



UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**  
DO PORTO

Sara Raquel da Silva Reis

**A Relação entre Adversidade na Infância e Perturbação  
Pós-Stress Traumático (PPST) em Jovens em Risco**

Trabalho realizado sob orientação do  
**Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto**

Dezembro 2016





UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**  
DO PORTO

Sara Raquel da Silva Reis

**A Relação entre Adversidade na Infância e Perturbação  
Pós-Stress Traumático (PPST) em Jovens em Risco**

Dissertação de Mestrado  
Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto  
no dia 12/12/2016, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof. Doutor Diogo Lamela

Vogais: Prof<sup>ª</sup> Doutora Carla Antunes (Universidade Lusófona do Porto) -  
arguente

Orientador: Prof. Doutor Ricardo Pinto

Dezembro 2016

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

## Agradecimentos

Muitas das vezes, os nossos objetivos pessoais, além de acarretarem o nosso esforço, contam com a presença e auxílio de muitos mais protagonistas. Por isso, e devido à importância desses mesmos protagonistas para chegar a um resultado final, gostaria de agradecer, em particular:

Ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto pela disponibilidade que sempre mostrou para me sugerir diretrizes e partilhar ensinamentos;

À minha co-orientadora, Professora Doutora Inês Jongenelen pela atenção dispensada;

À Patrícia Correia Santos por ter sido incansável no ato de ajudar principalmente na fase inicial deste projeto;

Agradeço também a todas as Escolas Profissionais e Casas de Acolhimento pela sua simpatia, disponibilidade, e por colaborarem neste projeto de investigação, sem eles o trabalho ter-se-ia dificultado bastante;

Aos meus colegas da equipa do projeto de investigação, Rita Monteiro e Diogo Morgado com quem tive a oportunidade de partilhar experiências e ideias, com os quais enriqueci profissionalmente e pessoalmente;

À minha amiga Vanessa Coelho, pela incondicional presença e partilha de sentimentos;

Agradeço aos meus pais, à minha irmã e ao meu namorado por todo o apoio e incentivo que me foram dando ao longo do tempo.

A todos estes e aos omissos, o meu mais sincero obrigada!

## **A relação entre adversidade na infância e perturbação pós-stress traumático (PPST) em jovens em risco**

### **Resumo**

A presente dissertação teve como objetivo avaliar a relação entre adversidade na infância e Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) em jovens residentes em casas de acolhimento. Foi também utilizado um grupo de comparação do meio natural de vida, com semelhanças ao nível socioeconómico. A novidade do estudo prendeu-se com a utilização de uma amostra de risco, uma vez que a maior parte dos estudos anteriores compararam jovens em casas de acolhimento com jovens no meio natural de vida, diferentes do ponto de vista socioeconómico, bem como a utilização de um instrumento de avaliação de sintomatologia de PPST com base no atual DSM-V, e uma escala de avaliação de experiências traumáticas (LEC-5). Esta última escala é uma novidade uma vez que a maior parte dos estudos anteriores não tem avaliado o critério (A) da sintomatologia de PPST.

**Método:** O estudo incluiu 183 jovens, dos quais 100 (54.7%) eram estudantes do ensino profissional e 83 (45.4%) eram residentes em Casas de Acolhimento, com 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-V, *Child PPST Symptom Scale – V* e o Questionário de Experiências Adversas na Infância.

**Resultados:** Os principais resultados obtidos revelaram que mais adversidade na infância foi associada a níveis mais elevados de sintomatologia de PPST. Os jovens pertencentes ao grupo de comparação (escolas profissionais) relataram significativamente mais sintomatologia de PPST. Um dos fatores que parece ter explicado este resultado foi o facto de estes jovens terem também relatado experiências adversas na infância, mas não houve medida de promoção e proteção, comparativamente aos jovens residentes em casas de acolhimento.

**Conclusões:** A identificação precoce de adversidades na infância, incluindo-se medidas de acolhimento residencial, podem diminuir o impacto negativo da exposição à adversidade, nomeadamente o desenvolvimento de PPST.

*Palavras-Chave:* Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST); Experiências Adversas na Infância; Jovens em Risco.

## **The relationship between childhood adversity and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adolescents at risk**

### **Abstract**

The present dissertation aims to evaluate the relationship between childhood adversity and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adolescents living in residential care. It was also used a comparison group from the community, with socio-economic similarities. The novelty of the study was the use of a risk sample, since most of the previous studies compared adolescents living in residential care and adolescents from the community, which are different in terms of socio-economic characteristics. Additionally, the use of a PTSD symptomatology scale based on the current DSM-V, including a scale to assess the criterion A of the PTSD, were also the novelty of the study, considering that the majority of the past studies did not include the assessment of this criterion. **Method:** The study included 183 adolescents, of which 100 (54.7%) were students of professional high school and 83 (45.4%) were from residential care, with aged between 13 and 17 years ( $M = 15.71$ ;  $DP = 1.31$ ). We used a socio-demographic questionnaire, *Life Events Checklist*, *Child PPST Symptom Scale – V* and *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire*. **Results:** The main results showed that more adversity in childhood was associated with higher levels of PTSD symptoms. Adolescents belonging to the comparison group (professional high schools) reported significantly higher symptoms of PTSD compared to the adolescents living in residential care. One factor that seems to have explained this result was that the adolescents from professional high schools also reported adverse childhood experiences, but were not identified by Child Protection Services, compared to adolescents living in residential care. **Conclusions:** Early identification of childhood adversities, including residential care measures, can reduce the negative impact of exposure to adversity, and the development of PTSD.

*Keywords:* Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD); Childhood Adversity Experiences; Adolescents at Risk

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	i
<b>Resumo</b> .....	ii
<b>Abstract</b> .....	iii
<b>A relação entre adversidade na infância e perturbação pós-stress traumático (PPST) em jovens em risco</b> .....	7
1. Perturbação Pós-Stress Traumático.....	7
1.1 Conceptualização teórica da PPST.....	7
- Modelo Teórico do Processamento Emocional.....	7
- Modelo Teórico Cognitivo.....	8
2. Dados de Prevalência.....	9
3. Relação entre adversidade na infância e PPST.....	10
4. Relação entre adversidade na infância e maior risco de desenvolvimento de PPST e outras consequências na adolescência.....	11
5. Novidade e objetivos do estudo.....	12
<b>Método</b> .....	14
Participantes.....	14
Procedimentos.....	14
Instrumentos.....	16
Análise de Dados.....	17
<b>Resultados</b> .....	17
<b>Discussão</b> .....	20
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	24

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> <i>Médias e desvios-padrão das principais medidas</i> .....	18
<b>Tabela 2:</b> <i>Frequências das experiências adversas na infância</i> .....	18
<b>Tabela 3:</b> <i>Correlação das principais medidas</i> .....	19
<b>Tabela 4:</b> <i>Número elevado de experiências adversas na infância como preditores de níveis mais elevados de sintomatologia de PPST</i> .....	20

**Lista de Abreviaturas**

**ACE** - *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire*

**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-IV** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*

**DSM-V** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V*

**LEC-5** - *Life Events Checklist-5*

**NIHM** - *National Institute of Mental Health*

**OPP** – Ordem dos Psicólogos Portugueses

**PPST** - Perturbação Pós-Stress Traumático

**PTSD** - *Post-Traumatic Stress Disorder*

**SPSS** - *Statistical Program for Social Sciences*

**VD** – Variável Dependente

**VI** – Variável Independente

## **A relação entre adversidade na infância e perturbação pós-stress traumático (PPST) em jovens em risco**

### **1. Perturbação Pós-Stress Traumático**

O ser humano está vulnerável a inúmeros acontecimentos adversos, alguns dos quais inesperados e incontroláveis (Resende, Sendas, & Maia, 2008). Consoante a gravidade destes eventos, mudanças acentuadas no modo de funcionamento do indivíduo podem surgir (Resende, Sendas, & Maia, 2008). No entanto, a forma como o indivíduo lida com o evento traumático exerce uma forte influência na qualidade de adaptação à própria mudança e à nova perceção do mundo (Resende, Sendas, & Maia, 2008). O vivenciar este tipo de eventos envolve a readaptação do indivíduo à rotina diária que é variável em cada pessoa (Marcelino & Gonçalves, 2012). Contudo, o desejável é que mais cedo ou mais tarde haja recuperação da estabilidade emocional, mas caso isso não se verifique é possível que a pessoa venha a desenvolver Perturbação Pós-Stress Traumático (Marcelino & Gonçalves, 2012).

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), a PPST inclui a presença de sintomas intrusivos repetidos e indesejados sobre o evento (e.g., lembranças, sonhos, flashbacks), o evitamento persistente dos estímulos associados ao mesmo (e.g., pensamentos, emoções, lugares), alterações negativas nas cognições e no humor (e.g., cognições, crenças ou expectativas distorcidas) e por fim, alterações significativas da ativação e reatividade (e.g., hipervigilância, dificuldade em dormir, comportamento irritável). Porém é importante salientar, que a PPST não afeta apenas as vítimas diretas destes eventos, ou seja, as testemunhas que presencialmente assistiram aos mesmos, também podem desenvolver PPST (APA, 2013).

#### **1.1 Conceptualização teórica da PPST**

A PPST estabelece uma relação com um conjunto de processos biopsicossociais alargado e com vários Modelos Teóricos, centrados em esclarecer como a PPST se desenvolve em indivíduos expostos ao trauma (Friedman, Keane, & Resick, 2007). No entanto, para este estudo, apenas irão ser considerados dois dos muitos Modelos Teóricos da PPST.

##### **- Modelo Teórico do Processamento Emocional**

O Modelo Teórico presente foi elaborado por Foa e Riggs (1993) e Foa e Rothbaum (1998), de modo a recolher o máximo de informação sobre vítimas de abuso sexual. Um dos

objetivos passava pela relação entre PPST e as crenças existentes antes, durante, e após o trauma (Brewin & Holmes, 2003). Estes autores propuseram que o medo na PPST baseia-se numa série de representações de estímulos inofensivos que são erroneamente associados com o significado de perigo, conduzindo a uma percepção generalizada de ameaça (Friedman, Keane, & Resick, 2007). Além disso, as memórias traumáticas codificam uma larga escala de respostas fisiológicas e comportamentais, que podem estar associadas a uma avaliação da falta de efetividade pessoal face à ameaça (Brewin & Holmes, 2003). Em indivíduos expostos a eventos traumáticos existe um número considerável de estímulos que provocam medo, logo o mundo passa a ser um local bastante perigoso. Por sua vez, o comportamento do próprio indivíduo e os seus sintomas irão promover uma percepção de falta de competência (Friedman, Keane, & Resick, 2007). Assim, estas duas cognições negativas (e.g., “O mundo é perigoso”; “Eu sou um indivíduo incompetente”) irão exacerbar os sintomas de PPST (Friedman, Keane, & Resick, 2007). Verificou-se também, que indivíduos que experienciaram eventos traumáticos apresentavam narrativas fragmentadas e desordenadas, em consequência dos mecanismos que interferiam com a codificação e processamento de informações sob stress intenso (Foa & Riggs, 1993; Friedman, Keane, & Resick, 2007). Sendo assim, concluiu-se que as crenças que estavam presentes antes, durante e após o trauma podem interagir com a percepção de incompetência e perigo, e explicar a cronicidade e gravidade da PPST (Brewin & Holmes, 2003).

#### **- Modelo Teórico Cognitivo**

Numa outra abordagem, o modelo cognitivo é utilizado para explicar o comportamento humano através dos pensamentos. Desta forma, é a interpretação ameaçadora que o indivíduo faz sobre o evento que é responsável pela reação emocional, ao invés do próprio evento em si (Friedman, Keane, & Resick, 2007). Assim, o mesmo evento traumático em indivíduos diferentes pode ser interpretado de formas distintas, e por sua vez gerar emoções diferentes (Brewin & Holmes, 2003). Portanto, o modelo teórico defende que cada emoção está associada a um conjunto particular de pensamentos, que implicam um padrão de resposta semelhante, ou seja, indivíduos que normalmente apresentam pensamentos de ansiedade, tais pensamentos surgem da percepção de perigo (Friedman, Keane, & Resick, 2007). Ehlers e Clark (2000) desenvolveram um modelo cognitivo de PPST baseado nos princípios da teoria cognitiva clássica. Para estes autores, existem dois processos chave responsáveis pela percepção de ameaça, são eles, a avaliação do indivíduo face à experiência traumática e como a memória traumática episódica é integrada com outras

memórias (Ehlers & Clark, 2000; Friedman, Keane, & Resick, 2007). Sobre o conceito da avaliação do indivíduo face à experiência traumática, os autores seguem o modelo de Beck, que salienta o papel das cognições negativas em perturbações emocionais (Friedman, Keane, & Resick, 2007). Já sobre as características únicas da memória traumática em indivíduos com PPST, os autores explicam que existe uma narrativa fragmentada e mal elaborada que, quando os indivíduos se recordam de tal evento têm a sensação que o mesmo ocorre no presente e não no passado, havendo assim a confirmação que um evento passado acaba por interferir no presente do indivíduo (Friedman, Keane, & Resick, 2007). Portanto, este modelo dá ênfase à relação entre a memória traumática e a avaliação do indivíduo face ao evento traumático e os seus resultados, fornecendo assim uma visão mais completa sobre a PPST.

## **2. Dados de Prevalência**

Foi possível verificar em 1995, que a PPST era uma perturbação psicológica mais prevalente e persistente na população em geral do que se esperava (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Posteriormente, concluiu-se que cerca de 7.7 milhões dos adultos americanos tinham desenvolvido PPST (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). Do mesmo modo através do *National Institute of Mental Health* (NIMH), verificou-se que a PPST é uma das perturbações mais comuns e mais estudada relativamente à exposição ao trauma (Baltimore & Maryland, 2011). Por fim, já na atualidade através de uma revisão da literatura tal prevalência da PPST continua a ser confirmada (Howlett & Stein, 2016).

Devido a esta elevada prevalência na população em geral, uma vez que anteriormente a investigação sobre a PPST era maioritariamente desenvolvida com amostras de veteranos de guerra (Fairbank, Langley, Jarvie, & Keane, 1981; Foy, Resnick, Sippelle, & Carroll, 1987; Foy, Sippelle, Rueger, & Carroll, 1984; King, King, Gudanowski, & Foy, 1996), passou a existir por parte dos investigadores um crescente interesse sobre a PPST. Assim, começaram a surgir estudos que estabeleceram a relação entre PPST e amostras da população em geral mais específicas, tais como: vítimas de desastres naturais (Galea, Nandi, & Vlahov, 2005; Lowe, Sampson, Gruebner, & Galea, 2015; Neria, Nandi, & Galea, 2008), vítimas de acidentes de viação (Blanchard, Hickling, Taylor, Loos, Forneris, & Jaccard, 1996; Kenardy, Heron-Delaney, Warren, & Brown, 2015), vítimas de crimes (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolh, &

Mandel, 1997; Snipes, Calton, Green, Perrin, & Benotsch, 2015), ex-prisioneiros e refugiados (Başoğlu & Paker, 1995; Tay, Rees, Chen, Kareth, & Silove, 2015) e por fim em vítimas de doenças graves (Roca, H.P.M., Spence, & Munster, 1992; Varela & Leal, 2011). Outra população específica que tem merecido o interesse dos investigadores são as vítimas de adversidade na infância e na adolescência (Felitti et al., 1998; LeardMann, Smith, & Ryan, 2010; Stovall-McClough & Cloitre, 2006; Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007).

### **3. Relação entre adversidade na infância e PPST**

Muitos estudos sobre a adversidade na infância têm demonstrado a relação da mesma, a uma maior vulnerabilidade de desenvolver psicopatologia (Afifi, Enns, Cox, Asmundson, Stein, & Sareen, 2008). Por sua vez, a PPST é uma perturbação bastante relacionada com a adversidade na infância, uma vez que 48% a 85% dos indivíduos que passaram por experiências adversas na infância desenvolve PPST ao longo das suas vidas (Stovall-McClough & Cloitre, 2006). Num estudo retrospectivo e transversal com 100 mulheres que sofreram múltiplas formas de abuso e negligência na infância, verificou-se uma maior vulnerabilidade das mesmas no desenvolvimento de sintomatologia de PPST na idade adulta (Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007). Por sua vez, numa amostra de 8.391 fuzileiros dos Estados Unidos, observou-se que os indivíduos que experienciaram vários tipos de adversidades na infância encontravam-se mais suscetíveis a desenvolver PPST (LeardMann, Smith, & Ryan, 2010).

O conceito de experiência adversa na infância tem sido conceptualmente definido como, sofrer até aos 18 anos de idade, de algum tipo de experiências contra si próprio, tais como abuso físico, emocional ou sexual, negligência física ou emocional, bem como pertencer a um ambiente familiar disfuncional (e.g., exposição a violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, divórcio ou separação parental, prisão, doença mental ou suicídio de um familiar) (Felitti et al., 1998; Silva & Maia, 2008).

Tendo em conta o impacto que as experiências adversas causam ao longo do ciclo vital, alguns estudos procuram avaliar o impacto destas mesmas experiências ainda na infância e na adolescência. Nomeadamente, num estudo com 31 crianças abusadas sexualmente, através da utilização de entrevistas estruturadas e instrumentos *standardizados*, concluiu-se que 48.4 % da amostra tinha desenvolvido PPST (McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, & Ralphe, 1988). Mais tarde, numa amostra de 204 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 13 anos, verificou-se que 55% das crianças abusadas

física e sexualmente apresentavam elevado risco de desenvolver PPST (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998). Numa amostra de 64 crianças da população geral com idades entre os 7-12 anos e expostas a violência doméstica, 13% das crianças preencheram os critérios de diagnósticos para PPST; 52 % sofriam de recordações intrusivas e indesejadas sobre o(s) evento(s) traumático(s); 19% apresentavam o evitamento de situações relacionadas com o evento traumático; e 42% apresentaram alterações significativas de ativação e reatividade (Graham-Bermann & Levendosky, 1998). Um outro estudo com uma amostra de bebês e crianças em idade pré-escolar verificou que os mesmos são uma população que corre alto risco de serem expostos a eventos potencialmente traumáticos (Lieberman & Van Horn, 2009). Por fim, na atualidade estudos continuam a corroborar esta relação entre uma maior vulnerabilidade de desenvolver PPST devido à exposição a experiências adversas na infância, como por exemplo a exposição à negligência, (Chae, Goodman, Eisen, & Qin, 2011), exposição a um ambiente familiar disfuncional (Erolin, Wieling, & Parra, 2014) e exposição ao abuso (Hébert, Langevin, & Daigneault, 2016).

#### **4. Relação entre adversidade na infância e maior risco de desenvolvimento de PPST e outras consequências na adolescência**

Quando restringimos os estudos da PPST em jovens como consequência da adversidade na infância, é possível verificar alguns desfechos no desenvolvimento destes mesmos jovens. Algumas das consequências associadas à adversidade na infância para além do possível desenvolvimento da PPST são, consumo de substâncias psicotrópicas (Alvarez-Alonso et al., 2016), dependência da internet (Hsieh, Shen, Wei, Feng, Huang, & Hwa, 2016), alterações positivas ou negativas ao nível do funcionamento social e académico (McLean, Rosenbach, Capaldi, & Foa, 2013), lesões auto-infligidas não letais (Weierich & Nock, 2008), alterações positivas ou negativas na capacidade de interação com os seus pares (Hébert, Langevin, & Daigneault, 2016) e desenvolvimento de problemas em vários domínios do funcionamento e com critérios para várias doenças (Margolin & Vickeman, 2010).

Contudo, a literatura existente sobre jovens em risco é um pouco ambígua. Grande parte dos estudos têm sugerido que jovens que residem em casas de acolhimento relatam mais experiências adversas na infância, e que por consequência são mais vulneráveis ao desenvolvimento da PPST. Numa amostra de jovens que residem em casas de acolhimento, foi verificado que a maioria dos jovens tinha experienciado várias formas de trauma ao longo

da sua infância e que por sua vez, esse número elevado de experiências adversas estava relacionado com níveis clínicos mais elevados de depressão, raiva, stress pós-traumático e interferiam também em algumas das competências interpessoais dos jovens (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Daigneault, 2011). Num estudo comparativo entre jovens que residem em casas de acolhimento e jovens que residem no meio natural de vida, Briggs, et al., (2012) concluíram, que ambos os grupos de jovens relataram experiências adversas na infância, com número e gravidade mais elevados para os jovens residentes em casas 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). Assim, esta revisão sugere que o tratamento abusivo e negligente precoce pode perturbar as crianças, aumentando assim, as respostas ao stress e tornando-as mais suscetíveis ao processamento de informações e situações como ameaçadoras (Gupta & Gupta, 2014). Por sua vez, Fischer, Dölitzsch, Schmeck, Fegert, e Schmid (2016), numa amostra de 370 jovens residentes em casas de acolhimento, verificaram que 4.9% ( $n = 18$ ) dos jovens preenchem os critérios de diagnósticos para PPST. No entanto, outros estudos obtiveram resultados um pouco contraditórios aos expostos anteriormente. Desta forma, embora haja uma relação entre adversidade na infância e sintomatologia de PPST, não se verificou a existência de diferenças significativas entre os auto-relatos dos jovens que residem em casas de acolhimento sobre as suas experiências adversas na infância, e o seu estado físico e psicológico (Pinto, Correia, & Maia, 2014; Pinto & Maia, 2013a; Pinto & Maia, 2014).

## **5. Novidade e objetivos do estudo**

O trabalho aqui apresentado tem como objetivo comparar os jovens em risco, ao nível do possível desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e averiguar a sua possível relação com as experiências adversas na infância.

Por conseguinte, a inclusão desta amostra de risco é por si só já considerada uma novidade do estudo, uma vez que a maioria da literatura existente estuda jovens da população em geral, após a exposição a um evento traumático. Assim, o estudo presente revela a comparação de uma população jovem considerada em risco pois, são jovens que residem em Casas de Acolhimento (sinalizados por CPCJ's ou pelo Tribunal de Família e de Menores

ou pela Segurança Social) e jovens pertencentes ao ensino profissional (com percursos escolares marcados pelo insucesso, pela abstinência escolar e um nível socioeconómico baixo).

Uma outra novidade passa pela utilização de instrumentos que avaliam a sintomatologia de PPST (e.g., CPSS-V, LEC-5) segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V* (DSM-V), 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.g., Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005; Resende, Sendas & Maia, 2008; Lieberman & Van Horn, 2009).

Por sua vez, este estudo conta com mais uma novidade ligada a um dos instrumentos utilizados (LEC-5), onde foi dada especial atenção ao preenchimento ou não do critério (A) consoante os critérios de diagnóstico para a PPST segundo a DSM-V. Este foco no preenchimento ou não do critério (A) é considerado novidade, pois a maioria dos estudos avalia apenas a presença de sintomatologia de PPST. Desta forma, cada acontecimento relatado para o preenchimento ou não do critério (A), foi inicialmente avaliado por três juízes independentes e posteriormente foi realizada uma reflexão falada sobre os mesmos.

Face ao objetivo estabelecido são propostas as seguintes hipóteses:

H1 - Espera-se que jovens que residem em casas de acolhimento apresentem níveis mais elevados de adversidade na infância comparativamente aos jovens que residem no meio natural de vida;

H2 - Espera-se que os jovens que relataram níveis mais elevados de adversidade na infância apresentem níveis mais elevados de sintomatologia de PPST;

H3 - Espera-se que os jovens que residem em casas de acolhimento apresentem níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os jovens que residem no meio natural de vida;

H4 - Espera-se que um maior número de experiências adversas estejam associadas a níveis mais elevados de PPST.

## Método

### Participantes

A amostra do estudo presente é constituída por 183 jovens em risco: 100 (54.7%) são estudantes do ensino profissional e 83 (45.4%) são jovens que residem em Casas de Acolhimento. Foram inicialmente contactados cerca de 300 jovens, mas apenas 183 se mostraram disponíveis a participar no estudo. Destes jovens, 89 (48.6%) eram do sexo masculino e 94 (51.4%) são do sexo feminino, sendo na sua maioria jovens do sexo feminino ( $M_o = 1$ ). A idade média da amostra é de 15.71, ou seja 16 anos ( $DP = 1.31$ ), podendo a idade dos jovens variar entre os 13 e os 17 anos. Na amostra 85 (46.4%) jovens residem em casas de acolhimento, 63 (34.4%) residem com ambos os pais e 35 (19.1%) residem ou só com a mãe ou só com o pai. Em relação à escolaridade dos jovens a média é de 8.96, ou seja 9º ano de escolaridade ( $DP = 1.56$ ), podendo a mesma variar entre o 5º ano e o 12º ano de escolaridade. Destes jovens 110 (60.8%) foram sinalizados pela CPCJ ou pelo Tribunal de Família e de Menores ou pela Segurança Social. Quanto ao rendimento familiar destes jovens, o rendimento mínimo é menos de 250€ e o máximo de mais de 2000€; 17 (11.3%) relataram um rendimento familiar inferior a 250€, 40 (26.7%) relataram um rendimento familiar entre os 250€ e 500€, 40 (26.7%) relataram um rendimento familiar mais de 500€ até 750€, 28 (18.7%) relataram um rendimento familiar mais de 750€ até 1000€, 14 (9.3%) relataram um rendimento familiar mais de 1000€ até 1500€, 3 (2.0%) relataram um rendimento familiar mais de 1500€ até 2000€ e 8 (5.3%) relataram um rendimento familiar mais de 2000€.

### Procedimentos

O presente estudo surge na extensão de um projeto de investigação da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona do Porto, onde se pretende desenvolver um projeto de investigação para a Validação de um Questionário de Acontecimentos de Vida para Jovens Portugueses.

No entanto, a primeira fase deste estudo baseou-se na elaboração de um pedido de autorização aos autores dos instrumentos usados, bem como a autorização dos autores da escala CPSS-V para uma possível adaptação para a população portuguesa. Desta forma, submeteu-se uma primeira tradução da escala CPSS-V e posteriormente enviou-se a sua retroversão aos autores da escala original, sendo que a mesma obteve um feedback 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 se 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.

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

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

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

Por fim, junto ao protocolo encontrava-se anexada uma tira informativa para o participante, que continha o *e-mail* da equipa do projeto de investigação e o código representativo do mesmo protocolo. Assim, o jovem teria a possibilidade de enviar um *e-*

*mail* para a equipa do projeto de investigação com o seu respetivo código, caso quisesse ter acesso aos resultados do seu protocolo, ou sentisse a necessidade de falar com os investigadores relativamente a alguma informação constante do protocolo.

Todos os procedimentos foram realizados de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de Outubro e Deliberação N° 227/2007, bem como o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), especificamente o artigo 7.

### **Instrumentos:**

#### **Termo de Consentimento Informado;**

**Questionário Sócio Demográfico** composto por questões de escolha múltipla que incluem dados de identificação (e.g., sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional) e informação familiar (e.g., número de agregado familiar, grau de escolaridade dos pais, rendimento mensal e mudanças de habitação);

**Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V ([LEC-5] *Life Events Checklist*** (Weathers et al., 2013; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2015b): É uma medida de auto-relato desenvolvida para avaliar eventos potencialmente traumáticos na vida de um indivíduo. Assim, avalia a exposição a 16 eventos que potencialmente resultam em PPST ou angústia e inclui um item adicional para avaliar qualquer outro evento extremamente stressante, não capturado nos primeiros 16 itens;

***Child PTSD Symptom Scale - V*** (CPSS-V; Gillihan et al., 2012; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2015a): É um instrumento projetado para avaliar o diagnóstico de PPST e a sua gravidade em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8-18 anos, que experimentaram um evento traumático. Dispõe de 20 itens numa escala de exposição de 0 a 4. Existe também um grupo adicional de 7 itens relativos ao funcionamento diário da criança ou adolescente, que são classificados como ausentes (0) ou presentes (1) produzindo-se assim, uma pontuação total de gravidade variável de 0 a 7 valores. No entanto, a pontuação de comprometimento não contribui para a pontuação geral do instrumento. A cotação do instrumento varia entre 0 e 87 e o instrumento demonstrou boa consistência interna (*Cronbach's*  $\alpha = .83$ );

**Questionário de Experiências adversas na Infância - ([ACE] *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire*** (Felitti et al., 1998; versão portuguesa de Silva & Maia, 2008): É um instrumento de auto-relato para adultos, que avalia a ocorrência de experiências adversas na infância. Os itens 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.

### **Análise de Dados**

Para a análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences - 22*) para o Windows, com o qual se realizaram análises descritivas e inferenciais. Foi utilizado o *t-test* para amostras independentes, para comparar jovens que residem no meio natural de vida e jovens que residem em casas de acolhimento em relação a experiências adversas na infância e sintomatologia de PPST. No entanto, para a comparação entre os dois grupos de jovens e a sintomatologia de PPST foi realizada uma análise de covariância (ANCOVA), de forma a controlar as variáveis sociodemográficas. Já a análise de correlação, foi estabelecida entre jovens que relataram níveis mais elevados de adversidade na infância e a possibilidade de relatarem níveis mais elevados de sintomatologia de PPST. Por fim, análise de regressão linear hierárquica foi usada para perceber, as contribuições independentes do número mais elevado de experiências adversas na infância e a previsão de níveis mais elevados de PPST.

### **Resultados**

No que diz respeito à PPST ( $M = 20.45$ ;  $DP = 22.66$ ), 48 (26.2%) jovens apresentaram sintomatologia de PPST e 135 (73.8%) não cumpriram critérios suficientes para corroborar tal sintomatologia (ver Tabela 1). Do total dos participantes ( $n = 183$ ), 166 (91%) dos jovens foi exposto a pelo menos uma experiência traumática (cumpru critério [A]).

Em relação às experiências adversas na infância e através da análise da Tabela 1, verificou-se que grande parte dos jovens 172 (93.9%) relataram pelo menos uma experiência adversa, sendo que em média os jovens revelaram três experiências adversas ao longo da sua infância ( $M = 3.43$ ;  $DP = 2.27$ ).

**Tabela 1***Médias e desvios-padrão das principais medidas*

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Total Sintomatologia de PPST	20.45	22.66	0	73
Total Adversidade na Infância	3.43	2.27	0	10

Relativamente à frequência das experiências adversas na infância (ver Tabela 2), na sua maioria, 99 (54.4%) dos jovens relataram o divórcio ou separação parental, sendo que a experiência adversa menos revelada foi a prisão de um familiar 29 (15.8%).

**Tabela 2***Frequências das experiências adversas na infância*

Adversidades	<i>n</i>	%
Abuso Emocional	62	33.9
Abuso Físico	78	42.6
Abuso Sexual	32	18.0
Negligência Emocional	80	45.2
Negligência Física	58	32.4
Divórcio ou Separação Parental	99	54.4
Exposição a Violência Doméstica	51	27.9
Abuso de Substâncias no Ambiente Familiar	72	39.8
Perturbação Mental ou Suicídio	65	35.5
Prisão de um Familiar	29	15.8

Houve diferenças significativas entre jovens que residem em casas de acolhimento e jovens que residem no meio natural de vida relativamente a experiências adversas na infância,  $t(170) = -2.84, p = .005$ . Os jovens que residem em casas de acolhimento apresentam

mais experiências adversas na infância ( $M = 3.97$ ;  $DP = 2.33$ ) comparativamente com os jovens que residem no meio natural de vida ( $M = 3.00$ ;  $DP = 2.15$ ).

Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre níveis mais elevados de adversidade relatada e sintomatologia de PPST,  $r = .37$ ,  $p < .001$ . Desta forma, níveis mais elevados de adversidade na infância relatada estão associados a maior sintomatologia de PPST (ver Tabela 3).

**Tabela 3**

*Correlação das principais medidas*

Variáveis	1	2
1. Total de Sintomatologia de PPST	-	-
2. Total de Adversidade na Infância	.37**	-

*Nota.* \*\*  $p < .01$ .

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

A análise de regressão linear hierárquica foi utilizada para prever a sintomatologia de PPST nos jovens. Os resultados mostraram-se estatisticamente significativos e explicam no total 35% da variância,  $R^2 = .35$ ,  $F(6.16) = 14.34$ ,  $p < .001$ . Depois de apresentadas as variáveis sociodemográficas, as variáveis Casa acolhimento vs. Meio natural de vida, Experiências Traumáticas e Experiências Adversas na Infância foram preditoras significativas de níveis mais elevados de sintomatologia de PPST. A variável “Casa acolhimento vs. Meio natural de vida” foi também preditora de PPST, ou seja, os jovens que residem no meio natural de vida foram associados a níveis mais elevados de sintomatologia de PPST (ver Tabela 4).

**Tabela 4**

*Número elevado de experiências adversas na infância como preditores de níveis mais elevados de sintomatologia de PPST*

Modelo	B	B	T
Bloco 1: $R^2 = .08^*$			
Idade	.27	.02	.15
Sexo	11.71	.26	3.03
Casa acolhimento vs. Meio natural de vida	-4.30	-.10	-.93
Grau de Escolaridade	-1.26	-.09	-.74
Bloco 2: $R^2 = .35^{***}$ ; $\Delta R^2 = .27^{***}$			
Constante	35.07		
Idade	-1.46	-.08	-.94
Sexo	5.95	.13	1.73
Casa acolhimento vs. Meio natural de vida	-9.23	-.20	-2.19*
Grau de Escolaridade	-1.30	-.09	-.90
Experiências Traumáticas <sup>a</sup>	2.27	.39	5.65***
Experiências Adversas na Infância <sup>b</sup>	2.63	.27	3.54**

*Nota.* <sup>a</sup>Experiências Traumáticas = Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V ([LEC-5] *Life Events Checklist-5* (Weathers et al., 2013; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2015b); <sup>b</sup>Experiências Adversas na Infância = ([ACE] *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire* (Felitti et al., 1998; versão portuguesa de Pinto, Correia, & Maia, 2014; Silva & Maia, 2008).

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

## Discussão

O principal objetivo deste estudo passa pela análise da relação entre experiências adversas na infância e a Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) em jovens em risco. A novidade do estudo prendeu-se com a utilização de uma amostra de risco, uma vez que a maior parte dos estudos anteriores compararam jovens em casas de acolhimento com jovens no meio natural de vida, diferentes do ponto de vista socioeconómico, bem como a utilização de um instrumento de avaliação de sintomatologia de PPST com base no atual DSM-V, e

uma escala de avaliação de experiências traumáticas (LEC-5).

Após os resultados obtidos podemos dizer que a primeira hipótese foi confirmada. Esperava-se que jovens que residem em casas de acolhimento apresentassem níveis mais elevados de adversidade na infância comparativamente aos jovens que residem no meio natural de vida. Na nossa amostra verificamos que os jovens a residir nas casas de acolhimento relataram mais experiências traumáticas sendo coerente com os dados da literatura (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Daigneault, 2011; Fischer, Dölitzsch, Schmeck, Fegert, & Schmid, 2016; Gupta & Gupta, 2014). No entanto, embora estas diferenças sejam significativas, o grupo de jovens residentes no meio natural de vida também relatou experiências adversas na infância, designadamente uma média de 3 em 10, comparativamente à média de 4, no grupo casa de acolhimento. O que pode explicar esta diferença significativa mas pouco expressiva, é o facto de os jovens que residem em casas de acolhimento terem sido sinalizados e protegidos por entidades competentes (e.g., CPCJ, Tribunal de Família e de Menores, Segurança Social), enquanto que a maior parte dos jovens que residem no meio natural de vida não foram sinalizados, logo não foram adotadas medidas para prevenção ou diminuição das adversidades.

Em relação à segunda hipótese, esperava-se que os jovens que relataram níveis mais elevados de adversidade na infância apresentassem níveis mais elevados de sintomatologia de PPST. Esta hipótese confirmou-se uma vez, que na nossa amostra, níveis mais elevados de adversidade na infância foram correlacionados com níveis mais elevados de sintomatologia de PPST. Este dado é coerente com a informação presente na literatura relativamente à relação significativa entre a PPST e experiências adversas na infância (Chae, Goodman, Eisen, & Qin, 2011; Erolin, Wieling, & Parra, 2014; Graham-Bermann & Levendosky, 1998; Hébert, Langevin, & Daigneault, 2016; Lieberman & Van Horn, 2009; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, & Ralphe, 1988; Pinto, Correia, & Maia, 2014; Pinto & Maia, 2013a; Pinto & Maia, 2014).

Relativamente à terceira hipótese, esperava-se que os jovens que residem em casas de acolhimento apresentassem níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os jovens que residem no meio natural de vida. No entanto, esta hipótese não foi confirmada pois foram os jovens que residem no meio natural de vida que apresentaram níveis mais elevados de PPST, contrariamente à informação presente na literatura (Briggs, et al., 2012; Gupta & Gupta, 2014). O que parece explicar este resultado contraditório relativamente ao esperado é o facto de que a amostra deste estudo é constituída

por um grupo de jovens que residem em casas de acolhimento e por um grupo de jovens com características socioeconómicas idênticas (grupo de comparação). Ou seja, do ponto de vista socioeconómico estes jovens são idênticos. No entanto, um dos aspetos que os diferencia e que poderá explicar este resultado é o facto de os jovens residentes em casas de acolhimento terem sido alvo de uma medida de promoção e proteção pelas entidades competentes (e.g., CPCJ, Tribunal de Família e de Menores, Segurança Social), tendo contribuído para diminuir o impacto da exposição às experiências adversas (Gupta & Gupta, 2014; Pinto & Maia, 2013b; Spinelli & Howard, 2011). No caso dos jovens residentes no meio natural de vida, apesar de terem relatado uma média de 3 experiências adversas na infância, não revelaram ter sido alvos de qualquer medida de promoção e proteção o que poderá ter contribuído para aumentar o impacto dessas mesmas experiências ao nível da sintomatologia de PPST (Kendall-Tackett & Becker-Blease, 2004). Assim, é de salientar a importância da deteção precoce das experiências adversas nos jovens que residem no meio natural de vida, e por consequência o seu abrigo em casas de acolhimento, com o objetivo de atenuar o impacto negativo no desenvolvimento destes mesmos jovens.

Por fim, esperava-se que um maior número de experiências adversas estivesse associadas a níveis mais elevados de PPST. Esta hipótese confirmou-se pois o estudo revelou que um número elevado de experiências adversas na infância é preditor de níveis mais elevados de sintomatologia de PPST. Este resultado é consistente com a literatura na qual revela que a exposição a experiências adversas na infância aumenta a probabilidade de os indivíduos desenvolverem PPST (Chae, Goodman, Eisen, & Qin, 2011; Erolin, Wieling, & Parra, 2014; Graham-Bermann & Levendosky, 1998; Gupta & Gupta, 2014; Hébert, Langevin, & Daigneault, 2016; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, & Ralphe, 1988; Pinto & Maia, 2013a; Pinto & Maia, 2014). Igualmente coerente com a literatura (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Briggs, et al., 2012; Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Daigneault, 2011; Fischer, Dölitzsch, Schmeck, Fegert, & Schmid, 2016), maior exposição a experiências traumáticas foi preditor de níveis mais elevados de PPST. Finalmente, e coerente com o resultado que obtivemos relativamente à segunda hipótese, o grupo de jovens que reside em meio natural de vida foi associado significativamente a níveis mais elevados de PPST.

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação e conclusão dos resultados. Em primeiro lugar, este estudo baseou-se num desenho de investigação transversal. Embora a variável independente (VI) tenha sido avaliada de forma

retrospectiva, este desenho tem limitações ao nível da relação causa efeito entre as variáveis que foram avaliadas num corte transversal. Por conseguinte, deve-se ter alguma cautela na interpretação dos resultados, relativamente à relação causal e linear entre VI e variável dependente (VD), pois, não havendo uma avaliação longitudinal, várias outras variáveis, ou acontecimentos, poderão também ter tido um efeito na variável dependente, no qual não foi possível controlar. Sugere-se assim que as conclusões deste estudo sejam replicadas no futuro com *designs* longitudinais. Este estudo longitudinal permitirá, igualmente, perceber as mudanças relativamente à sintomatologia de PPST ao longo do tempo, após exposição a experiências traumáticas, sendo possível identificar trajetórias de adaptação ou vulnerabilidade (LeardMann, Smith, & Ryan, 2010; Stovall-McClough & Cloitre, 2006; Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007). Ainda na interpretação dos resultados, outra limitação é o facto de que a escala de PPST não está ainda validada para a População Portuguesa, tendo sido utilizada uma adaptação. Uma outra limitação é o facto de a amostra não ser representativa da população de jovens residentes em casas de acolhimento e do meio natural de vida, pelo que não é possível generalizar os resultados. Por fim, poderá ter existido algum viés nos relatos retrospectivos de adversidade na infância devido ao envolvimento de questões sensíveis e que requerem a memória (Pinto & Maia, 2013b), embora o instrumento usado possa diminuir esse viés uma vez que se foca em comportamentos e não em construções da violência (Pinto, Correia, & Maia, 2014).

Apesar destas limitações, o presente estudo mostrou evidência empírica sobre a relação entre a adversidade na infância e níveis mais elevados de sintomatologia de PPST em jovens em risco. Assim, estes resultados poderão contribuir para uma melhor e precoce intervenção em jovens em risco expostos a experiências adversas na infância, com o objetivo de atenuar o impacto negativo no desenvolvimento dos mesmos, especificamente ao nível do desenvolvimento de PPST.

### 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
- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American journal of public health*, 98(5), 946-952. doi: 10.2105/AJPH.2007.120253
- Alvarez-Alonso, M. J., Jurado-Barba, R., Martinez-Martin, N., Espin-Jaime, J. C., Bolaños-Porrero, C., Ordoñez-Franco, A., Rodriguez-Lopez, J. A., Lora-Pablos, D., J. Cruz-Bértolo & Manzanares, J. (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.
- Baltimore, & Maryland (2011). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Risk Prediction. *National Institute of Mental Health*. Retirado de <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/scientific-meetings/2011/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-risk-prediction/index.shtml>.
- Başoğlu, M., & Paker, M. (1995). Severity of trauma as predictor of long-term psychological status in survivors of torture. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(4), 339-350. doi: 10.1016/0887-6185(95)00014-F
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R., Forneris, C. A., & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 34(1), 1-10. doi: 10.1016/0005-7967(95)00058-6
- 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

- 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
- Chae, Y., Goodman, G. S., Eisen, M. L., & Qin, J. (2011). Event memory and suggestibility in abused and neglected children: Trauma-related psychopathology and cognitive functioning. *Journal of experimental child psychology*, 110(4), 520-538. doi: 10.1016/j.jecp.2011.05.006
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion Regulation and Interpersonal Problems as Predictors of Functional Impairment in Survivors of Childhood Abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119-124. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80060-7
- 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
- Correia-Santos, P., Jongenelen, I., Maia, Â., & Pinto, R. (2015a). *Child PTSD Symptom Scale - V (CPSS-V)*. Manuscrito em preparação.
- Correia-Santos, P., Jongenelen, I., Maia, Â., & Pinto, R. (2015b). *Life Events Checklist (LEC- 5)*. Manuscrito em preparação.
- 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
- 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
- Fairbank, J. A., Langley, K., Jarvie, G. J., & Keane, T. M. (1981). A selected bibliography on posttraumatic stress disorders in Vietnam veterans. *Professional Psychology*, 12(5), 578-586. doi: 10.1037/0735-7028.12.5.578

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (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
- Fischer, S., Döhlitzsch, 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.chilyouth.2016.06.013
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*. Guilford Press.
- 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.
- Foy, D. W., Resnick, H. S., Sippelle, R. C., & Carroll, E. M. (1987). Preliminary military and post-military factors in the development of combat related stress disorders. *The Behavior Therapist*, 10(1), 3-9.
- Foy, D. W., Sippelle, R. C., Rueger, D. B., & Carroll, E. M. (1984). Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military, and combat exposure influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(1), 79-87. doi: 10.1037/0022-006X.52.1.79
- Galea S, Nandi A, Vlahov D (2005). The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews* 27(1), 78–91. doi: 10.1093/epirev/mxi003
- 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
- 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. doi: 10.1037/a0029553

- Gupta, D., & Gupta, N. (2014). Risk of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Children Living in Foster Care and Institutionalised Settings. *Institutionalised Children Explorations and Beyond*, 1(1), 45-56.
- 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
- Hsieh, Y., Shen, A. C., Wei, H., Feng, J., Huang, S. C., & Hwa, H. (2016). Associations between child maltreatment, PTSD, and internet addiction among Taiwanese students. *Computers in Human Behavior*, 56, 209-214. doi: 10.1016/j.chb.2015.11.048
- Howlett, J. R., & Stein, M. B. (2016). Prevention of trauma and stressor-related disorders: A review. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 357-369. doi: 10.1038/npp.2015.261
- Kenardy, J., Heron-Delaney, M., Warren, J., & Brown, E. A. (2015). Effect of Mental Health on Long- Term Disability After a Road Traffic Crash: Results From the UQ SuPPORT Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(3), 410-417. doi: 10.1016/j.apmr.2014.10.007
- Kendall-Tackett, K., & Becker-Blease, K. (2004). The importance of retrospective findings in child maltreatment research. *Child abuse & neglect*, 28(7), 723-727.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., & Gudanowski, D. M. (1996). Prewar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 520-531. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.520
- 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

- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2009). Giving voice to the unsayable: Repairing the effects of trauma in infancy and early childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 707–720. doi: 10.1016/j.chc.2009.02.007
- Lowe, S. R., Sampson, L., Gruebner, O., & Galea, S. (2015). Psychological resilience after Hurricane Sandy: The influence of individual - and community-level factors on mental health after a large-scale natural disaster. *PLOS ONE*, 10(5), e0125761. doi: 10.1371/journal.pone.0125761
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 71-75. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.03.003
- 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
- McLean, C. P., Rosenbach, S. B., Capaldi, S., Foa, E. B. (2013). Social and academic functioning adolescents with sexual abuse-related PTSD. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 675-678. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.010
- 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
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disaster: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38(04), 467-480. doi: 10.1017/S0033291707001353
- Pinto, R., Correia, L., & Maia, A. (2014). Assessing the Reliability of Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences among Adolescents with Documented Childhood Maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29(4), 431-438. doi: 10.1007/s10896-014-9602-9
- Pinto, R. J., & Maia, Â. C. (2013a). A Comparison Study between Official Records and Self-Reports of Childhood Adversity. *Child Abuse Review*, 22(5), 354-366. doi: 10.1002/car.2232

- Pinto, R. J., & Maia, Â. C. (2013b). Psychopathology, physical complaints and health risk behaviors among youths who were victims of childhood maltreatment: A comparison between home and institutional interventions. *Children and Youth Services Review, 35*(4), 603-610. doi: 10.1016/j.chidyouth.2013.01.008
- Pinto, R. J., & Maia, Â. C. (2014). Psychopathology among youths who were victims of documented childhood maltreatment. *Child and Adolescent Mental Health, 19*(2), 122-130. doi: 10.1111/camh.12020
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, A. (2008). Estudo das Características Psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory – PTGI – (Inventário do Crescimento Pós-Traumático) para a População Portuguesa. *Actas da XIII Conferência Internacional da Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Roca, R. P., Spence, R. J., & Munster, A. M. (1992). Posttraumatic Adaptation and Distress Among Adult Burn Survivors. *Am J Psychiatry, 149*(9), 1234-1238.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., & Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 539–555. doi: 10.1002/jts.2490100403
- 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.
- Snipes, D. J., Calton, J. M., Green, B. A., Perrin, P. B., & Benotsch, E. G. (2015). Rape and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Examining the Mediating Role of Explicit Sex–Power Beliefs for Men Versus Women. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260515592618.
- Spinelli, M., & Howard, L. M. (2011). Has child protection become a form of madness? No. *BMJ, 342*. doi: 10.1136/bmj.d3063
- 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.

- Tay, A. K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., & Silove, D. (2015). Pathways involving traumatic losses, worry about family, adult separation anxiety and posttraumatic stress symptoms amongst refugees from West Papua. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 1-8. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.07.001
- Varela, A. M., & Leal, I. (2011). A perturbação de pós-stress traumático e o sentido de coerência em mulheres com cancro da mama. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (6), 15-19.
- 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. Retirado em [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov).
- Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 39–44. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.39