



Cláudia Patrícia Félix Midão

**A relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático e
Comportamentos de Risco em Jovens com História de
Trauma**

Trabalho realizado sob a orientação do

Professor Doutor Ricardo Pinto

E da coorientação da

Professora Doutora Inês Jongenelen

Dezembro 2017

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



Cláudia Patrícia Félix Midão

**A relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático e
Comportamentos de Risco em Jovens com História de
Trauma**

Tese de Mestrado

Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em Provas Públicas na Universidade Lusófona do
Porto no dia 06/12/2017, perante o júri seguinte:

Presidente: Professor Doutor Diogo Lamela (Prof. Auxiliar da
Universidade Lusófona do Porto)

Arguente: Professora Doutora Andreia Moura (Prof.^a Auxiliar da
Universidade Lusófona do Porto)

Orientador: Professor Doutor Ricardo Pinto (Prof. Auxiliar da
Universidade Lusófona do Porto)

Dezembro 2017

Agradecimentos

Quero primeiramente agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo Pinto pela colaboração, auxílio, paciência, simpatia e por toda a motivação e sugestões dadas para a realização desta dissertação.

Quero também agradecer à investigadora Patrícia Correia-Santos, pela presença, disponibilidade, preocupação e por todos os conselhos oferecidos ao longo do ano.

Um agradecimento também à Professora Doutora Inês Jongenelen pela sua coorientação e simpatia.

Um grande obrigado às minhas colegas de investigação, Joana Araújo e Denise Guedes pela partilha de emoções e entajuda que foi fulcral ao longo deste ano.

De igual modo, quero agradecer às estudantes de licenciatura de Psicologia, Ruslana Polyuha, Ana João Cabeça, Flávia Sousa, Joana Gonçalves, Maria Inês Nunes e Natália de Castro que fizeram parte desde projeto e disponibilizaram-se no auxílio das idas às escolas profissionais e casas de acolhimento.

Também quero agradecer aos colegas de investigação do ano anterior, Diogo Morgado, Sara Reis e Rita Monteiro pelo carinho, colaboração e por todo o auxílio prestado.

Quero também agradecer às escolas profissionais e casas de acolhimento pela sua disponibilidade e colaboração neste projeto de investigação que sem eles este trabalho ter-se-ia dificultado.

Por fim, agradeço a toda a minha família, especialmente aos meus pais e à minha irmã por todo o apoio e suporte que me foram dando ao longo desta etapa.

A relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático e Comportamentos de Risco em Jovens com História de Trauma

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo analisar a relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e Comportamentos de Risco em jovens com história de trauma, composta por jovens em situação de acolhimento e jovens que frequentam Escolas Profissionais. As novidades deste estudo prenderam-se com a utilização de uma amostra em que foi relatado pelo menos um acontecimento traumático (preenchimento do Critério A) e a utilização de questionários que avaliam a sintomatologia de PPST segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5* (DSM-V).

Método: O estudo incluiu 372 jovens, dos quais 224 (60.2%) eram estudantes do ensino profissional e 148 (39.8%) eram residentes em Casas de Acolhimento, com idades compreendidas entre 13 e os 17 anos ($M = 15.89$; $DP = 1.26$). Os instrumentos administrados foram: Questionário Sócio-Demográfico; Lista de Acontecimentos Traumáticos (LEC-5); Escala de Sintomatologia de PPST na Infância - V (CPSS-V); e Lista de Comportamentos de Saúde (LCS). **Resultados:** Os principais resultados revelaram que níveis mais elevados de sintomatologia de PPST foram associados a mais comportamentos de risco. Contrariamente ao esperado, os jovens pertencentes ao grupo de comparação (escolas profissionais) relataram mais experiências traumáticas. Foram também associados diferentes tipos comportamentos de risco em função do sexo. **Conclusões:** Os resultados desta dissertação sugerem que as intervenções com o objetivo de proteger os jovens de se envolverem em comportamentos de risco devem ter em conta a avaliação de história de adversidade e trauma. Intervir na prevenção da exposição ao trauma, bem como na prevenção do desenvolvimento de PPST em resultado da exposição, estará a contribuir para diminuir o consequente envolvimento em comportamentos de risco em jovens.

Palavras-Chave: Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST); Comportamentos de risco; Jovens com história de trauma.

The relation between Post Traumatic Stress Disorder and Risk Behaviours in Young People with Trauma History

Abstract

The aim of this dissertation was to analyse the relation between Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Risk Behaviours in young people with a history of trauma, composed of institutionalized young people and young people attending professional high schools. The innovations behind this study were the use of a sample in which at least one traumatic event was reported (filling Criterion A) and the use of questionnaires that evaluated the PTSD symptomatology according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5* (DSM-V). **Method:** The study included 372 young people, of which 224 (60.2%) were attending Vocational Schools and 148 (39.8%) were institutionalized in Foster Homes, aged 13 to 17 years old ($M = 15.89$; $SD=1,26$). The instruments used were: Socio-Demographic Questionnaire; *Life Events Checklist* (LEC-5); *Child PPST Symptom Scale – V* (CPSS-V) and *List of Health Behaviours* (LCS). **Results:** The main results revealed that higher levels of PTSD symptoms were associated with more risk behaviours. Contrary to expectations, young people, in the comparison group, vocational schools, reported more traumatic experiences. Different types of risk behaviours were also associated with gender. **Conclusions:** The results of this dissertation suggest that interventions aimed at protecting young people from engaging in risky behaviour should take into account the history of adversity and trauma. Intervening in the prevention of trauma exposure, as well as in preventing the development of PTSD as a result of exposure, will contribute to reducing the consequent involvement in risky behaviours in young people.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD); Risk behaviours; Young people with trauma history.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
A relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e Comportamentos de Risco em Jovens com História de Trauma	7
1. Perturbação Pós-Stress Traumático.....	7
1.1 Conceptualização teórica da PPST.....	7
1.2 Dados de Prevalência.....	9
2. Comportamentos de Risco.....	10
3. A relação entre PPST e Comportamentos de Risco em Jovens com História de Trauma.....	12
4. Novidade e objetivos do estudo.....	14
Método	15
Participantes.....	15
Procedimentos.....	15
Instrumentos.....	17
Análise de Dados	18
Resultados	18
Discussão	22
Referências Bibliográficas	26

Índice de Tabelas

Tabela 1: <i>Médias e desvios-padrão das principais medidas</i>	19
Tabela 2: <i>Dados descritivos da variável em estudo: Comportamentos de Risco</i>	19
Tabela 3: <i>Regressão hierárquica: preditores de Comportamentos de Risco.....</i>	21

Lista de Abreviaturas

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*

LCS - Lista de Comportamentos de Saúde

LEC-5 - *Life Events Checklist-5*

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 Perturbação Pós-Stress Traumático e Comportamentos de Risco em Jovens com História de Trauma

1. Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)

O ser humano está exposto a múltiplos eventos adversos, alguns dos quais são inesperados e incontroláveis (Resende, Sendas & Maia, 2008) que podem causar um sofrimento significativo e prejudicar severamente o funcionamento do indivíduo (APA, 2013). Assim, é crucial que posteriormente, haja uma recuperação da estabilidade emocional do indivíduo (Marcelino & Gonçalves, 2012). No entanto, no caso de tal não se verificar, é possível que a pessoa venha a desenvolver uma Perturbação Pós-Stress Traumático (Marcelino & Gonçalves, 2012).

A Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) é uma perturbação complexa que causa mal-estar e interfere com o funcionamento do sujeito. Esta é uma perturbação que pode surgir e desenvolver-se após um sujeito ter sido exposto a um ou mais eventos de vida traumáticos (i.e., abuso físico, abuso sexual, desastres naturais, conflitos de guerra) (APA, 2013). 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, importa salientar, que a PPST não afeta somente as vítimas diretas aos eventos, mas pode também afetar os testemunhas que poderão ter assistido presencialmente aos mesmos (Marcelino & Gonçalves, 2012).

1.1 Conceptualização teórica da PPST

Existem vários modelos conceituais que tentam explicar o desenvolvimento de PPST perante a exposição a experiências traumáticas (Pinto et al., 2012). No entanto, este estudo não pretende abordar uma descrição detalhada dos diferentes modelos teóricos de PPST, mas fornecer uma compreensão teórica dos principais modelos existentes. Assim sendo, para este estudo, apenas irão ser considerados três dos muitos Modelos Teóricos da PPST:

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

medo e da ansiedade. Segundo o autor, é necessário que um sujeito vivencie um acontecimento traumático (estímulo incondicionado) antes do surgimento da sintomatologia de PPST, no qual lhe suscite uma resposta negativa intensa de medo e ansiedade (resposta incondicionada) (Mowrer, 1960, citado em Brewin & Holmes, 2003). Deste modo, a sintomatologia de PPST é originada através do estabelecimento das suas respostas negativas incondicionadas com as memórias traumáticas, visto que as lembranças do trauma (estímulo condicionado) irão provocar no sujeito uma resposta condicionada de medo e ansiedade (Brewin & Holmes, 2003).

Também o Modelo Teórico do Processamento Emocional elaborado por Foa e Riggs (1993) e Foa e Rothbaum (1998) dá ênfase às crenças negativas rígidas (i.e., “*self incompetent*” e “*mundo como local perigoso*”) apresentadas pelos sujeitos após o acontecimento traumático (Foa et al., 1989; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998, citado em Brewin & Holmes, 2003). Um dos objetivos da teoria passava pela relação entre PPST e as crenças existentes antes, durante, e após o trauma (Brewin & Holmes, 2003). Assim, a teoria postula que na PPST, a estrutura medo é desencadeada por uma série de estímulos inofensivos associados de forma errada ao significado de perigo. Como resultado, o mundo passa a ser um local perigoso (Friedman et al., 2007) sendo que, o comportamento do indivíduo e os seus sintomas irão promover a percepção de falta de competência e consequentemente, agravar os sintomas de PPST (Friedman, Keane & Resick, 2007).

Para além destes modelos teóricos, Ehlers e Clark (2000) apresentaram um modelo cognitivo que, segundo este, os indivíduos com PPST processam o mesmo evento traumático de formas diferentes (Brewin & Holmes, 2003) e têm perturbações na memória autobiográfica que é responsável pela reação emocional, ao invés do próprio evento em si (Friedman, Keane & Resick, 2007), gerando inclusive, emoções diferentes (Brewin & Holmes, 2003). Deste modo, o modelo cognitivo propõe dois conceitos-chave responsáveis pela percepção de ameaça (Ehlers & Clark, 2000). O primeiro refere-se à avaliação do indivíduo face à experiência traumática, onde os autores seguem o modelo de Beck, que salienta o papel das cognições negativas em perturbações emocionais (Friedman, Keane & Resick, 2007). O segundo refere-se ao facto de a memória episódica traumática ser integrada com outras memórias (Ehlers & Clark, 2000; Friedman, Keane & Resick, 2007), onde os autores explicam que existe uma narrativa fragmentada e mal elaborada que, quando os sujeitos se recordam de tal evento têm a sensação de que o mesmo ocorre no

presente e não no passado, confirmando-se assim que um acontecimento traumático do passado interfere no presente do indivíduo (Friedman, Keane & Resick, 2007), podendo tal favorecer a manutenção da perturbação (Ehlers & Clark, 2000).

1.2 Dados de Prevalência

Segundo a literatura, as pessoas não reagem todas da mesma maneira perante a exposição a experiências traumáticas e não existe uma relação direta entre exposição a um acontecimento traumático e desenvolvimento de PPST (Aldwin e Yancura, 2004). No entanto, foi possível verificar que em 1995, a PPST era uma das perturbações psicológicas mais prevalentes e persistentes na população em geral, mais do que o que se esperava (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Também na atualidade, tal prevalência da PPST continua a ser confirmada, através de uma revisão da literatura (Howlett & Stein, 2016). Num estudo desenvolvido 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. No mesmo estudo concluiu-se que a taxa de prevalência de PPST ao longo da vida é de cerca de 4,8% para os homens e 11,4% nas mulheres (Albuquerque, Soares, Jesus e Alves, 2003).

De acordo com a revisão da literatura, é possível verificar-se também que a prevalência de PPST varia tendo em conta o género. Alguns estudos afirmam que os homens apresentam uma maior probabilidade de exposição a acontecimentos traumáticos, mas que as mulheres parecem estar mais suscetíveis a desenvolver PPST (Friedman et al., 2007; Tolin & Foa, 2006). No estudo realizado por Kilpatrick et al. (2003) com 4023 adolescentes, concluiu-se que as raparigas apresentavam uma maior sintomatologia de PPST em comparação com os rapazes. Também num outro estudo desenvolvido com crianças e jovens expostas a um desastre potencialmente traumático, concluiu-se que as raparigas relataram mais sintomas de PPST do que os rapazes (Green et. al., 1991).

Para além do fator sexo, foram também identificados outros fatores que puderam contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia de PPST. Caso disso, é o exemplo do estudo desenvolvido por Salazar, Keller, Gowen e Courtney (2013) com jovens em situação de acolhimento, onde 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. Também Briggs, et al. (2012) após comparar jovens em

situação de acolhimento e jovens moradores no meio natural de vida, concluíram que, ambos os jovens relataram exposição a experiências traumáticas, com número e gravidade mais elevados para os jovens em situação de acolhimento. Outros autores reforçam esta ideia referindo que os jovens em situações de acolhimento apresentam uma maior variedade e gravidade de sintomatologia de PPST comparativamente a jovens que vivem no meio natural de vida (James et al., 2006; Tarren-Sweeney, 2008). Contudo, são poucos os estudos que avaliam os efeitos cumulativos da exposição ou a relação entre o número de exposições ao trauma na infância ou adolescência e o funcionamento psicossocial (Briggs, et al, 2012).

2. Comportamentos de Risco

O termo comportamento de risco refere-se à participação do indivíduo em atividades que possam comprometer a saúde física e mental (Feijó & Oliveira, 2001, citado em Araújo, Blankb & Ramos, 2009). A maior prevalência de comportamentos de risco, parece surgir, sobretudo, entre as idades 12 e 17 anos, devido à grande mudança do ponto de vista psicológico e social apresentada pelos adolescentes (Kessler et al., 2003). A adolescência é assim um período de transição entre a infância e a idade adulta, que consiste numa fase onde ocorrem várias transformações físicas, sociais e psicológicas (Martins, 2005). A adolescência tem como fase inicial as idades dos 11 aos 15 anos e como fase final da adolescência, dos 15 aos 18 anos. Deste modo, a fase intermédia de adolescência ocorre por volta dos 15 anos, o que coincide com a idade de transição para o ensino secundário (Gagnon e Simon, 1973, citado por Anastácio, 2010) e com a barreira de idades do início da maioridade penal em Portugal que principia aos 16 anos (Albuquerque, 2015). A idade inferior a esta é assim considerada como de maior risco para a saúde, que comporta como por exemplo: relações sexuais desprotegidas, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco e drogas, má alimentação, auto-lesão, entre outros (Salgado, 2003, citado em Araújo, Blankb & Ramos, 2009). Deste modo, os adolescentes expõem-se diretamente a muitas situações de risco com consequências prejudiciais a nível individual, familiar e social (Martins, 2005; Muza & Costa, 2002, citado em Araújo, Blankb & Ramos, 2009).

Os comportamentos de risco (eg. relações sexuais desprotegidas, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco e drogas, má alimentação, auto-lesão, etc) ocorrem em ambos os sexos (Stevens, Murphy & McKnight, 2003). Contudo, alguns estudos sugerem que os indivíduos do sexo masculino tenderão a envolver-se mais frequentemente nestes comportamentos do que os do sexo feminino (Leitão, 2016; Tsirigotis, Gruszczynski, &

Tsirigotis-Maniecka, 2013). Apesar de não ser um facto consistente na literatura, também são vários os estudos que demonstram a diferença de género na prevalência de cada comportamento de risco. Um estudo de Garrido, Fernández & Pedrola (2008), refere que jovens do sexo feminino têm mais relações sexuais desprotegidas quando comparados ao sexo masculino devido a uma diminuição da perceção de risco relacionada com o facto de existirem sentimentos de segurança com um parceiro estável. Quanto à prática de exercício físico, os estudos apontam que o sexo feminino pratica menos que o sexo masculino (Sallis, 1993; Trost & Pate, 1999 citado em Trost, Owen, Bauman, Sallis & Brown, 2002; Carvalho, Rodrigues, Carvalho & Gonçalves, 2007). Tal parece ocorrer devido ao facto de o sexo masculino iniciar a prática mais cedo e esta prevalecer, existindo evidências de que a história pessoal de atividade física regular se encontra associada, de forma positiva, com o nível atual de exercício físico e adesão ao mesmo (Trost et al., 2002). No que se refere ao consumo de álcool, alguns estudos têm demonstrado que os jovens do sexo masculino bebem mais álcool e com mais frequência (Centers for Disease Control and Prevention, 2011, citado em Brooks-Russell, Simons-Morton, Haynie, Farhat & Wang, 2014) devido ao facto de as raparigas adolescentes darem maior importância à avaliação social (Rudolph e Conley 2005) e serem mais sensíveis às normas de pares (Callas et al. 2004) e à pressão destes (Simons-Morton et al., 2001). Quanto aos comportamentos violentos parece ser o sexo masculino aquele que mais se envolve nestes (Oliveira & Sani, 2005; Carvalhoa, Lima & Matos, 2012). Tal parece acontecer devido ao facto de a sociedade incutir a valorização das atitudes e valores culturais que validam o exercício do poder e legitimam o uso da força masculina (Machado & Dias, 2010, citado em Maia & Barreto, 2012). Relativamente à toma do pequeno almoço, o sexo feminino apresenta em vários estudos, uma maior probabilidade de não o tomar diariamente (Mikki, Addul-Rahim, Shi, & Holmboe-Ottesen, 2010; Silva, & Marques, 2012). Isto parece acontecer devido ao facto de que as raparigas estarem menos satisfeitas com o seu peso e o seu nível de gordura corporal comparativamente aos rapazes, resultando na restrição alimentar (Koslow, 1988, citado em Anastácio & Carvalho, 2006). Também existem estudos que referem a existência de diferenças significativas na prevalência da auto-mutilação, ideação suicida e tentativa de suicídio em função do género, sendo estas mais comuns em jovens do sexo feminino (Borges & Werlang, 2006; Madge, Hewitt, Hawton et al., 2008; Ross & Heath, 2002). Uma explicação para este fenómeno é de que o sexo feminino apresenta maiores índices de depressão comparativamente ao sexo masculino o que resulta no aumento da auto-lesão, da

ideação suicida e das tentativas de suicídio em raparigas adolescentes (Edwards & Holden, 2001; Esposito & Clum, 2002; McGee, Williams, & Nada-Raja, 2001).

De um modo geral, as diferenças de sexo nos comportamentos de risco são explicadas, porque o sexo masculino usa estratégias de *coping* predominantemente de externalização (Sawyer et al, 2001; Sourander et al, 2001), ao passo que o sexo feminino usa predominantemente estratégias de *coping* de internalização (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997; Hutz, 2002). Ou seja, para além das teorias que têm como pressupostos as diferenças em torno do género (Leitão, 2016; Tsirigotis, Gruszczynski, & Tsirigotis-Maniecka, 2013), o tipo de estratégias de *coping* relacionado com o sexo também explica as diferenças de prevalência em comportamentos de risco encontradas na literatura.

3. Relação entre PPST e Comportamentos de Risco

Alguns estudos verificaram que a exposição a trauma e consequentemente sintomatologia de PPST aumenta o risco para a ocorrência de comportamentos de risco, sendo que parece existir maior prevalência para o consumo de substâncias, entre elas, o álcool e as drogas (Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders & Best, 1997; Rheingold, Acierno & Resnick, 2004; Stewart, 1996), o comportamento sexual desprotegido (Brief et al, 2004) e condutas de auto-lesão (Nock & Prinstein, 2005). Num estudo realizado com alunos de escolas públicas dos 6º, 9º e 12º anos, foi demonstrado que a PPST derivada do abuso físico e sexual estava associado a uma maior probabilidade de consumo de álcool e de substâncias ilícitas e tabaco (Harrison et al, 1997, como citado em Bellis, 2002). Outro componente crucial do uso de álcool e drogas em adolescentes com PPST é que tem vindo a aliciar para a prática de comportamentos sexuais de risco, diminuindo o uso do preservativo quando estão sob o efeito destas (Hingson, Strunin, Berlin & Heeren, 1990). A investigação tem vindo a indicar ainda que a exposição a trauma pode também aumentar risco do indivíduo se infetar com HIV. Zierler et al. (1991) num estudo com homens com história de abuso sexual, verificou que estes tiveram duas vezes mais de prevalência de infeção de HIV relativamente aos homens que não tinham sido abusados. Também no que se refere ao comportamento auto-lesivo, foram encontradas evidências de associação deste com PPST, sendo que a investigação sugere que os indivíduos se envolvem com grande frequência neste tipo de comportamentos para efeitos de regulação emocional (Nock & Prinstein, 2005) e por terem a crença de que a dor emocional se transforma em dor física, permitindo-lhes ser mais fácil compreender esta (Gratz, 2003). A literatura tem

evidenciado que o indivíduo recorre a comportamentos de risco após a exposição a trauma como estratégia para conseguir lidar com os pensamentos ou sentimentos negativos relacionados com o trauma (Brown & Wolfe, 1994; Stewart, 1996) ou com os sintomas da PPST (Beckham et al, 1995, como citado em Kilpatrick, et al, 1997). Segundo o modelo da auto-medicação (Garland, Pettus-Davis & Howard, 2013), os indivíduos com PPST consomem substâncias (drogas e álcool) com o objetivo de aliviar os sentimentos negativos relativos ao trauma. Deste modo, o uso de substâncias tende a compensar o humor disfórico através da alteração neurobiológica na amígdala (Koob & LeMoal, 2001). Esta alteração neurobiológica pode assim, provocar o aumento do consumo de substâncias psicoativas como forma de o indivíduo alcançar um equilíbrio emocional e de bem-estar (Koob, 2003). No entanto, o consumo continuado destas pode levar a alterações adicionais na amígdala, amplificando a desregulação afetiva, o humor disfórico e o efeito de auto-medicação (Koob & Le Moal, 2008). Assim, os efeitos farmacológicos das substâncias psicoativas são reforçados, pelo que promovem sua neuroadaptação e intensificam os estados de humor negativos (Garland, Pettus-Davis & Howard, 2013). Como consequência, este processo cíclico aumenta o consumo de substâncias como forma de reduzir esses estados de humor (Garland, Pettus-Davis & Howard, 2013). Deste modo, os indivíduos mais suscetíveis à ansiedade, têm um maior risco para a prática destes comportamentos que tendem a reduzir esses estados (Khantzian, 1987). Assim, a prática de comportamentos de risco leva a uma rápida redução de emoções negativas que a longo prazo contribuem para o aumento de problemas de ajustamento social e psicológico, bem como para o aumento dos comportamentos de risco numa espiral negativa de compensação vs. descompensação (Beckham et al., 1995, como citado em Kilpatrick, et al, 1997).

5. Novidade e objetivos do estudo

Este trabalho tem como objetivo explorar a relação entre o desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e ocorrência de comportamentos de risco em jovens com história de trauma. A amostra incidiu em jovens que residem em Casas de Acolhimento e jovens que estudam em Escolas Profissionais, uma vez que a maioria da literatura existente estuda jovens da população em geral, após a exposição a um evento traumático. Por conseguinte, as novidades do estudo são a inclusão de uma amostra cujos jovens relatem pelo menos um acontecimento traumático (Critério A), sendo esta novidade ligada a um dos instrumentos utilizados (LEC-5). Este ponto é considerado novidade, visto

que 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), será inicialmente avaliado por três juízes independentes, sendo posteriormente realizada uma reflexão falada acerca dos mesmos. Uma outra novidade refere-se à utilização de instrumentos que avaliam a sintomatologia de PPST segundo o DSM-V (e.g. CPSS-V, LEC-5), uma vez que a maioria dos estudos observados utilizaram os critérios do DSM-IV para a avaliação da sintomatologia da perturbação nas suas amostras.

Face ao objetivo estabelecido são propostas as seguintes hipóteses:

H1 – Espera-se que os jovens em situação de acolhimento relatem maior número de experiências traumáticas comparativamente aos jovens que residem no meio natural de vida;

H2 - Espera-se encontrar diferenças de comportamentos de risco em função do sexo;

H3 – Espera-se que níveis mais elevados de sintomatologia de PPST estejam correlacionados com níveis mais elevados de comportamentos de risco.

H4 - Espera-se que níveis mais elevados de sintomatologia de PPST sejam preditores de níveis mais elevados de comportamentos de risco.

Método

Participantes

A amostra do estudo presente é constituída por 372 jovens em risco: 224 (60.2%) são estudantes do ensino profissional e 148 (39.8%) são jovens que residem em Casas de Acolhimento. Foram inicialmente contactados cerca de 938 jovens, mas apenas 372 se mostraram disponíveis a participar no estudo. Destes jovens, 183 (49.2%) eram do sexo masculino e 189 (50.8%) são do sexo feminino. A idade média da amostra é de 15.89, ou seja, 16 anos ($DP = 1.26$), podendo a idade dos jovens variar entre os 13 e os 17 anos. Na amostra 143 (38.4%) jovens residem em casas de acolhimento, 135 (36.3%) residem com ambos os pais e 75 (20.1%) residem ou só com a mãe ou só com o pai. Em relação à escolaridade dos jovens a média é de 9.11, ou seja, 9º ano de escolaridade ($DP = 1.59$), podendo a mesma variar entre o 5º ano e o 12º ano de escolaridade. Destes jovens 188 (50.5%) foram sinalizados pela CPCJ, pelo Tribunal de Proteção 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€; 39 (10.5%) relataram um rendimento familiar inferior a 250€, 67 (18.0%) relataram um rendimento familiar entre os 250€ e 500€, 80 (21.5%) relataram um rendimento familiar mais de 500€ até 750€, 60 (16.1%) relataram um rendimento familiar mais de 750€ até 1000€, 33 (8.9%) relataram um rendimento familiar mais de 1000€ até 1500€, 8 (2.2%) relataram um rendimento familiar mais de 1500€ até 2000€ e 17 (4.6%) relataram um rendimento familiar mais de 2000€.

Procedimentos

O plano do presente estudo é transversal e surge na extensão de um Projeto de Investigação da Universidade Lusófona do Porto em parceria com o Departamento de Psicologia da Universidade de Michigan.

A primeira fase do presente estudo baseou-se na elaboração de um certificado de participação no estudo do ano letivo de 2015/2016, como forma de agradecimento às Casas de Acolhimento e Escolas Profissionais pela sua colaboração.

De seguida, entrou-se em contacto, por via telefone, com todas as Instituições, contactadas pela Equipa de Investigação no ano anterior, para que nos fosse fornecido o *e-mail* e o nome da pessoa a quem nos deveríamos, posteriormente, dirigir por via *e-mail*. Em seguida, foram realizados contactos por via *e-mail* através do envio de um texto previamente redigido e adaptado para cada instituição, que explicava o objetivo do estudo e pedia o agendamento de uma reunião para a entrega do Certificado de Participação e apresentação do novo Projeto, tendo anexada a súmula do mesmo.

Posteriormente, foram contactadas, por via telefone, novas instituições, procuradas pela presente Equipa de Investigação, de forma a perceber o interesse e disponibilidade em participar no presente estudo, e a obter os mesmos detalhes das instituições já contactadas (*e-mail* e nome da pessoa a quem dirigir) procedendo depois com o mesmo processo anteriormente descrito, (contacto por via *e-mail* através do envio de um texto previamente construído e adaptado para cada entidade, que esclarecia o objetivo do estudo e solicitava que se agendasse uma reunião para apresentação do Projeto, tendo igualmente, como anexo, a súmula do mesmo). Desta forma, para a realização da recolha de dados, foram contactadas 22 Escolas Profissionais e 28 Casas de Acolhimento.

Após todas as respostas de autorização das Escolas Profissionais (6) e Casas de Acolhimento (6), entrou-se novamente em contacto com as mesmas, a fim de 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.

De seguida, duas investigadoras deslocaram-se aos locais em hora e dia previamente combinados com os professores/diretores/técnicos, para esclarecer os objetivos do projeto e entregar os consentimentos informados dos representantes legais para que, posteriormente, os jovens os trouxessem devidamente assinados. Solicitamos ainda às instituições que nos contactassem quando tivessem um grande número de consentimentos informados assinados, a fim de agendar dia e hora para iniciar com a passagem dos questionários aos jovens.

Assim, após o contacto das entidades para iniciar com a distribuição dos protocolos, deslocaram-se, novamente duas investigadoras aos locais para receber os consentimentos informados referentes aos representantes legais e apresentar o projeto aos participantes, bem como entregar os consentimentos informados aos mesmos, para que estes sejam assinados, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados. A recolha de dados só se iniciou após a entrega de ambos os consentimentos devidamente assinados. Os jovens foram convidados a participar no estudo, em contexto de sala de aula, no caso das escolas profissionais, ou em contexto de sala de estar, no caso das instituições. Por sua vez, os protocolos foram distribuídos e autoadministrados pelos jovens que, em caso de dúvidas, as colocavam, de forma individual, ao investigador que se encontrava no local.

Importa ressaltar que junto ao protocolo seguia uma tira de papel que continha questões informativas acerca do jovem (nome, telefone, *e-mail* e data de nascimento) com um código que correspondia ao protocolo que o jovem preencheu. Esta tira poderá ser útil, posteriormente, para que seja possível dar continuidade ao estudo e torna-lo longitudinal a fim de identificar a que sujeito pertence cada protocolo. Contudo, a fim de manter a confidencialidade e o anonimato esta tira nunca será anexada aos protocolos.

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.º 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 Acontecimentos de Vida para DSM-V (LEC-5 - *Life Events Checklist* (Weathers *et al.*, 2013; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015) que é uma medida de autorrelato desenvolvida para avaliar eventos potencialmente traumáticos na vida de um indivíduo. Assim, avalia a exposição a 13 eventos que potencialmente resultam em PPST ou angústia e inclui um item adicional para avaliar qualquer outro evento extremamente stressante não capturado nos primeiros 13 itens.

Escala de Sintomatologia de PPST na Infância e Adolescência- V (CPSS-V; Gillihan *et. al*, 2012; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015) que é um instrumento utilizado para avaliar o diagnóstico de PPST e a sua gravidade em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8-18 anos, que experienciaram 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. No entanto, a pontuação de comprometimento não contribui para a pontuação geral do instrumento.

Lista de Comportamentos de Saúde – PsycTESTS Database Record American Psychological Association (Pinto & Maia, 2013) que é um inventário de Comportamentos de Risco à Saúde, com 15 itens pontuados numa escala de 4 pontos (nunca = 0; muitas vezes = 4) ou com respostas dicotómicas isto é, sim ou não. O risco é considerado presente quando o participante responde de forma afirmativa aos itens de pontuação dicotómica e quando responde “algumas vezes”, “frequentemente” e “muitas vezes” aos itens de escala tipo *Likert*. O índice global é obtido através do cálculo do total de respostas positivas, sendo que este deve variar entre 0 e 15.

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 ao número de experiências traumáticas e para comparar jovens do sexo feminino e do sexo masculino relativamente

aos comportamentos de risco. Foi utilizado ainda um teste de qui-quadrado para a independência para analisar a associação entre sexo e cada comportamento de risco. No sentido de verificar a relação entre a sintomatologia de PPST e os comportamentos de risco, foram realizadas uma correlação de *Pearson* e uma análise de regressão linear hierárquica.

Resultados

Do total dos participantes (N = 372), 336 (90.3%) dos jovens foram expostos a pelo menos uma experiência traumática (cumpriram o critério A). No que se refere ao preenchimento do questionário de PPST, apenas 11 (2.96%) não responderam ao questionário. Dos 361 jovens, 99 (26.6%) relataram sintomatologia de PPST. Relativamente aos comportamentos de risco, 25 (6.7%) não responderam ao questionário. Na tabela 1 estão apresentadas as médias e desvios-padrão das medidas de PPST e comportamentos de risco.

Tabela 1

Médias e Desvios-Padrão das Principais Medidas.

Nome	<i>n (%)</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
PPST Total		21.91	20.77	.00	73.00
PPST A	336 (90.3)				
PPST B		1.57	1.82	.00	5.00
PPST C		.73	.86	.00	7.00
PPST D		2.08	2.40	.00	7.00
PPST E		1.80	2.00	.00	6.00
PPST ^a	99 (26.6)				
Comportamentos de Risco	347	6.06	2.62	1.00	14.00

Nota: PPST ^a = critérios preenchidos para diagnóstico de PPST

Relativamente à frequência de comportamentos de risco (ver Tabela 2), na sua maioria, 312 (86.7%) dos jovens relataram iniciar a prática sexual antes dos 15 anos, sendo que o comportamento de risco menos revelado foi o consumo atual de drogas, 32 (8.9%).

Tabela 2

Dados descritivos da variável em estudo: Comportamentos de Risco.

Nome	<i>n</i>	%	χ^2
Início da vida sexual antes dos 15 anos	312	86.7	2.7
Não usar preservativo	236	64.3	2.4
Experimentar álcool antes dos 15 anos	172	47.1	.1
Hábito de consumo de álcool atualmente	108	29.6	1.1
Experimentar tabaco antes dos 15 anos	235	86.4	.1
Hábito de consumo de tabaco atualmente	126	34.3	2.4
Experimentar drogas antes dos 15 anos	72	69.2	2.5
Hábito de consumo de drogas atualmente	32	8.9	.1
Não praticar exercício físico	185	50.4	17.9***
Pouco hábito de lavar os dentes	40	10.9	.7
Não tomar pequeno almoço	104	28.5	7.4**
Hábito de comer doces	305	83.3	.9
Estar envolvido em comportamentos violentos	184	50.1	34.8***
Magoar-se propositadamente	76	20.8	11.2***
Ideação suicida	79	21.5	13.6***
Tentativa de suicídio	42	11.5	5.9*

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

Relativamente à hipótese, espera-se que os jovens em situação de acolhimento relatem maior número de experiências traumáticas comparativamente aos jovens que residem no

meio natural de vida, foram encontradas diferenças significativas, $t(365) = 2.15, p < .05$. Contudo a hipótese foi rejeitada devido ao facto de os jovens que residem no meio natural de vida apresentarem maior número de experiências traumáticas ($M = 4.80; DP = 3.25$) comparativamente com os jovens que residem em casas de acolhimento ($M = 4.06; DP = 3.20$).

Relativamente à hipótese, Espera-se encontrar diferenças em comportamentos de risco em função do sexo, não foram encontradas diferenças significativas de comportamentos de risco em função do sexo, $t(345) = -1.46, p = .15$.

Ainda na hipótese, espera-se que níveis mais elevados de sintomatologia de PPST estejam correlacionados com níveis mais elevados de comportamentos de risco, foi encontrada uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa entre níveis mais elevados de sintomatologia de PPST e comportamentos de risco, $r = .35, p < .001$. Desta forma, níveis mais elevados de sintomatologia de PPST estão associados a maiores níveis de comportamentos de risco.

Finalmente, na hipótese espera-se que níveis mais elevados de sintomatologia de PPST sejam preditores de níveis mais elevados de comportamentos de risco, os resultados da regressão hierárquica indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 21% da variância, $R^2 = .207, F(6, 324) = 15.39, p < .001$. Após ajustadas as variáveis sociodemográficas, as variáveis casa de acolhimento vs. comunidade, $\beta = .21, t = 3.16, p < .05, 95\% CI [.42, 1.82]$, a idade, $\beta = .29, t = 4.48, p < .001, 95\% CI [.34, .88]$, as experiências traumáticas $\beta = .14, t = 2.63, p < .001, 95\% CI [.03, .20]$ e a sintomatologia de PPST, $\beta = .30, t = 5.6, p < .001, 95\% CI [.03, .05]$ foram preditores significativos e positivos de comportamentos de risco. Assim, uma maior idade, a exposição a experiências traumáticas e maiores níveis de sintomatologia de PPST estão associados a níveis mais elevados de comportamentos de risco. Também a variável “Casa acolhimento vs. Comunidade” foi preditora de comportamentos de risco, ou seja, os jovens que residem em casas de acolhimento foram associados a níveis mais elevados de comportamentos de risco (ver tabela 3).

Tabela 3*Regressão hierárquica: preditores de Comportamentos de Risco.*

Modelo	B	β	t
Bloco 1: $R^2 = .08^{***}$			
Idade	.62	.30	4.25 ^{***}
Sexo	.77	.15	2.49 [*]
Grau de Escolaridade	-.07	-.04	-.47
Casa de Acolhimento vs. Comunidade	1.22	.23	3.17 ^{**}
Bloco 2: $R^2 = .22^{***}$; $\Delta R^2 = .21^{***}$			
Constante	-4.72		-2.52
Idade	.61	.29	4.48 ^{***}
Sexo	.34	.06	1.15
Grau de Escolaridade	-.09	-.06	-.72
Casa de Acolhimento vs. Comunidade	1.13	.21	3.16 ^{**}
Experiências Traumáticas ^a	.11	.14	2.63 ^{**}
Sintomatologia de PPST ^b	.04	.30	5.57 ^{***}

Nota: ^a Experiências Traumáticas = Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V [LEC5] *Life Events Checklist-5* (Weathers et al., 2013; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015);

^b Sintomatologia de PPST = Escala de Sintomatologia de PPST na Infância para DSM-V [CPSS-V] *Child PTSD Symptom Scale - V* (Gillihan et. al, 2012; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015).

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

Discussão

O principal objetivo deste estudo foi analisar a relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e Comportamentos de Risco em jovens com história de trauma. O estudo teve como novidade a utilização de uma amostra em que relatou pelo menos um acontecimento traumático (Critério A) e a utilização de questionários que avaliam a sintomatologia de PPST segundo o DSM-V.

Relativamente à primeira hipótese, esperava-se que os jovens em situação de acolhimento relatassem maior número de experiências traumáticas comparativamente aos jovens que residem no meio natural de vida. Esta hipótese apesar de se mostrar significativa, não foi confirmada, pois foram os jovens que residem no meio natural de vida que apresentaram maior número de experiências traumáticas. Este resultado contraria

a informação presente na literatura (James et al., 2006; Tarren-Sweeney, 2008; Briggs, et al., 2012). O que parece explicar este resultado contraditório relativamente ao esperado é o facto de a amostra deste estudo ser composta por um grupo de jovens que residiam em casas de acolhimento e por um grupo de jovens que estuda em escolas profissionais. Estas escolas são constituídas, sobretudo, por jovens que não tiveram sucesso escolar no ensino regular, sendo que este insucesso poderá estar relacionado com abuso de substâncias e problemas cognitivos, emocionais e comportamentais (Kokko, Tremblay, Lacourse, & Vitaro, 2006; Townsend, Flisher, & King, 2007). As características desses jovens parecem confirmar isso mesmo, porque relataram elevados níveis de adversidade na infância e elevados níveis de comportamentos de risco (Pinto et. al, 2017), o que poderá explicar o facto de terem relatado mais exposição ao trauma. Deste modo, o grupo de comparação deste estudo apresenta características socioeconómicas idênticas, contrariamente aos estudos apresentados, cujos grupos de comparação tinham características socioeconómicas distintas (James et al., 2006; Tarren-Sweeney, 2008; Briggs, et al., 2012). No entanto, um outro aspeto 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 Proteção de Menores, Segurança Social), o que poderá ter contribuído para a diminuição do impacto da exposição a experiências adversas (Spinelli & Howard, 2011; Pinto & Maia, 2013; Gupta & Gupta, 2014), enquanto que a maior parte dos jovens que residem no meio natural de vida não foram sinalizados. Ou seja, não foram adotadas medidas para prevenção ou diminuição das adversidades e de exposição ao trauma.

Em relação à segunda hipótese, esperava-se encontrar diferenças de comportamentos de risco em função do sexo. Esta hipótese não foi confirmada, quando usado o score total de comportamentos de risco, contrariando alguns estudos (Fernández & Pedrola, 2008; Tsirigotis, Gruszczynski, & Tsirigotis-Maniecka, 2013; Brooks-Russell, Simons-Morton, Haynie, Farhat & Wang, 2014; Leitão, 2016). Este resultado pode ser explicado devido ao facto de que a maioria dos estudos encontrou diferenças de género tendo em conta um comportamento específico (e.g. abuso de álcool; drogas; HIV; etc) (Fernández & Pedrola, 2008; Tsirigotis, Gruszczynski, & Tsirigotis-Maniecka, 2013; Brooks-Russell, Simons-Morton, Haynie, Farhat & Wang, 2014; Leitão, 2016). A utilização do score total dos comportamentos de risco para encontrar diferenças de sexo, poderá ter equilibrado as diferenças entre ambos. De facto, esta hipótese parece confirmar-se, pois quando analisada

a associação entre sexo e cada comportamento de risco, por exemplo não praticar exercício físico (Sallis, 1993; Trost & Pate, 1999 citado em Trost, Owen, Bauman, Sallis & Brown, 2002; Carvalho, Rodrigues, Carvalho & Gonçalves, 2007), não tomar pequeno almoço (Mikki, Addul-Rahim, Shi, & Holmboe-Ottesen, 2010; Silva, & Marques, 2012), magoar-se propositadamente (Borges & Werlang, 2006; Madge, Hewitt, Hawton et al., 2008; Ross & Heath, 2002), ideação suicida (Borges & Werlang, 2006; Madge, Hewitt, Hawton et al., 2008; Ross & Heath, 2002) e tentativa de suicídio (Borges & Werlang, 2006; Madge, Hewitt, Hawton et al., 2008; Ross & Heath, 2002) foram associados ao sexo feminino, tal como descrito na literatura. Por outro lado, o comportamento de estar envolvido em comportamentos violentos foi associado ao sexo masculino (Oliveira & Sani, 2005; Carvalhoa, Lima & Matos, 2012), sendo congruente com a literatura. Assim, os resultados deste estudo confirmam a informação existente na literatura. Tal como é descrito na introdução, estas diferenças podem ser atribuídas às diferentes estratégias de *coping* usadas para lidar com problemas de internalização, sendo estes mais associados ao sexo feminino (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997; Hutz, 2002) e problemas de externalização sendo mais associados ao sexo masculino (Sawyer et al, 2001; Sourander et al, 2001).

Por fim, podemos dizer que a terceira e quarta hipóteses foram confirmadas. Na terceira hipótese esperava-se que níveis mais elevados de sintomatologia de PPST estivessem correlacionados com níveis mais elevados de comportamentos de risco. Esta hipótese confirmou-se. Na quarta hipótese esperava-se que níveis mais elevados de sintomatologia de PPST fossem preditores de níveis mais elevados de comportamentos de risco. Esta hipótese também se confirmou, após terem sido controladas as variáveis sociodemográficas. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de os jovens adotarem estes comportamentos como estratégia para conseguirem lidar com pensamentos ou sentimentos negativos relacionados com o trauma (Brown & Wolfe, 1994; Stewart, 1996) ou com os sintomas da PPST (Beckham et al, 1995, como citado em Kilpatrick, et al, 1997). Deste modo, os indivíduos com PPST podem iniciar a prática destes comportamentos na tentativa de reduzir ou tentar controlar os seus sintomas, tal como explicado no Modelo Teórico da Auto-medicação (Garland, Pettus-Davis & Howard, 2013). Desta forma, os comportamentos de risco levam a uma rápida redução de emoções negativas que quando percecionados como eficazes, a sua utilização poderá aumentar e, consequentemente ficar crónica (Beckham et al., 1995, como citado em Kilpatrick, et al, 1997). Este dado é coerente com a informação presente na literatura na qual revela que a

exposição a trauma e consequentemente sintomatologia de PPST aumenta a probabilidade para a ocorrência de comportamentos de risco (Hingson, Strunin, Berlin & Heeren, 1990; Zierler et al. 1991; Stewart, 1996; Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders & Best, 1997; Rheingold, Acierno & Resnick, 2004; Brief et al, 2004; Nock & Prinstein, 2005; Garland, Pettus-Davis & Howard, 2013).

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação e conclusão dos resultados. Primeiro porque este estudo baseou-se num desenho de investigação transversal. Apesar de a variável independente (VI) ter sido avaliada de forma retrospectiva, este desenho tem limitações ao nível da relação causa efeito entre as variáveis que foram avaliadas num corte transversal. Consequentemente, 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. Ainda na interpretação dos resultados, uma outra limitação é o facto de que a escala de PPST não estar ainda validada para a População Portuguesa, tendo sido utilizada uma adaptação. No entanto, o estudo da validação que está a ser submetido, apresentou boas propriedades psicométricas (Correia-Santos et. al, 2017). Também o facto de a amostra não ser representativa da população de jovens residentes em casas de acolhimento e do meio natural de vida, é uma limitação apresentada, pelo que não é possível generalizar os resultados apresentados neste estudo.

Apesar destas limitações, o presente estudo mostrou evidência empírica acerca da relação entre a sintomatologia de PPST e comportamentos de risco em jovens com história de trauma. Os resultados deste estudo sugerem que a intervenção precoce na PPST poderá evitar a adoção de comportamentos de risco em jovens. Deste modo, numa perspetiva preventiva, o apoio social dos familiares, cuidadores, professores e colegas poderá ser um fator para evitar o desenvolvimento de PPST e, consequentemente, o envolvimento em comportamentos de risco. Também a promoção da saúde poderá ser crucial no sentido de aumentar a aderência a comportamentos de saúde e minimizar o impacto do trauma, através da adoção de estratégias positivas para a redução de ansiedade e outros sintomas de PPST, em lugar de estratégias de *coping* negativas. Numa perspetiva remediativa, é importante que seja efetuado um reencaminhamento dos jovens para serviços de psicologia

e psiquiatria para que possam ser trabalhadas as questões relacionadas com o trauma, bem como encontrar mecanismos de *coping* mais adaptativos como forma de lidar com a prática de comportamentos de risco. Assim, esperamos que este estudo possa alertar para a problemática da exposição ao trauma e da sintomatologia de PPST, no aumento da adesão a comportamentos que colocam a saúde em risco.

Referências Bibliográficas:

- 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.
- Albuquerque, P. P. (2015). *Comentário do Código penal: à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*. Universidade Católica Editora.
- 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.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Anastácio, Z. (2010). Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicología, N.º 2, 2010. ISSN: 0214-9877, pp.695-705.
- Anastácio, Z., & Carvalho, G. S. D. (2006). Saúde na adolescência: satisfação com a imagem corporal e a auto-estima. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5770>. (2017.08.25).
- Araújo, E. D. S., Blankb, N., & Ramos, J. H. (2009). Comportamentos de Risco à Saúde de Adolescentes do Ensino Médio. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 22(3), 164-171.
- Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1), 155-170.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 195-209.

- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-376.
- Brief, D. J., Bollinger, A. R., Vielhauer, M. J., Berger-Greenstein, J. A., Morgan, E. E., Brady, S. M., et al. (2004). Understanding the interface of HIV, trauma, post-traumatic stress disorder, and substance use and its implications for health outcomes. *AIDS Care*, 16(1):97–120.
- 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.
- Brooks-Russell, A., Simons-Morton, B., Haynie, D., Farhat, T., & Wang, J. (2014). Longitudinal relationship between drinking with peers, descriptive norms, and adolescent alcohol use. *Prevention Science*, 15(4), 497-505.
- Brown, P. J., & Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 51/59
- Callas, P. W., Flynn, B. S., & Worden, J. K. (2004). Potentially modifiable psychosocial factors associated with alcohol use during early adolescence. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1503-1515.
- Carvalho, A., Rodrigues, V., Carvalho, G. S. D., & Gonçalves, A. (2007). Um olhar sobre os hábitos alimentares e de lazer de jovens adolescentes.
- Carvalho, S. F., Lima, L., & de Matos, M. G. (2012). Bullying—A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português. *Análise psicológica*, 20(4), 571-585.
- Correia-Santos, P., Jongenelen, I., Maia, Â., & Pinto, R. J. (2017). *Child PTSD Symptom Scale – V – Versão Portuguesa* (Manuscrito submetido para publicação).
- Crijnen, A. A., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1269-1277.

- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1517-1534.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319 – 345.
- Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2002). Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(1), 44-51.
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*. Guilford Press.
- Garland, E. L., Pettus-Davis, C., & Howard, M. O. (2013). Self-medication among traumatized youth: structural equation modeling of pathways between trauma history, substance misuse, and psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(2), 175-185.
- Garrido, J. M. F., Fernández, M. L., & Pedrola, J. L. B. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 511-519.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Science and Practice*, 10, 192–205.
- 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.
- 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.

- Hingson, R. W., Strunin, L., Berlin, B. M., & Heeren, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health, 80*(3), 295-299.
- Howlett, J. R., & Stein, M. B. (2016). Prevention of trauma and stressor-related disorders: A review. *Neuropsychopharmacology, 41*(1), 357-369.
- Hutz, C. S. (2002). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. Casa do Psicólogo.
- James, S., Leslie, L. K., Hurlburt, M. S., Slymen, D. J., Landsverk, J., Davis, I., ... & Zhang, J. (2006). Children in out-of-home care: Entry into intensive or restrictive mental health and residential care placements. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*(4), 196-208.
- Kessler, F., Von Diemen, L., Seganfredo, A. C., Brandão, I., Saibro, P. D., Scheidt, B., & Ramos, S. D. P. (2003). Psychodynamic of the adolescent involved with drugs. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 25*, 33-41.
- 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.
- Khantzian, E. J. (1987). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. In *The Cocaine Crisis* (pp. 65-74). Springer, Boston, MA.
- 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.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, B. E., Best, C. L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5):834-847.

- Kokko, K., Tremblay, R. E., Lacourse, E., Nagin, D. S., & Vitaro, F. (2006). Trajectories of prosocial behavior and physical aggression in middle childhood: Links to adolescent school dropout and physical violence. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 403-428.
- Koob, G. F. (2003). Alcoholism: allostasis and beyond. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(2), 232-243.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97-129.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*, 59, 29-53.
- Leitão, C. F. C. (2016). *Comportamentos de risco na juventude: Uma perspectiva de género e interseccional*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. D., Corcoran, P., Fekete, S., ... & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677.
- Maia, A., & Barreto, M. (2012). Violência contra crianças e adolescentes no amazonas: Análise dos registros. *Psicologia em Estudo*, 17(2).
- 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.
- Martins, M. J. D. (2012). Condutas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. *Análise Psicológica*, 23(2), 129-135.
- McGee, R., Williams, S., & Nada-Raja, S. (2001). Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(4), 281-291.

- Mikki, N., Abdul-Rahim, H. F., Shi, Z., & Holmboe-Ottesen, G. (2010). Dietary habits of Palestinian adolescents and associated sociodemographic characteristics in Ramallah, Nablus and Hebron governorates. *Public Health Nutrition*, 13(9), 1419-1429.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140.
- Oliveira, M., & Sani, A. (2005). Comportamentos dos jovens universitários face à violência nas relações amorosas. In *Bento Silva e Leandro Almeida (Coords), Atas do VIII Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*. Braga: Centro de Investigação em Educação.
- Pinto, A. M., Gonçalves, S. P., & Lima, M. L. (2012). Stress e trauma, continuidades e descontinuidades: Para uma reflexão sobre a PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 49-65.
- Pinto, R. J., & Maia, Â. C. (2013). 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.
- Pinto, R. J., Morgado, D., Reis, S., Monteiro, R., Levendosky, A., & Jongenelen, I. (2017). When social support is not enough: trauma and PTSD symptoms in a risk-sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 72, 110-119.
- 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.
- Rheingold, A. A., Acierno, R., Resnick, H. S. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health risk behaviors. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress* (pp. 217–243). Washington, DC: American Psychological Association.

- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Rudolph, K. D., & Conley, C. S. (2005). The Socioemotional Costs and Benefits of Social- Evaluative Concerns: Do Girls Care Too Much? *Journal of Personality*, 73(1), 115-138.
- 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.
- Sallis, J. F. (1993). Epidemiology of physical activity and fitness in children and adolescents. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 33(4-5), 403-408.
- Sawyer, M. G., Arney, F. M., Baghurst, P. A., Clark, J. J., Graetz, B. W., Kosky, R. J., ... & Rey, J. M. (2001). The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 806-814.
- Silva, M. I. M. C., & Marques, M. O. (2012). *Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga.
- Simons-Morton, B., Haynie, D. L., Crump, A. D., Eitel, P., & Saylor, K. E. (2001). Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Education & Behavior*, 28(1), 95-107.
- Sourander, A., Helstelä, L., Ristkari, T., Ikäheimo, K., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Child and adolescent mental health service use in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(6), 294-298.
- Spinelli, M., & Howard, L. M. (2011). Has child protection become a form of madness? No. *BMJ*, 342.
- Stevens, S. J., Murphy, B. S., & McKnight, K. (2003). Traumatic stress and gender differences in relationship to substance abuse, mental health, physical health, and

- HIV risk behavior in a sample of adolescents enrolled in drug treatment. *Child Maltreatment*, 8(1), 46-57.
- Stewart, S. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. *Psychological Bulletin*, 120, 83/112.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). The mental health of children in out-of-home care. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 345-349.
- 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.
- Townsend, L., Flisher, A. J., & King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 295-317.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(12), 1996-2001.
- Trost, S. G., Pate, R. R., Sallis, J. F., Freedson, P. S., Taylor, W. C., Dowda, M., & Sirard, J. (2002). Age and gender differences in objectively measured physical activity in youth. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(2), 350-355.
- Tsirigotis, K., Gruszczyński, W., & Tsirigotis-Maniecka, M. (2013). Gender differentiation of indirect self-destructiveness. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(1), 39-48.
- Wagner, K. D., Brief, D. J., Vielhauer, M. J., Sussman, S., Keane, T. M., & Malow, R. (2009). The potential for PTSD, substance use, and HIV risk behavior among adolescents exposed to Hurricane Katrina. *Substance Use & Misuse*, 44(12), 1749-1767.
- Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Velentgas, P., Kantrowitz-Gordon, I., & Mayer, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81(5), 572-575.