: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition, Revised*

DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*

EECA: Escala de Estratégias de Coping na Adolescência

LEC-5: *Life Events Checklist-5*

MANOVA: *Multivariate analysis of variance*

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses

PPST: Perturbação de Pós-Stress Traumático

PTSD: *Post-Traumatic Stress Disorder*

SPSS - *Statistical Program for Social Sciences*

Estratégias de Coping e Sintomatologia de Perturbação Pós-Stress Traumático em Jovens em Risco

1. Coping

1.1. Evolução do conceito de coping

O estudo do coping tem sido uma área de interesse ao longo do anos por parte de vários investigadores e existem diversas definições e perspetivas sobre o coping. Do ponto de vista conceptual existem várias abordagens ao estudo do coping, no entanto é importante referir duas dessas abordagens. Uma está relacionada com a vertente psicanalítica e psicologia do ego e centra-se nos mecanismos de defesa como esforços para lidar com ameaças internas ou conflitos. Esta perspetiva conceptualiza o coping centrado no estilo/traço, ou seja, é conceptualizado como resultado de características individuais e estáveis e não contempla a influência do contexto. A outra abordagem enfatiza o coping centrado no processo, isto é, como esforços realizados para controlar o stress que mudam ao longo do tempo e são moldados pelo contexto (Parker & Endler, 1992; Lazarus, 1993).

Existem diversas definições de coping, no entanto a grande maioria das definições partilham a visão do coping como um conjunto de esforços para lidar com situações traumáticas ou adversas, conflitos e emoções intensas (Mitrousi, Travlos, Koukia & Zyga, 2013). Uma das definições mais utilizadas e segundo a perspetiva do coping centrado no processo, é a de Lazarus e Folkman (1984), que definem o coping como "esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos da pessoa" (p. 141). Desta forma, o coping é enfatizado como um processo orientado, ou seja, focado no que a pessoa pensa e faz numa situação específica e é sempre passível de sofrer alterações à medida que a situação se desenrola. É também contextual e influenciado pela avaliação das exigências da situação e dos recursos do sujeito para as enfrentar. Por fim, não é necessariamente visto como bom ou mau, é definido apenas como os esforços da pessoa para lidar com as exigências, sejam esses esforços bem ou mal sucedidos (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986a).

1.2. Avaliação cognitiva, stress e coping

Segundo o modelo transacional de avaliação cognitiva, stress e coping de Lazarus e Folkman (1984) a avaliação cognitiva e o coping são importantes mediadores nas relações de stress entre o indivíduo e o contexto, assim como dos seus resultados imediatos e a longo prazo (Folkman, *et al*., 1986a). A avaliação cognitiva refere-se ao processo em que o sujeito avalia se uma situação é relevante para o seu bem estar e, de que forma, esta o pode afetar (Folkman, *et al*., 1986a). A avaliação cognitiva pode ser conceptualizada segundo uma divisão entre avaliação primária e avaliação secundária. Numa avaliação primária, o sujeito avalia se existem possíveis danos ou benefícios, ou seja, é um processo avaliativo da ameaça. A avaliação secundária consiste no processo de avaliação da resposta para essa ameaça, isto é, o sujeito equaciona se algo pode ser feito para ultrapassar ou prevenir o dano ou aumentar as hipóteses de obter algum tipo de beneficio com o sucedido. A avaliação primária e secundária convergem para determinar se a interação do sujeito com o contexto é considerada significativa para o seu bem estar, se é ameaçadora (se existir a possibilidade de dano ou perda) ou se é desafiadora (se existir a possibilidade de obter benefícios). O coping é visto como o processo de execução dessa resposta (Folkman, *et al*., 1986a); Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986b).

1.3. Estratégias de coping

De acordo com Lazarus e Folkman (1984) as estratégias de coping pode ser divididas segundo duas principais categorias de acordo com a sua função: o coping focado no problema e o coping focado na emoção. O coping focado no problema é definido como os esforços para mudar a fonte que origina o stress e o coping focado na emoção podem ser conceptualizado como os esforços para amenizar as emoções negativas que surgem como resultado de experiências geradoras de stress (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001). O uso destas diferentes estratégias de coping depende da uma avaliação da situação que o sujeito experiência (Folkman & Lazarus, 1980).

Do ponto de vista empírico, Folkman e Lazarus (1985) verificaram que ambos os estilos de coping podem ser utilizados para tentar dar resposta ao problema perante uma situação ameaçadora. Num estudo desenvolvido por com vítimas de violência nas relações

de intimidade, Lilly e Graham-Bermann (2010), concluíram que o uso de estratégias de coping focadas na emoção estão correlacionadas com a maior sintomatologia de PPST.

Burnett e Fanshawe (1996) analisaram vários instrumentos que medem as estratégias de coping e concluíram que a maioria se centra em cinco tipos de estratégias principais: abordar o problema de forma positiva, minimizar o problema, evitar o problema, resposta emocional ao problema e procura de suporte social.

Num estudo com adolescentes para a validação da Escala de Estratégias de Coping na Adolescência, Dias, Rodriguez e López-Sánchez (2015) constataram que as estratégias de coping mais valorizadas perante uma experiência traumática são a Procura de apoio dos outros, Focus no positivo e Tentativa de melhoria pessoal. Pelo contrário, parecem utilizar menos as estratégias do Uso de drogas e Descarga emocional foram as menos utilizadas.

Num estudo realizado com uma amostra de adolescentes portugueses da região norte, Caires e Silva (2009) constataram que estratégias de coping mais utilizadas foram as relacionadas com a procura de apoio fora da família, resolução ativa dos problemas e distração e relativização da situação. As estratégias de procura de apoio profissional e religioso e o consumo de substâncias foram as menos utilizadas. Um estudo realizado com jovens em situação de acolhimento, concluiu que os jovens tendem a utilizar estratégias de coping disfuncionais para lidar com os prolemas diários (Browne, 1998).

2. Perturbação Pós-Stress Traumático

2.1. Conceito e perspetiva histórica

A Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) é uma perturbação complexa que causa mal-estar e interfere com o funcionamento da pessoa. Esta perturbação foi reconhecida pela primeira vez em 1980 no DSM-III enquanto perturbação de ansiedade. No entanto muito autores salientam que a existência de sintomas de PPST associados a experiências traumáticas é muito mais antiga, como por exemplo, situações de batalha ou guerra (Pinto, Gonçalves & Lima, 2012). Os critérios de diagnóstico da perturbação sofreram algumas alterações, como por exemplo, no DSM-III um dos critérios de diagnóstico de PPST era a existência de um stressor reconhecido, já no o DSM-III-R passou a estar associado à vivência de experiências raras. No DSM-IV foi excluída esta

questão da raridade e passou a ser incluída, para além da exposição a acontecimentos traumáticos, a resposta de medo ao acontecimento ameaçador (Maia & Fernandes 2003).

Atualmente no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) os critérios de diagnóstico incluem: exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual (vivenciar diretamente, testemunhar, saber que a experiência ocorreu com alguém próximo ou ser exposto repetidamente a detalhes da experiência traumática); presença de sintomas intrusivos, tais como, lembranças angustiantes, sonhos relacionados com a experiência traumática, reações dissociativas, sofrimento psicológico e reações fisiológicas que se assemelhem a algum aspeto do experiência traumática; evitação persistente de estímulos associados à experiência traumática; alterações negativas em cognições e no humor associadas à experiência traumática; e alterações marcantes na reatividade associadas a experiências traumáticas.

A PPST caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a uma ou mais experiências traumáticas, ou seja, situações que ameaçam ou colocam em risco a saúde física ou psicológica de uma pessoa (American Psychiatric Association, 2014; Carvalho & Maia, 2009).

2.2. Modelos conceptuais de PPST

Existem diversos modelos conceptuais e perspectivas teóricas que tentam explicar o desenvolvimento de PPST perante experiências traumáticas (Pinto *et al.,* 2012). Este estudo não pretende abordar uma descrição detalhada dos diferentes modelos teóricos de PPST, mas fornecer uma compreensão teórica dos principais modelos existentes.

Teorias de Condicionamento são baseados nas perspetivas comportamentalistas e abordam questões como o condicionamento clássico e operante como formas de aprendizagem de estímulos e respostas associados a experiências traumáticas, como é o caso da Teoria de aprendizagem de dois fatores de Mower (1960; Friedman, Keane & Resick, 2007). Apesar de pioneiros, estes modelos sofrem de limitações relativamente ao aparecimento dos sintomas tardios e a importância dos factores contextuais (Pinto *et al.,* 2012; Friedman, *et al*., 2007).

A Teoria do processamento emocional foi inicialmente construída tendo por base as perturbações de ansiedade e posteriormente adaptada para a PPST. A teoria postula que no

PPST a estrutura medo é desencadeada por uma série de estímulos inofensivos associados de forma errada ao significado de perigo. Como resultado, o mundo parece extremamente perigoso e promovem um sentido de incompetência no indivíduo (Friedman *et al.*, 2007).

Teoria cognitiva é baseada na suposição de que a interpretação dos acontecimentos é responsável para a evocação de reacções emocionais e que cada emoção está associada a uma classe particular de pensamentos (Friedman *et al.*, 2007). O Modelo cognitivista de Ehlers e Clark (2000) estabelece que os indivíduos com PPST processam de forma negativa os acontecimento potencialmente traumáticos e têm perturbações na memória auto-biográfica caracterizada por uma fraca elaboração e por ser integrada de forma errada. Isto pode explicar a dificuldade em recordar memórias relacionadas com acontecimento.

Segundo uma perspetiva transacional de avaliação cognitiva (Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1999), já abordada neste estudo, a proposta de conceptualização do PPST assenta em três noções principais: a PPST depende da da relação transacional entre a pessoa e a experiência traumática, a PPST depende da significados relacionais e das emoções suscitadas e, por fim, os processos de coping têm um papel essência na PPST. Em suma, segundo este modelo, a PPST depende da relação entre o indivíduo e o ambiente e do significado e emoções que a pessoa atribui a determinada experiência traumática (Pinto *et al.,* 2012).

2.3. Dados de prevalência de PPST

Segundo a literatura, as pessoas não reagem todas da mesma maneira perante experiências traumáticas e não há uma relação direta entre exposição a um acontecimento traumático e desenvolver PPST, ou seja, nem todos os indivíduos desenvolvem a patologia perante uma experiência traumática (Aldwin e Yancura, 2004).

Num estudo realizado por Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) com 2606 participantes, é referido que cerca de 75% da população portuguesa já foi exposta a pelo menos um acontecimento traumático e 43,5% já foram expostos a mais do que um. Os mesmos autores concluíram ainda a taxa de prevalência de PPST ao longo da vida é de cerca de 4,8% para os homens e 11,4% nas mulheres.

Alguns estudos afirmam que os homens apresentarem maior probabilidade de exposição a acontecimentos traumáticos, mas as mulheres parecem mais suscetíveis de

desenvolver PPST (Friedman *et al.*, 2007; Tolin & Foa, 2006). Num estudo conduzido por Ditlevsen e Elklit (2012), com 5220 participantes, os resultados demostraram que existem diferenças relativamente à prevalência de PPST quanto ao sexo, sendo as mulheres a relataram maior prevalência. Num estudo conduzido com 4023 adolescentes, Kilpatrick *et al.* (2003) concluíram que as raparigas apresentaram maior nível de sintomatologia de PPST em comparação com os rapazes. Num estudo conduzido por Carmassi *et al.* (2014) com 512 jovens adultos sobreviventes de uma catástrofe natural, as mulheres relataram uma maior prevalência de PPST comparativamente com os homens, segundo os novos critérios do DSM-5. Num estudo desenvolvido por Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell e Daigneault (2011) com jovens em situação de acolhimento, as raparigas relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST.

Green, Korol, Grace, Vary, Leonard, Gleser e Smitson-Cohen (1991) realizaram um estudo com crianças e jovens expostas a um desastre potencialmente traumático e concluíram que a faixa etária mais jovem demonstrou menos sintomas de PPST e as raparigas relataram mais sintomas do que os rapazes. Aproximadamente 37% dos jovens apresentaram sintomas para um possivel diagnóstico de PPST. Foram ainda identificados factores que puderam contribuir para o diagnóstico, tais como a ameaça à vida, sexo, psicopatologia parental e um ambiente familiar irritável ou deprimido. Um estudo conduzido por Gearing *et al.* (2015) com 86 adolescente jovens em situação de acolhimento, demonstrou que 24% dos adolescentes relatou sintomatologia de PPST e 17% relatou reportou comorbilidade entre sintomatologia de PPST e sintomatologia depressiva.

Alguns estudos abordam as experiências adversas e traumáticas em jovens em situação de acolhimento, no entanto não estudam a relação entre a sintomatologia ou diagnóstico de PPST. Num estudo desenvolvido por Salazar, Keller, Gowen e Courtney (2013) com jovens jovens em situação de acolhimento, a maioria dos participantes relatou, pelo menos, uma experiência traumática durante a sua vida. Segundo este estudo a prevalência total de experiências traumáticas parece não diferir de acordo com o género, no entanto difere ao nível do tipo de experiência. Dorsey *et al.* (2012), desenvolveram um estudo com jovens jovens em situação de acolhimento e concluíram que a maioria da amostra relatou níveis elevados de experiências traumáticas e que cerca de metade da amostra relatou, pelo menos, quatro tipos de experiências traumáticas. Após comparar

jovens em situação de acolhimento o e jovens residentes no meio natural de vida, Briggs, *et al.* (2012) concluíram que, ambos os jovens relatam exposição a experiências traumáticas, com número e gravidade mais elevados para os jovens em situação de acolhimento. Através de uma pesquisa bibliográfica, sobre crianças que residem em casas de acolhimento ou adoção e a sua associação a um risco aumentado de desenvolver sintomas de PPST, em comparação com crianças que se encontravam num ambiente familiar, foi possível verificar uma relação significativa entre o viver em casas de acolhimento, abuso, negligência e PPST (Gupta & Gupta, 2014).

3. Relação entre PPST e coping

Garcia (2010) desenvolveu um revisão de literatura, no qual analisou mais de 300 artigos, sobre a conceptualização e avaliação do coping em adolescentes. Concluíram que o coping representa um construto importante para compreender como os adolescentes reagem e se adaptam a situações traumáticas, no entanto, os diferentes estudos sobre a temática utilizam diferentes termos de estratégias de coping de acordo com os instrumentos utilizados, o que limita a interpretação e comparação entre estudos.

Diversos estudos referem que as estratégias de coping de evitamento estão relacionadas com a prevalência e intensidade dos sintomas de PPST (Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson & Saxe, 2005), assim como as estratégias de coping relacionadas com a supressão (Amir, Kaplan, Efroni, Levine, Benjamin & Kotler, 1997; Badour, Blonigen, Boden, Feldner & Bonn-Miller, 2012; Clohessy & Ehlers (1999).

No entanto, apesar de alguns estudos referirem a importância das estratégias do coping na PPST, alguns estudos referem não haver diferenças significativas, tais como Reynolds e Brewin (1998) que analisaram uma amostra não-clinica de indivíduos com PPST e/ou depressão e concluíram que não houve diferenças significativas ao nível do uso e na eficácia das estratégias de coping.

Num estudo desenvolvido numa amostra da comunidade, Bal, Crombez, Oost e Debourdeaudhuij (2003), concluíram que 42% dos adolescentes reportaram experiências stressantes e utilizam mais estratégias de coping evitante e menos estratégias de coping relacionadas com a procura de apoio. Stallard, Velleman, Langsford e Baldwin (2001) concluíram que crianças que preencheram os critérios de PPST relatam mais estratégias de

coping negativas comparativamente com os que não preencheram os critérios, nomeadamente, estratégias relacionadas com isolamento social e culpar os outros. Flannery e Singer (1998) concluíram que adolescentes com níveis elevados de exposição a violência doméstica utilizam mais estratégias de coping negativas, tais como consumo de drogas ou álcool, comparativamente com os jovens que relataram baixa exposição a violência domestica. Num estudo desenvolvido por Seiffge-Krenke (1993), os resultados demonstram diferenças ao nível da estratégias de coping entre jovens considerados de risco e jovens considerados como de baixo risco, sendo que os jovens de baixo risco utilizam mais estratégias proativas e funcionais, enquanto que os jovens considerados de alto risco utilizam padrões de coping mais ambivalentes, ou seja funcionais e disfuncionais.

4. O presente estudo

Este trabalho tem como objetivo explorar a relação entre estratégias de coping e sintomatologia de PPST em jovens de risco. As novidades deste estudo relacionam-se com: a utilização de uma amostra de risco, uma vez que a maioria da literatura existente estuda jovens da população em geral, após a exposição a uma experiência traumática; a utilização de dois questionários (CPSS-V e LEC-5) que avaliam a sintomatologia de PPST segundo o DSM-5, uma vez que a maioria dos estudos observados utilizaram os critérios da DSM-IV para a avaliação da sintomatologia da PPST nas suas amostras; e, ainda, a utilização de um instrumento (LEC-5) que avalia preenchimento ou não do critério A de PPST, sendo que a maioria dos estudos avalia apenas a presença de sintomatologia de PPST. De forma a avaliar o critério A, cada acontecimento relatado pelos participantes para o preenchimento ou não do critério, foi avaliado por três juízes independentes e, posteriormente, foi realizada uma reflexão falada sobre os mesmos.

Para este estudo utilizamos uma amostra de risco composta por dois grupos distintos: jovens em situação de acolhimento e um grupo de comparação constituído por jovens que frequentavam Escolas Profissionais (que residem no meio natural de vida). As Escolas Profissionais constituem uma alternativa a jovens que não obtiveram sucesso escolar no ensino regular e que, por esta característica, jovens a frequentar escolas profissionais foram incluídos como o grupo de comparação aos jovens em situação de

acolhimento, dado as características socioeconómicas serem idênticas. De acordo com o Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens, publicado pelo Instituto da Segurança Social, I. P. (2016), em Portugal, no ano de 2015, destaca-se uma elevada taxa de insucesso escolar em jovens institucionalizados, os quais apenas 18.5% dos alunos entre os 15 e os 17 anos de idade frequentam o ensino regular, sendo que os restantes encontram-se integrados na modalidade de ensino profissional. Segundo este relatório, encontravam-se em situação de acolhimento 8600 crianças e jovens, dos quais 2660 (31%) crianças com idades compreendidas entre 0 e 11 anos, 4784 (55.6%) jovens com idades compreendidas entre 12 e 17 anos e 1156 (13.4%) jovens com idades compreendidas entre 18 e 20 anos. Relativamente à distribuição por sexo, 4449 (51.7%) das crianças e jovens em situação de acolhimento são do sexo masculino e 4151 (48.3%) são do sexo feminino. De acordo com este relatório, existem algumas características de risco associadas às crianças e jovens em situação de acolhimento, tais como, problemas de comportamento, toxicodependência ou consumo esporádico de estupefacientes, problemas de saúde mental, debilidade ou deficiência mental, deficiência física e doença física. Relativamente às razões/situações de perigo que ocasionaram a situação acolhimento das crianças ou jovens, destacam-se as seguintes: falta de supervisão e acompanhamento familiar, a exposição a modelos parentais desviantes, negligência dos cuidados de educação e de saúde, ausência temporária de suporte familiar, prática de comportamentos desviantes e comportamentos de risco das criança ou jovens. Em relação ao acompanhamento ao nível de saúde mental prestado a estas crianças e jovens (psicoterapêutico e/ou psiquiátrico), destaca-se que 1214 (14.1%) usufruem de acompanhamento irregular e 5032 (58.5%) usufruem de acompanhamento regular, sendo que 2354 (27.4%) não recebem qualquer tipo acompanhamento.

De acordo com vários estudos realizados com jovens jovens em situação de acolhimento, os jovens relatam níveis elevados de experiências adversas e abusivas, negligência, psicopatologia e sintomatologia de PPST (Collin-Vézina *et al.*, 2011; Fischer, Dölitzsch, Schmeck, Fegert & Schmid, 2016; Gearing *et al*., 2015).

Os objetivos gerais deste estudo são: (1) perceber as diferenças ao nível das estratégias de coping utilizadas para lidar com situações traumáticas, (2) perceber as diferenças ao nível da sintomatologia de PPST e (3) avaliar a interação entre estas duas

variáveis. Os objetivos específicos são: (1) perceber as diferenças, ao nível do PPST relacionadas com a sexo e tipo de amostra, (2) perceber quais as diferenças entre os dois grupos relativamente às estratégias de coping que utilizam para fazer face a situações traumáticas, (3) perceber a influência das estratégias de coping na sintomatologia de PPST. Atendendo à literatura e aos objectivos estabelecidos, são propostas as seguintes hipóteses:

H1: Espera-se encontrar maior prevalência de sintomatologia de PPST em raparigas do que em rapazes;

H2: Espera-se que os jovens que relataram níveis mais elevados de estratégias de coping positivas relatem menos sintomatologia de PPST;

H3: Espera-se que existam diferenças significativas entre as subescalas de coping ao nível do critério para sintomatologia de PPST;

H4: Espera-se que os jovens que residem no meio natural de vida relatem níveis mais elevados de estratégias de coping positivas relativamente aos jovens em situação de acolhimento;

H5: Espera-se que os jovens em situação de acolhimento relatem níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os jovens que residem no meio natural de vida.

Método

Participantes

A amostra deste estudo é composta por 183 jovens considerados de risco: 100 (54.7%) são estudantes do Ensino Profissional e 83 (45.4%) são jovens em situação de acolhimento. Foram inicialmente contactados cerca de 300 jovens, mas apenas 183 se mostraram disponíveis a participar no estudo. Desta amostra, 89 (48.6%) são do sexo masculino e 94 (51.4%) do sexo feminino. A maioria dos participantes são do sexo feminino (*Mo* = 1). A idade média da amostra é de 15.72 anos de idade (*DP*=1.28), variando entre 13 e 17 anos. A escolaridade média da amostra é de 8.96 anos, ou seja, 9º ano de escolaridade (*DP*=1.56), podendo a mesma variar entre o 5º ano e o 12º ano de escolaridade. Destes participantes, 110 (60.8%) foram sinalizados pela Comissão de Proteção a Crianças e Jovens (CPCJ), Tribunal ou Segurança Social e 71 (39.2%) não

foram sinalizados. Relativamente ao local de residência, 85 participantes (46.4%) vivem em Casas de Acolhimento, 63 (34.4%) vivem com ambos os pais, 33 (18.0%) vivem só com a mãe e 2 (1.1%) vive só com o pai. Relativamente ao rendimento familiar dos participantes, 17 participantes (11.3%) relataram um rendimento inferior a 250 euros, 40 (26.7%) entre 250 e 500 euros, 40 (26.7%) entre 500 e 750 euros, 28 (18.7%) entre 750 e 1000 euros, 14 (9.3%) entre 1000 e 1500 euros, 3 (2.0%) entre 1500 e 2000 euros e 8 (5.3%) superior a 2000 euros.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico que contempla questões de escolha múltipla sobre os participantes, tais como, idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, situação ocupacional, residência atual e se alguma vez foi sinalizado por alguma entidade sinalizadora (CPCJ, Tribunal ou Segurança Social). Abrange ainda informação familiar, como o número de elementos do agregado familiar, rendimento mensal do agregado familiar e grau de escolaridade dos pais.

Child PTSD Symptom Scale-V (CPSS-V; Gillihan *et al.*, 2012; Correia-Santos, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2015a) pretende avaliar a severidade da sintomatologia de PPST em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos de idade, que foram expostos a um ou mais acontecimentos traumáticos, segundo os novos critérios de diagnóstico introduzidos com o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2013). Neste presente estudo, foi utilizada a versão portuguesa do CPSS-V, ainda em processo de validação. Este instrumento é constituído por 2 questões de resposta breve, nas quais o participante devem descrever o acontecimento que mais o perturba e referir quando aconteceu. Inclui, ainda, 20 itens cotados numa escala de *Likert* de 0 ("Nunca") a 4 ("6 a mais vezes por semana"), que correspondem aos sintomas de PPST segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) e 7 itens cotados dicotomicamente como "Sim" e "Não", que avaliam se os sintomas mencionados interferem na vida dos participantes. As questões devem ser respondidas tendo em conta o "Último mês". A cotação do instrumento varia entre 0 e 87 e o instrumento demonstrou boa consistência interna (*Cronbach's* α = .83).

Escala de Estratégias de Coping na Adolescência (EECA; Burnett & Fanshawe, 1996; Dias, Castillo Rodriguez & López-Sánchez, 2015) é uma versão reduzida do A-COPE (Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences) com 26 itens e 10 sub-escalas (Melhoria pessoal, Focus no positivo, Procura de apoio espiritual, Recurso ao humor, Procura de diversões, Descarga emocional, Uso de drogas, Procura de apoio familiar, Procura de apoio de outros e Procura de apoio profissional). As respostas às questões são cotadas numa escala tipo *Likert* de 1 a 5, no qual 1 representa "Discordas fortemente" e 5 representa "Concordas fortemente". De acordo com as hipóteses assinaladas, a cotação deste instrumento varia entre 26 e 130, sendo que, uma pontuação mais elevada representa um nível superior de estratégias de coping. O instrumento demonstrou consistência interna razoável (*Cronbach's* α = .77).

Lista de Acontecimentos de Vida para DSM-5 (LEC-5; Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx & Keane, 2013; Correia-Santos, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2015b). Avalia a exposição a diferentes tipos de acontecimentos traumáticos e o modo como esses acontecimentos foram experienciados (Maheux & Price, 2015). Este instrumento está dividido em duas partes: a primeira parte é constituída por 17 questões cotadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que os participantes devem assinalar uma ou várias opções ("Aconteceu-me", "Vi acontecer", "Soube que aconteceu", "Não tenho a certeza" e "Não se aplica"). A segunda parte é composta por três questões de resposta breve e 6 questões de escolha múltipla, nas quais devem indicar acontecimentos mais perturbadores e outras informações relacionadas com com esses acontecimentos. Todas as questões dever ser respondidas tendo em consideração toda a vida, ou seja, desde a infância até à idade atual.

Procedimentos

Este estudo enquadra-se num projeto de investigação mais alargado desenvolvido pela Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto da Universidade Lusófona do Porto, com o intuito de validar, para o população portuguesa, um Questionário de Acontecimentos de Vida para Jovens, nomeadamente, o instrumento Child PTSD Symptom Scale-V (CPSS-V; Gillihan *et al.*, 2012).

Para a elaboração deste estudo foram contactados os autores dos instrumentos utilizados, com a finalidade de obter autorização para utilizar os instrumentos necessários na recolha de dados e para realizar a validação da escala CPSS-V para a população portuguesa. Para a validação da escala CPSS-V foi realizada uma tradução da escala original e posteriormente uma retroversão. A retroversão foi enviada para autores da escala original, que responderam com um parecer positivo. Foi também realizada uma fase de reflexão falada, ou seja, o instrumento foi preenchido por um grupo de sujeitos com a finalidade de analisar a legibilidade e objetividade dos itens, assim como, potenciais ambiguidades e dificuldades identificadas. Antes de iniciar a recolha de dados, um grupo de sujeitos preencheu a proposta final do conjunto de instrumentos de avaliação, para averiguar qual o tempo médio de preenchimento. Estimou-se um tempo médio de cerca de 30 a 40 minutos.

Para realizar a recolha de dados foram contactadas várias Casas de Acolhimento e Escolas Profissionais do distrito do Porto. As entidades foram contactadas inicialmente por correio eletrónico (e-mail) através do envio de um texto padrão previamente construído e adaptado a cada entidade. Seguidamente, foram realizados contactos via telefone com as entidades que manifestaram interesse em participar no estudo e para as que, no prazo de três semanas, não responderam ao contacto inicial. Após a autorização das entidades que aceitaram colaborar no estudo, iniciou-se a recolha de dados.

No caso das Escolas Profissionais, dois investigadores deslocaram-se aos locais, em hora e dia previamente combinados com os professores/diretores/técnicos, para apresentar o projeto aos potenciais participantes e entregar consentimentos informados, para que fossem assinados, um pelo jovem, e outro pelo seu respetivo representante legal. A recolha de dados só se iniciou após entrega de ambos os consentimentos devidamente assinados. Assim, na recolha de dados os jovens foram convidados a participar no estudo, em contexto de sala de aula. Foram-lhes explicados os objetivos do projeto e, no caso de interesse em participar, cada um preencheu o consentimento informado, que garantiu o anonimato e confidencialidade dos dados. Por sua vez, os protocolos foram distribuídos e auto-administrados pelos alunos que, em caso de dúvidas as colocavam, de forma individual, ao investigador que se encontrava no local.

No caso das Casas de Acolhimento, por diversos motivos (e.g., logísticos), em

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

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

Durante o preenchimento dos questionários, os jovens foram distribuídos por mesas devidamente afastadas, de forma a garantir a privacidade das suas respostas. Antes de iniciar o preenchimento, foi ainda explicado aos jovens que, em qualquer momento, poderiam interromper a sua participação e que estariam presentes na sala dois investigadores para clarificar as dúvidas que surgissem durante o processo. Todos os procedimentos foram realizados de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de Outubro e Deliberação Nº 227/2007, bem como o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), especificamente o artigo 7.

Análise de dados

Para realizar a análise estatística dos dados recolhidos, foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*), versão 24.0, com o qual se realizaram análises descritivas e diferenciais. Foi utilizado o *t-test* para amostras independentes para analisar a relação entre o género e a sintomatologia de PPST e uma análise de covariância (ANCOVA) para perceber se o efeito se mantinha significativo após ajustar as variáveis relativas à exposição total de experiências traumáticas e total de estratégias de coping. Para analisar a relação entre estratégias de coping positivas e o tipo de amostra foi realizado um

t-test para amostras independentes e para averiguar a relação entre a sintomatologia de PPST e o tipo de amostra foi realizado um t-test para amostras independentes e uma análise de covariância (ANCOVA) com o intuito de controlar as variáveis sóciodemográficas. No sentido de verificar a relação entre as estratégias de coping positivas e a sintomatologia de PPST, foram realizadas uma correlação de Pearson e uma análise de regressão hierárquica. Por fim para avaliar possíveis diferenças entre as subescalas de coping ao nível do critério para sintomatologia de PPST foi utilizada a MANOVA.

Resultados

Do total dos participantes (n = 183), 166 (91%) dos jovens foram expostos a pelo menos uma experiência traumática (cumpriram o 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. Relativamente ao coping, 178 (97.3%) dos participantes responderam ao questionário de coping e 5 (2.7%) não responderam. Na tabela 1 estão representados as médias e desvios-padrão das medidas de Coping e PPST.

Tabela 1

Médias e Desvios-Padrão das Principais Medidas.

Variáveis	*n*	*M*	DP	*Min*	*Máx*
Coping	178	89.56	16.29	35.00	122.00
PPST	183	20.45	22.66	.00	73.00

Para verificar a existência de diferenças ao nível do género relativamente à sintomatologia de PPST foi realizado um *t-test* para amostras independentes. Foram encontradas diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino ao nível de sintomatologia de PPST, $t(169) = -3.92$, $p < .001$. Este efeito manteve-se significativo após serem ajustadas as variáveis de exposição total de experiências traumáticas e total de estratégias de coping, $F(1, 171) = 12.06$, $p = .001$. As raparigas relataram níveis mais

elevados de sintomatologia de PPST (*M* = 26.55; *DP* = 24.88) comparativamente com os rapazes (*M* = 14.01; *DP* = 18.06).

Para avaliar a relação entre as estratégias de coping positivas (Melhoria pessoal, Focus no positivo, Procura de apoio espiritual, Recurso ao humor, Procura de diversões, Procura de apoio familiar, Procura de apoio de outros e Procura de apoio profissional) e a sintomatologia de PPST foi realizada uma Correlação e Pearson. Foi encontrada uma correlação negativa fraca, no entanto não significativa, entre as estratégias de coping positivas e sintomatologia de PPST, $r = -.13$, $p = .075$. Foi também realizada uma análise de regressão hierárquica. Os resultados indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica no total 30,6% da variância, $R^2 = .31$, $F(6, 162) = 11{,}90$, $p < .001$). O primeiro bloco explica significativamente a predita e explica 8,3% de variância $F(4, 164) = 3.70$, $p = .007$. O segundo bloco acresce 22.3% à variância explicada do modelo final, sendo este acréscimo significativo, $F(2, 162) = 26.06$, $p < .001$. Neste ultimo bloco apenas o sexo, $\beta = .22$, $t = 2.92$, $p = .004$, CI [3.15-16.34] e os acontecimentos de vida, $\beta = .46$, $t = 6.78$, $p < .001$, CI [1.90-3.46] foram preditores significativos da sintomatologia de PPST (ver Tabela 2).

Tabela 2

Regressão hierárquica: preditores da sintomatologia de PPST.

Modelo	B	β	*t*		R^2		ΔR^2	
Passo 1					.08	**	.08	**
Local onde vive	-4.30	-.09	-.94					
Idade	.27	.02	.15					
Sexo	11.71	.26	3.08	**				
Escolaridade	-1.26	-.09	-.75					
Passo 2					.31	***	.22	***
Local onde vive	-4.49	-.10	-1.11					
Idade	-.86	-.05	-.54					
Sexo	9.74	.22	2.92	**				
Escolaridade	-1.43	-.10	-.96					
Acontecimentos de Vida (LEC)	2.68	.46	6.78	***				
Estratégias de Coping	-.09	-.06	-.93					

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

A MANOVA levada a cabo com o objectivo de identificar possíveis diferenças entre as subescalas de coping ao nível do critério para sintomatologia de PPST revelou a existência de diferenças significativas entre as subescalas de coping, Pillai's Trace =.17, $F(10, 167) = 3.30$, p =.001, partial $\eta^2 = .17$. Contudo, estas diferenças apenas foram verificadas para as subescalas Descarga emocional, $F(1, 176) = 16.90$, $p < .001$) e Uso de drogas, $F(1, 176) = 16.86$, $p < .001$), que representam estratégias de coping negativas. Os jovens que apresentaram sintomatologia de PPST utilizam mais a subescala Descarga emocional ($M = 7.41$; $DP = 3.21$) comparativamente com os jovens que não apresentaram sintomatologia de PPST ($M = 5.47$; $DP = 2.59$). Relativamente à subescala Uso de drogas, os jovens que apresentaram sintomatologia de PPST utilizam mais esta subescala ($M = 7.43$; $DP = 4.01$) comparativamente com os jovens que não apresentaram sintomatologia de PPST ($M = 5.09$; $DP = 3.07$).

Foram utilizados dois *t-test* para testar a relação entre as estratégias de coping positivas e da sintomatologia de PPST ao entre os dois grupos da amostra. Não foram

encontradas diferenças significativas entre os jovens que residem no meio natural de vida e os jovens institucionalizados ao nível das estratégias de coping positivas, $t(159) = 1.45$, $p = .15$.

Foram encontradas diferenças significativas entre o os jovens que residem no meio natural de vida e jovens institucionalizados ao nível de sintomatologia de PPST, $t(180) = 2.27$, $p = .024$. Os jovens que residem no meio natural de vida relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST ($M = 23.93$; $DP = 23.90$) comparativamente com os jovens em situação de acolhimento ($M = 16.45$; $DP = 20.57$). Depois de incluídas na analise as covariáveis sociodemográficas, o valor da significância manteve-se significativo ($p = .016$).

Discussão

Este estudo explorou a relação entre estratégias de coping e sintomatologia de PPST em jovens de risco. O estudo teve como novidade a utilização de uma amostra de risco, a utilização de questionários que avaliam a sintomatologia de PPST segundo o DSM-5 e a avaliação do preenchimento ou não do critério A de PPST (além da avaliação da presença de sintomatologia de PPST).

Relativamente à primeira hipótese, foram encontradas diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino ao nível de sintomatologia de PPST, nomeadamente, o sexo feminino relatou níveis mais elevados de sintomatologia de PPST. Assim, esta hipótese foi confirmada. Estes resultados estão de acordo com outros estudos com jovens em risco que analisaram diferenças de sexo relativamente à sintomatologia de PPST, que verificaram que o sexo feminino apresentou níveis mais elevados de PPST (e.g., Carmassi *et al*., 2014; Collin-Vézina *et al.*, 2011; Gearing *et al*., 2015; Green *et al.,* 1991), bem como na literatura em geral (e.g., Ditlevsen & Elklit, 2012; Friedman *et al*., 2006; Kilpatrick *et al*., 2003; Tolin & Foa, 2006). Uma novidade deste estudo foi que, procurou na análise destas diferenças de sexo, controlar a exposição às experiências traumáticas e utilização de estratégias de coping. As diferenças mantiveram-se significativas, isto é, o sexo feminino relatou níveis mais elevados de sintomatologia de PTSD mesmo após terem sido ajustadas as covariáveis. Estes resultados sugerem que as raparigas parecem ser mais

vulneráveis a uma maior sintomatologia de PPST, independentemente da exposição a experiências traumáticas e do coping utilizado, comparativamente com o sexo masculino.

A segunda hipótese não foi confirmada, pois não foi encontrada uma correlação significativa entre as estratégias de coping positivas e sintomatologia de PPST. Por outro lado, a confirmação da terceira hipótese parece explicar o facto de a hipótese anterior não ter sido confirmada. Ou seja, as únicas subescalas que foram associadas ao grupo de jovens com sintomatologia de PPST foram as subescalas Descarga emocional e Uso de drogas, que são estratégias de coping negativas. Estes resultados sugerem que as estratégias de coping positivas não tem relação com a sintomatologia de PPST, ao passo que as negativas sim, têm uma relação significativa, ou seja, contribuem para níveis mais elevados de sintomatologia de PPST. Parte deste resultado está de acordo com a literatura, que revela que estratégias de coping negativas estão relacionadas com sintomatologia de PPST (Bal *et al.*, 2003; Stallard *et al.*, 2001), nomeadamente com o abuso de drogas (Flannery & Singer, 1998). Um dos problemas de comparar estes dados com a literatura é o facto de o coping ser operacionalizado por diferentes instrumentos e diferentes nomenclaturas, o que torna difícil a sua comparação. Sugere-se que futuros estudos explorem o papel de coping positivo e negativo na relação com PPST uma vez que os nossos resultados sugerem que este deve ser estudado de forma diferenciada.

Relativamente à quarta hipótese, não foram encontradas diferenças significativas entre os jovens que residem no meio natural de vida e os jovens em situação de acolhimento ao nível das estratégias de coping positivas. Esta hipótese contraria alguns estudos que avaliam as estratégias de coping em jovens que relatam experiências traumáticas, sendo que esta hipótese não foi confirmada (Bal *et al.*, 2003; Seiffge-Krenke, 1993). O facto de a hipótese não ter sido confirmada pode ser explicado devido às características de nossa amostra, em que participam jovens em situação de acolhimento e jovens que têm semelhanças a estes (de risco), comparativamente com os estudos anteriores, que utilizaram amostras de comparação da comunidade, com diferentes características.

Em relação à hipótese cinco, foram encontradas diferenças entre os dois grupos, mas no sentido oposto ao esperado, pelo que a hipótese não se confirmou**.** Os jovens que residem no meio natural de vida relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST

comparativamente com os jovens em situação de acolhimento, contrariamente à informação presente na literatura (Briggs *et al.* 2012; Collin-Vézina *et al.,* 2011; Dorsey *et al.*, 2012; Fischer *et al.*, 2016; Gearing *et al*., 2015; Gupta & Gupta, 2014; Salazar *et al.,* 2013). No entanto é importante referir que ambos os grupos são considerados de risco e estes resultados podem ser explicados dado o facto de os jovens que frequentam escolas profissionais (e vivem no meio natural de vida) serem considerados jovens de risco, dadas as suas características, tais como insucesso escolar e baixo nível socioeconómico. Este resultado pode também ser explicado pela possibilidade de os jovens em situação de acolhimento receberem apoio ao nível da saúde mental e, por isso, apresentarem respostas mais ajustadas, bem como terem sido alvo de uma medida de promoção e proteção devido a terem sido sinalizados por entidades sinalizadoras (CPCJ, Tribunal ou Segurança Social), comparativamente com os jovens da comunidade que não foram alvo desta medida preventiva.

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 e 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 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. 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 em situação de acolhimento e da comunidade, pelo que não é possível generalizar os resultados.

Apesar destas limitações, o presente estudo mostrou evidência empírica sobre a relação entre as estratégias de coping e a sintomatologia de PPST em jovens em risco. Os resultados permitiram perceber aspetos importantes relativamente a esta amostra, nomeadamente a prevalência de sintomatologia de PPST e a exposição a experiências traumáticas, mesmo em jovens da comunidade. Relativamente às estratégias de coping, os

resultados deste estudo sugerem que a intervenção no coping devem focar-se na redução de estratégias de coping negativas, e assim diminuir a sintomatologia de PTSD, que poderá passar também pelo aumento ou substituição de estratégias de coping positivas. Isto poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias e trajetórias de vida mais ajustadas e, consequentemente, para uma melhor qualidade de vida.

Referências bibliográficas

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Albuquerque, A. d., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. Acta Médica Portuguesa vol.16, 309-320.

Aldwin, C. M., & Yancura, L. A. (2004). Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures. In Schnurr, P. P. & Green, B. B. (Eds.). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (99-125). Washington, DC: American Psychological Association.

Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J., & Kotler, M. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual differences, 23*(3), 399-405. doi:10.1016/S0191-8869(97)80005-0

Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behaviour research and therapy, 50*(10), 610-616. 10.1016/j.brat.2012.06.006

Bal, S., Crombez, G., Oost, P., & Debourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect, 27*(12), 1377-1395. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.06.002

Briggs, E. C., Greeson, J. K., Layne, C. M., Fairbank, J. A., Knoverek, A. M., & Pynoos, R. S. (2012). Trauma exposure, psychosocial functioning, and treatment needs of youth in residential care: Preliminary findings from the NCTSN Core Data Set. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 5*(1), 1-15. doi: 0.1080/19361521.2012.646413

Browne, D. C. (1998). The relationship between problem disclosure, coping strategies and placement outcome in foster adolescents. *Journal of adolescence, 21*(5), 585-597. doi: 10.1006/jado.1998.0180

Burnett, P. C., & Fanshawe, J. P. (1996). Measuring adolescent coping strategies: A revalidation of the adolescent coping orientation for problem experiences. *The Australian Educational and Developmental Psychologist, 13*(2), 40-53. doi: 10.1017/ S0816512200027504

Caires, S., & Silva, C. (2011). Fatores de stress e estratégias de coping entre adolescentes no 12º ano de escolaridade. *Estudos de Psicologia, 28*(3), 295-306.

Carmassi, C., Stratta, P., Massimetti, G., Bertelloni, C. A., Conversano, C., Cremone, I. M., ... & Dell'Osso, L. (2014). New DSM-5 maladaptive symptoms in PTSD: gender differences and correlations with mood spectrum symptoms in a sample of high school students following survival of an earthquake. *Annals of general psychiatry, 13*(1), 1-9. doi:10.1186/s12991-014-0028-9

Carvalho, C., & Maia, Â. (2009). Perturbação Pós-Stress Traumático e indicadores de (in)adapatação em Bombeiros Portugueses. In A. Maia, S. Silva, e T. Pires, (orgs). Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa (pp. 277-290). Braga: CIPSI Edições

Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology, 38*(3), 251-265. doi: 10.1348/014466599162836

Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (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. doi: 10.1007/s11469-011-9323-8

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin, 127*(1), 87-127. doi: 10.1037//0033-2909.127.1.87

Correia-Santos, P., Jongenelen, I., Maia, A., & Pinto, R. (2015a). *CPSS-V - The Child PTSD Symptom Scale V*. Manuscrito em preparação.

Correia-Santos, P., Jongenelen, I., Maia, A., & Pinto, R. (2015b). *Lista de Acontecimentos de Vida para DSM-5*. Manuscrito em preparação.

Dias, P. C., Rodriguez, J. A., & López-Sánchez, C. (2015). Adaptação da Escala de Estratégias de Coping na adolescência numa amostra Portuguesa. *Estudos de Psicologia (Natal), 20*(1), 12-21. doi: 10.5935/1678-4669.20150003

Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of general psychiatry, 11*(1), 1-6. doi:10.1186/1744-859X-11-26

Dorsey, S., Burns, B. J., Southerland, D. G., Cox, J. R., Wagner, H. R., & Farmer, E. M. (2012). Prior trauma exposure for youth in treatment foster care. *Journal of child and family studies, 21*(5), 816-824. doi: 10.1007/s10826-011-9542-4

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy, 38*(4), 319-345. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Fischer, S., Dölitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and youth services review, 67*, 203-211. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.06.013

Flannery, D. J., & Singer, M. (1998). Adolescent violence exposure and victimization at home: Coping and psychological trauma symptoms. International Review of Victimology, 6(1), 29-48. doi:10.1177/026975809800600103

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. J*ournal of health and social behavior, 21*(3),219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology, 48*(1), 150-170. doi: 10.1037/0022-3514.48.1.150

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986a). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology, 50*(5), 992-1003. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986b). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology, 50*(3), 571-579.

Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). (2007). Handbook of PTSD: Science and practice. Guilford Press.

Garcia, C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: A review of the literature. *Journal of nursing scholarship, 42*(2), 166-185. doi:10.1111/j. 1547-5069.2009.01327.x.

Gearing, R. E., Brewer K. B., Elkins J., Ibrahim R. W., MacKenzie M. J., Schwalbe C. S. (2015). Prevalence and correlates of depression, posttraumatic stress disorder, and suicidality in Jordanian youth in institutional care. T*he Journal of Nervous and Mental Disease, 203*(3), 175-181. doi: 10.1097/NMD.0000000000000267

Gillihan, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2012). The Child PTSD Symptom Scale: psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. *Psychological assessment, 25*(1), 23-31. doi: 10.1037/a0029553

Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. G., Leonard, A. C., Gleser, G. C., & Smitson-Cohen, S. (1991). Children and disaster: Age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*(6), 945-951. doi: 10.1097/00004583-199111000-00012

Gupta, D., & Gupta, N. (2014). Risk of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Children Living in Foster Care and Institutionalised Settings. Institutionalised C h i l d r e n Explorations and Beyond, 1(1), 45-56.

Instituto da Segurança Social, I. P. (2016). CASA 2015 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens (Relatório No. 13). Retirado de h t t p : / / w w w . s e g - s o c i a l . p t / d o c u m e n t s / 1 0 1 5 2 / 1 4 7 2 5 7 9 5 / Relat%C3%B3rio_CASA_2015/f3e06877-ad73-48e4-8395-75b33fedcae0

Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L., & Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children. *The American journal of psychiatry, 162*(7), 1305-1310. doi: 10.1176/appi.ajp.162.7.1305

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(4), 692-700. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.692

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. P*sychosomatic medicine, 55*(3), 234-247.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer publishing company

Lilly, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2010). Intimate partner violence and PTSD: The moderating role of emotion-focused coping. *Violence and victims, 25*(5), 604-616. doi: 10.1891/0886-6708.25.5.604

Maheux, A., & Price, M. (2015). Investigation of the Relation Between PTSD Symptoms and Self-Compassion: Comparison Across DSM IV and DSM 5 PTSD Symptom Clusters. S*elf and Identity, 1*4(6), 627-637. doi: 10.1080/15298868.2015.1037791

Maia, A. & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-stress Traumático (PTSD) e Avaliação da Resposta ao Trauma. In M. Pereira & J. Monteiro-Ferreira. Stress Traumático. Aspectos Teóricos e Intervenção. Lisboa. Climepsi Editores.

Mitrousi, S., Travlos, A., Koukia, E., & Zyga, S. (2013). Theoretical Approaches to Coping. *International Journal, 6*(2), 131-137.

Parker, J. & Endler, N. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality, 6*, 321-344. doi: 10.1002/per.2410060502

Pinto, A. M., Gonçalves, S. P., & Lima, M. L. (2012). Stress e trauma, continuidades e descontinuidades: Para uma reflexão sobre a PPST. P*sicologia, Saúde & Doenças, 13*(1), 49-65.

Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour research and therapy, 3*6(2), doi: 135-147. 10.1016/ S0005-7967(98)00013-8

Salazar, A. M., Keller, T. E., Gowen, L. K., & Courtney, M. E. (2013). Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48*(4), 545-551. doi: 10.1007/s00127-012-0563-0

Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence, 16*(3), 285-303. doi: 10.1006/ jado.1993.1026

Stallard, P., Velleman, R., Langsford, J., & Baldwin, S. (2001). Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *British Journal of Clinical Psychology, 40*(2), 197-208. doi: 0.1348/014466501163643

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), 959-992. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959

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