



Jéssica Tatiana Pinho Duarte

A contribuição combinada do suporte social e das estratégias de *coping* na predição do crescimento pós-traumático: um estudo longitudinal sobre jovens com história de adversidade e trauma

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

Dezembro, 2018



Jéssica Tatiana Pinho Duarte

A contribuição combinada do suporte social e das estratégias de *coping* na predição do crescimento pós-traumático: um estudo longitudinal sobre jovens com história de adversidade e trauma

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia
07/12/2018, perante o júri seguinte:

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

Arguente: Professora Doutora Maria José Pereira Ferreira

Orientador: Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto

Dezembro, 2018

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

Agradecimentos

Devido à importância de todos os protagonistas no meu percurso, gostaria de expressar os meus agradecimentos, particularmente:

Ao Professor Doutor Ricardo Pinto, o melhor orientador que me poderia ter acompanhado, agradeço por toda a prontidão e benevolência;

Agradeço também a todas as Escolas Profissionais, Casas de Acolhimento e jovens pela sua amabilidade, disponibilidade, e por terem colaborado neste projeto de investigação, sem eles teria sido impossível;

Às minhas colegas da equipa do projeto de investigação, com quem tive a oportunidade de partilhar experiências e ideias;

Aos meus pais, para quem sempre estive em primeiro lugar, obrigada por me guiarem sempre e por iluminarem o meu caminho.

Um sincero obrigada!

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo avaliar a contribuição do suporte social e das estratégias de *coping* na predição do crescimento pós-traumático (CPT) em jovens com história de adversidade e trauma. A maior parte dos estudos internacionais, onde são estudadas estas variáveis, tem usado amostras de adultos. Os poucos estudos com jovens usaram amostras da comunidade, expostos, maioritariamente, a traumas não interpessoais (e.g., desastres naturais), e sem história de adversidade na infância. Este estudo é, assim, inovador porque usou uma amostra de jovens em risco em que o critério de inclusão foi a exposição a, pelo menos, um acontecimento traumático (critério A do DSM-5 para PTSD), em que foram avaliados traumas interpessoais e não-interpessoais, adversidade na infância, e a utilização de um plano de investigação longitudinal. **Método:** O estudo incluiu 151 jovens, avaliados em dois momentos distintos, separados por 6 meses, dos quais 48 (31.8%) eram residentes em casas de acolhimento e 103 (68.2%) estudantes do ensino profissional, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos ($M = 15.99$; $DP = 1.25$). Os instrumentos administrados foram: Questionário Sócio-Demográfico; Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V; *Child PPST Symptom Scale – V*; Inventário de Crescimento Pós-Traumático; Escala de Estratégias de Coping na Adolescência e Escala de Satisfação com o Suporte Social para Crianças e Adolescentes. **Resultados:** Os jovens foram expostos a múltiplas experiências adversas na infância e em média expostos a cinco traumas. O modelo de regressão hierárquica revelou que a exposição ao trauma, o suporte social e o *coping* não foram preditores de CPT. Estes resultados parecem sugerir que o modelo conceptual do CPT precisa de ser adaptado a populações de jovens com exposição crónica e severa à adversidade na infância e trauma. Possibilidades para o desenvolvimento de uma teoria de CPT adaptada a esta população são assim discutidas.

Palavras-Chave: Crescimento Pós-traumático (CPT), *Coping*, Suporte Social.

Abstract

The present dissertation aimed to assess the combined contribution of social support and coping strategies in the prediction of posttraumatic growth (PTG) in adolescents with a history of childhood adversity and trauma. Most of the international studies, where these variables are studied, used adult samples. The few studies with youth population used community samples, mostly exposed to non-interpersonal traumas (e.g., natural disasters), and without history of childhood adversity. This study is, thus, innovative, because it used a sample of high-risk adolescents, in which the inclusion criteria was the exposure to, at least, one traumatic event (criterion A of DSM-V for PTSD), and in which interpersonal traumas, non-interpersonal traumas and childhood adversity were assessed, through a longitudinal design. **Method:** The study included 151 adolescents, assessed at two different times, separated by 6 months, of whom 48 (31.8%) were adolescents living in residential care and 103 (68.2%) were students of vocational/professional education, aged between 13 and 18 years ($M = 15.99$, $SD = 1.25$). The instruments administered were: Socio-Demographic Questionnaire; List of Traumatic Experiences for DSM-V; Scale of Childhood Symptoms PTSD - V; Post-Traumatic Growth Inventory; Scale of Coping Strategies in Adolescence and the Multidimensional Scale of Satisfaction with Social Support for Children and Adolescents. **Results:** Adolescents were exposed to multiple adverse childhood experiences and, on average, exposed to five traumas. The hierarchical regression model revealed that exposure to trauma, social support and coping were not predictors of PTG. These results seem to suggest that the PTG conceptual model needs to be adapted to youth populations with chronic and severe exposure to childhood adversity and trauma. Possibilities for the development of a PTG theory adapted to this population are discussed.

Keywords: Posttraumatic Growth (PTG), Coping, Social Support.

Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
A contribuição combinada do suporte social e das estratégias de coping na predição do crescimento pós-traumático: um estudo longitudinal sobre jovens com história de adversidade e trauma.....	10
Crescimento Pós-Traumático.....	10
Modelo do CPT.....	11
Suporte Social.....	12
<i>Coping</i>	12
Associação entre Suporte Social, <i>Coping</i> e Crescimento Pós-Traumático.....	13
Novidade e objetivos do estudo	15
Metodologia.....	16
Participantes.....	16
Procedimentos.....	17
Instrumentos.....	19
Análise de Dados.....	21
Resultados.....	21
Discussão.....	26
Referências Bibliográficas	32

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1: <i>Médias e Desvios-Padrão das Principais Medidas</i>	22
Tabela 2: <i>Frequências das experiências adversas na infância</i>	23
Tabela 3: <i>Correlação entre as principais medidas</i>	24
Tabela 4: <i>Regressão hierárquica: preditores de CPT</i>	25
Figura 1: <i>Diagrama do recrutamento e seleção de participantes</i>	17

Lista de Abreviaturas

APA - Associação de Psiquiatria Americana

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

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

CPT – Crescimento Pós-Traumático

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

LEC-5 - *Life Events Checklist-5*

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

PPST - Perturbação Pós-Stress Traumático

PTG - *Posttraumatic Growth*

PTSD - *Post-Traumatic Stress Disorder*

SPSS - *Statistical Program for Social Sciences*

A contribuição combinada do suporte social e das estratégias de *coping* na predição do crescimento pós-traumático: um estudo longitudinal sobre jovens com história de adversidade e trauma

Crescimento Pós-Traumático

Qualquer pessoa, ao longo da vida, tem uma probabilidade elevada de ser exposta a pelo menos um acontecimento traumático sendo que, a partir de um estudo realizado em diversos países foi possível verificar que 90% da população experiencia pelo menos uma situação traumática durante a vida (Perrin et al., 2014). De acordo com a American Psychiatric Association (2013), o trauma corresponde à exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos como à ameaça de morte, morte real, violência sexual ou ferimentos graves. A perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) pode surgir após, pelo menos, um mês à exposição ao trauma (Zoellner & Maercker, 2006). Em amostras comunitárias de adolescentes, a investigação tem mostrado uma variação das taxas de PTSD entre 1.5% a 4.8% (Garland, Hough, McCabe, Yeh, Wood, & Aarons, 2001; Kilpatrick et al., 2003; Merikangas et al., 2010) e em amostras de risco de adolescentes de 14% a 23.6% (Alisic et al., 2014; Dierkhising et al., 2013; Keller, Salazar, & Courtney, 2010; McMillen et al., 2005).

Nem sempre esteve presente a ideia de que os acontecimentos de vida traumáticos poderiam desencadear mudanças positivas, mas, desde o início da história, a filosofia e a religião partilham a analogia de que o trauma pode levar a resultados positivos (Tedeschi & Calhoun, 1995). Nas últimas décadas e no âmbito da Psicologia Positiva, as investigações direcionaram o seu foco para os aspetos positivos dos indivíduos contrariamente à psicologia tradicional que se direcionava para a psicopatologia, para os efeitos negativos do trauma e para a PTSD (Vásquez et al., 2001; Yunes, 2003). O objetivo da Psicologia Positiva centra-se na construção de qualidades positivas ao invés da reparação dos aspetos negativos da vida (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Ainda assim, as presunções de que o trauma pode resultar em desorganização não devem ser substituídas pela crença de que o Crescimento Pós-Traumático é um resultado estático uma vez que, se trata de um processo contínuo no qual geralmente coexiste uma incessante angustia e crescimento pessoal (Tedeschi & Calhoun, 2004).

O Crescimento Pós-Traumático (CPT) pode ser definido como a experiência de transformações positivas que o indivíduo vivencia após a luta com uma crise de vida

significativa (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000) em que o processamento cognitivo é um elemento fulcral para o indivíduo reconstruir a visão sobre o mundo e conseqüentemente se ajustar ao trauma (Greenberg, 1995). O CPT sucede concomitantemente com os esforços que os indivíduos realizam no sentido de se adaptar a situações extremamente negativas que são propícias de gerar níveis elevados de sofrimento psicológico e manifesta-se através de diversas formas: uma gradual apreciação para a vida de modo geral, relacionamentos interpessoais mais significativos, um maior juízo de força pessoal, mudança de prioridades de vida e riqueza na vida espiritual e existencial (Tedeschi & Calhoun, 2004). Assim sendo, o contexto para a adaptação efetiva à crise de vida e para o CPT abrange a interação entre “a natureza da crise, os recursos pessoais e ambientais e a forma como os indivíduos percebem e optam por lidar com a crise” (Schaefer & Moos, 1998, p.107).

Modelo teórico do Crescimento Pós-Traumático

A teoria “*Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity*” de Joseph e Linley (2005) propõe que a motivação para a reconstrução após o trauma é inerente ao indivíduo, pelo que este procura atingir consistência da sua vida através da integração das novas informações emergentes após o trauma. Na Psicologia, esta teoria centra-se no pressuposto de que os indivíduos possuem capacidade de conhecer quais as direções de vida que devem tomar para alcançar o bem-estar e a realização. No entanto, apesar de esta tendência ser geral entre os indivíduos, a teoria aponta diferenças entre os sujeitos relativamente à forma como experienciam o trauma e o CPT. Por exemplo, a teoria propõe quatro fatores que explicam estas diferenças, designadamente: “o grau de disparidade entre o trauma e as crenças e expectativas preexistentes; se o contexto social prévio ao acontecimento traumático não era facilitador ou, por outro lado, promovia o processo de avaliação das necessidades; a medida em que as pessoas agem de forma concordante com as suas necessidades; se o contexto social impede ou promove o processo de avaliação das necessidades após o evento traumático” (Joseph & Linley, 2005, p.273).

Esta teoria explica ainda que o desenvolvimento de CPT passa pelo processamento cognitivo-emocional dos sujeitos. Existem três possíveis resultados do processamento cognitivo-emocional dos indivíduos, designadamente a acomodação positiva, a acomodação negativa e a assimilação. A acomodação positiva e a assimilação da nova informação relativa ao trauma podem contribuir para o alívio da sintomatologia de PTSD. Apesar disso, a

assimilação não permite ir para além da “linha de base do pré-trauma” uma vez que é necessária uma acomodação para serem integradas novas formas de ver o mundo e para emergir o crescimento. Este processo é desafiador e carece de um ambiente social repleto de suporte. O apoio à autonomia, à competência e ao relacionamento do indivíduo evidencia-se como uma mais valia para o CPT uma vez que, satisfaz as carências básicas e psicológicas do mesmo. À medida que estas necessidades básicas são atendidas, a consistência com a avaliação das necessidades do *self* progredirá e tendencialmente o indivíduo acomoda a nova realidade e o crescimento emerge de forma positiva (Joseph & Linley, 2005).

Suporte social

O suporte social pode ser definido de várias formas. De uma forma geral, o suporte social diz respeito ao auxílio prestado a um indivíduo em dificuldades e geralmente provém de outros significativos como é o caso dos amigos, familiares, cônjuges, colegas de trabalho ou vizinhos (House, 1981; Sarason & Sarason, 1985). Pode ainda ser definido como "uma troca de recursos entre dois indivíduos percebidos pelo provedor ou pelo destinatário para se destinar a melhorar o bem-estar do destinatário" (Brownell & Shumaker, 1984, p.11). O suporte social remete ainda para a disponibilidade de recursos interpessoais (Sarason & Sarason, 1985, p.280).

O suporte social pode ser fornecido a nível instrumental, informativo e emocional, sendo que, o suporte instrumental remete para o apoio tangível, como é o caso de emprestar dinheiro ou de auxiliar nas tarefas domésticas enquanto que, o suporte informativo visa fornecer orientação e informação (Helgeson, 2003). Quanto ao suporte emocional, este diz respeito a presença de indivíduos disponíveis para amar, estimar, cuidar, valorizar e até mesmo, transmitir sentimentos de pertença a um grupo de comunicação e obrigações mútuas (Cobb, 1976). O suporte social parece ainda poder impulsionar o comportamento de confronto (*coping*) para lidar com a adversidade e promover o crescimento pessoal e a adaptação bem-sucedida às adversidades (Schaefer & Moos, 1998, p.100-101).

Coping

Embora existam várias definições de *coping*, este pode ser explicado como um agente que facilita o ajustamento de cada indivíduo ou até mesmo que auxilia na adaptação perante situações ou momentos geradores de *stress* (Holahan & Moos, 1987). Uma das definições mais utilizadas, e sobre o *coping* focado no processo, remete para os esforços cognitivos e

comportamentais, dirigidos para uma melhor gestão das exigências quer internas quer externas que cada individuo considera que ultrapassem os seus próprios recursos (Lazarus & Folkman, 1984, p.141).

Existem duas formas distintas de *coping* para enfrentar os acontecimentos geradores de *stress*: o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção. O *coping* focado no problema diz respeito a esforços diretos que o individuo dirige para si mesmo ou para o meio ambiente com objetivo de mudar ou remover situações que considera ameaçadoras. Por outro lado, o *coping* focado na emoção dirige-se ao controlo de sentimentos indesejáveis que emergem de situações *stressantes* através de ações ou pensamentos (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964). Estas diferentes estratégias de *coping* serão utilizadas mediante a avaliação que o individuo faz da situação que experiencia (Folkman & Lazarus, 1980).

É ainda possível diferenciar as respostas de *coping* que os indivíduos utilizam para gerir a adversidade em *coping* de aproximação, que aborda a tentativa de examinar o momento de crise de maneira lógica reavaliando-a de forma mais positiva concomitantemente com a procura de suporte e de resolução do problema, e por outro lado, em *coping* de evitamento que contempla a tentativa do individuo em minimizar o problema, isto é, achar que o problema não vai mudar e que nada pode ser feito (Roth & Cohen, 1986). Assim sendo, a aquisição de “bem-estar”, de “funcionamento social” e de “saúde física” demonstram ajustamento e são resultado do *coping* apropriado a determinada situação (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985, p.770). Em suma, pode-se compreender o *coping* como um processo multidimensional que é sensível, tendo em conta as exigências ambientais, as características pessoais de cada indivíduo, as quais influenciam a avaliação da situação de *stress*, bem como os recursos para enfrentar a situação (Folkman & Moskowitz, 2004).

Associação entre Suporte Social, *Coping* e Crescimento Pós-Traumático

Recentemente, Tedeschi e Calhoun (2004) reviram o seu modelo descritivo funcional do Crescimento Pós-Traumático (Tedeschi & Calhoun, 1995; 2004) no qual descreveram que para existir CPT é fulcral o acontecimento de um evento traumático que denominam de “evento sísmico”, ou seja, um acontecimento que desafie, anule ou conteste de forma brusca o modo como o individuo percebe o mundo. O evento sísmico é apto para ameaçar os esquemas que o indivíduo tem acerca do mundo, pelo *distress* emocional associado, isto é, pode desafiar e destruir crenças, objetivos e narrativa de vida. Após o trauma, emerge o

processo de reorganização e reformulação dos esquemas do indivíduo ao qual estes autores comparam metaforicamente a reconstrução física que ocorre após um sismo. Nesta fase, o indivíduo consciencializa a presente realidade que vivencia após o trauma e inicia o processo de reconstrução cognitiva que lhe acarreta níveis significativos de sofrimento psicológico e que, por sua vez, conduzem a um processo de ruminação. Este processo de ruminação envolve pensamentos automáticos recorrentes e intrusivos relacionados com o acontecimento traumático, mas que numa fase seguinte passam a ser mais controlados e conscientes, ajudando o sujeito a compreender, resolver, integrar e dar sentido aos acontecimentos traumáticos na sua narrativa de vida (Martin & Tesser, 1996). O sucesso experiencia-se quando o indivíduo alcança uma diminuição dos níveis de angústia emocional que reduzem consequentemente o processo de ruminação automático tornando-o deliberado. A ruminação deliberada será fulcral para a procura de novos significados que desencadeiam novos objetivos, acompanhados de mudança esquemática e evolução da narrativa (Calhoun & Tedeschi, 1998). O suporte social e o *coping* tornam-se imprescindíveis para a desencadeamento e evolução do CPT uma vez que, o suporte social pode auxiliar o indivíduo ao fornecer-lhe novos padrões esquemáticos que o impulsionem no crescimento e na oportunidade de relatar o episódio traumático e conseguir com mais facilidade aceitá-lo e integrá-lo na sua nova narrativa de vida. As estratégias de *coping*, que impulsionam o surgimento de CPT, parecem estar influenciadas por variáveis intrínsecas ao indivíduo (e.g., otimismo; abertura à experiência), pelo grau de comprometimento cognitivo em relação a situação e pelo grau de suporte social de que este é alvo. De forma global, o CPT associa-se a sabedoria sobre a vida (Calhoun & Tedeschi, 1998; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Do ponto de vista empírico, num estudo longitudinal com pacientes com cancro em idade adulta, foi examinada a possível contribuição do suporte social e das estratégias de *coping* na predição do CPT. O apoio à autonomia, à competência e aos relacionamentos por parte dos cuidadores dos pacientes foram positivamente correlacionados ao CPT e explicaram 16%. A utilização do *coping* focado no problema por parte dos pacientes explicou 30% do CPT (Scrignaro, Barni, & Magrin, 2011).

Num estudo transversal desenvolvido com crianças vítimas de um furacão, concluiu-se que as crenças de competência das crianças, isto é, a perceção sobre a capacidade de lidar com problemas decorrentes do trauma, estavam significativamente correlacionadas com o CPT após a exposição ao trauma assim como, a presença de suporte social que também se mostrou relacionado às crenças de competência positiva das crianças. Foi ainda encontrada

uma correlação entre as crenças de competência e o processo de ruminação, apesar disso, a ruminação não se correlacionava diretamente com o CPT. O suporte social não se correlacionou significativamente com a construção do pensamento ruminativo (Cryder, Kilmer, Tedeschi, & Calhoun, 2006).

Novidades e objetivos do presente estudo

O trabalho aqui apresentado teve como objetivo examinar a contribuição combinada do suporte social e das estratégias de *coping* no CPT em jovens de risco com história de adversidade e trauma. As características específicas do presente estudo são inovadoras em termos teóricos e metodológicos uma vez que, foi incluída uma amostra de risco que é por si só considerada uma novidade do estudo já que, a maior parte dos estudos internacionais, onde são estudadas estas variáveis, tem usado amostras de adultos. Os poucos estudos com jovens usaram amostras da comunidade, expostos, maioritariamente, a traumas não-interpessoais (e.g., desastres naturais), e sem história de adversidade na infância. Este estudo é, assim, inovador porque usou uma amostra de jovens em risco em que o critério de inclusão foi a exposição a, pelo menos, um acontecimento traumático (critério A do DSM-5 para PTSD), em que foram avaliados traumas interpessoais e não-interpessoais, adversidade na infância, e a utilização de um plano de investigação longitudinal. O estudo incluiu jovens em risco avaliados em dois momentos distintos, separados por 6 meses, jovens institucionalizados (sinalizados pela CPCJ's ou pelo Tribunal de Família e de Menores ou pela Segurança Social) e jovens de Escolas Profissionais (que habitam em meio natural de vida).

O objetivo geral deste estudo foi testar se o modelo de CPT (Tedeschi & Calhoun, 1998; 2004) era replicável numa amostra de adolescentes com exposição ao trauma e adversidade com um design longitudinal. Os objetivos específicos deste estudo foram: 1) testar se a exposição ao trauma no primeiro momento era preditor de CPT no segundo momento e 2) testar se o *coping* e suporte social no primeiro momento eram preditores de CPT no segundo momento; 3) testar se havia uma correlação entre suporte social e *coping* positivo. Este terceiro objetivo foi proposto uma vez que, segundo a teoria, para que o CPT se desenvolva, é fundamental que estas variáveis coocorram em simultâneo. Relativamente às variáveis em estudo, as variáveis independentes foram o *coping* e o suporte social e a variável dependente foi o Crescimento Pós-Traumático.

Face aos objetivos estabelecidos foram propostas as seguintes hipóteses:

H1: Espera-se que o trauma, a percepção de suporte social e as estratégias de *coping* positivas sejam preditores de CPT;

H2: Espera-se que níveis superiores de percepção suporte social estejam correlacionados com níveis superiores de estratégias de *coping* positivas.

Metodologia

Participantes

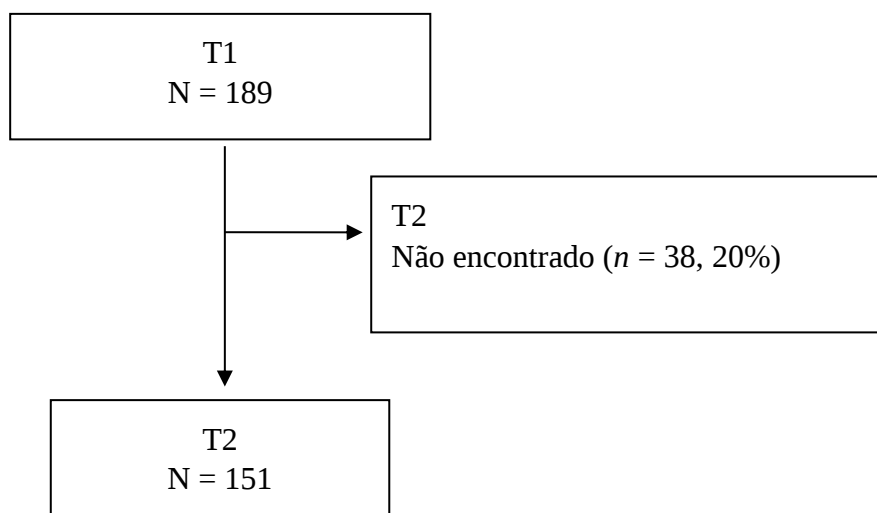
Na primeira etapa do presente estudo, a amostra foi constituída por 189 jovens em risco, 65 (34.4%) encontravam-se em casas de acolhimento e 124 (65.6%) eram estudantes pertencentes ao ensino profissional. Desta amostra e relativamente ao género dos jovens que participaram no estudo, 95 (50.3%) eram do sexo feminino e 94 (49.7%) do sexo masculino. Para além disso, as idades encontravam-se compreendidas entre os 13 e os 18 anos sendo a idade média da amostra 16.06, isto é, 16 anos ($DP = 1.23$). É ainda possível verificar que, 58 (30.7%) jovens residiam em casas de acolhimento, 72 (38.1%) residiam com o pai e a mãe, 37 (19.6%) residiam apenas com a mãe e apenas 3 (1.6%) jovens residiam somente com o pai. Salienta-se ainda que apesar da escolaridade dos jovens variar entre o 5º e o 12º ano, a média de escolaridade entre estes era de 9.27, isto é, o 9º ano de escolaridade ($DP = 1.65$). A presente amostra permitiu ainda denotar que 86 (45.5%) dos jovens foram sinalizados pela CPCJ ou pelo Tribunal de Protecção de Menores ou pela Segurança Social e 64 jovens (34%) foram institucionalizados.

Considerando que o presente estudo é longitudinal registou-se uma perda amostral de 20%, sendo que, a amostra deste estudo foi constituída por 151 participantes. Dos jovens em risco, 48 (31.8%) encontram-se em casas de acolhimento e 103 (68.2%) são estudantes pertencentes ao ensino profissional. Relativamente ao género, 68 (45%) são do sexo masculino e 83 (55%) do sexo feminino. Para além disso, as idades encontram-se compreendidas entre os 13 e os 18 anos sendo a idade média da amostra 15.99, isto é, 16 anos ($DP = 1.25$). É ainda possível verificar que, 41 (27.2%) jovens residem em casas de acolhimento; 61 (40.4%) residem com o pai e com a mãe; 32 (21.2%) residem apenas com a mãe e 1 (0.7%) residem somente com o pai. Salienta-se ainda que, apesar da escolaridade dos jovens variar entre o 5.º e o 12.º ano, a média de escolaridade entre estes é de 9.24, isto é, o 9.º ano de escolaridade ($DP = 1.62$). A presente amostra permite denotar ainda que, 68 (45%) dos jovens foram sinalizados pela CPCJ, pelo Tribunal de Protecção e Menores ou pela

Segurança Social e 48 (31.8%) foram institucionalizados. No que concerne o rendimento familiar, o rendimento mínimo é inferior a 250€ e o rendimento máximo superior a 2000€ sendo que, 16 (10.6%) indicaram um rendimento familiar inferior a 250€, 26 (17.2%) um rendimento familiar entre os 250€ e os 500€, 33 (21.9%) relataram um rendimento familiar mais de 500€ até 750€, 25 (16.6%) relataram um rendimento familiar mais de 750€ até 1000€, 12 (7.9%) relataram um rendimento familiar mais de 1000€ até 1500€, 5 (3.3%) relataram um rendimento familiar mais de 1500€ e até 2000€ e 6 (4%) relataram um rendimento familiar superior a 2000€.

Figura 1

Diagrama do recrutamento e seleção de participantes



Medidas

Questionário sociodemográfico que aborda questões de escolha múltipla a respeito dos participantes, tais como, idade, sexo, grau de escolaridade, residência atual, estado civil, situação ocupacional e questiona ainda se alguma vez o participante foi sinalizado por alguma entidade sinalizadora como é o caso da CPCJ, Tribunal ou Segurança Social e há quanto tempo se encontra institucionalizado. Contempla ainda informação familiar tal como, o número de elementos do agregado familiar, o rendimento mensal e o grau de escolaridade dos pais.

Lista de Acontecimentos de Vida para DSM-5 (LEC-5; Weathers et al., 2013; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2015). Trata-se de uma

medida de autorrelato concebida para avaliar acontecimentos potencialmente traumáticos na vida de um indivíduo. É composta por 14 itens que descrevem um determinado acontecimento traumático (e.g., abuso físico), sendo que estes acontecimentos podem ser desencadeadores de sintomatologia de PTSD. As respostas variam entre se já aconteceu pessoalmente, se viu acontecer a outra pessoa, soube que aconteceu a um familiar ou amigo próximo, se não tem a certeza se lhe aconteceu ou se não se aplica. Este instrumento não constitui uma pontuação total sendo que, não existe um protocolo formal de pontuação ou interpretação para além da verificação se um indivíduo experienciou um ou mais eventos traumáticos (Weathers et al., 2013).

Child PTSD Symptom Scale-V (CPSS-V; Gillihan et al., 2012; Versão Portuguesa: Correia-Santos, Morgado, Jongenelen, Maia, & Pinto, 2018) avalia a severidade da sintomatologia de PTSD em crianças e adolescentes com idades estimadas entre os 8 e os 18 anos, que estiveram expostos a um ou mais acontecimentos adversos, segundo os novos critérios de diagnóstico introduzidos com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Este instrumento é constituído por 2 questões de resposta breve, onde o participante deve descrever o acontecimento que mais o perturba e referir quando aconteceu. Inclui, ainda, 20 itens cotados numa escala de Likert de 0 (“Nunca”) a 4 (“6 a mais vezes por semana”), que correspondem aos sintomas de PTSD segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) e 7 itens cotados dicotomicamente como “Sim” e “Não”, que avaliam a interferência das situações relatadas anteriormente, nas suas atividades do quotidiano. As questões devem ser respondidas tendo em conta o “Último mês” e a cotação do instrumento varia entre 0 e 80.

Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996; Lamela, Figueiredo, Bastos, & Martins, 2013; Resende, Sendas, & Maia, 2008). O P.T.G.I avalia o grau das mudanças positivas percecionadas pelo indivíduo depois de um acontecimento traumático. O instrumento tem 21 itens que avaliam o grau das mudanças positivas percebidas pelo indivíduo após um acontecimento adverso/traumático. O instrumento original é composto por 5 domínios em que sujeitos apresentam mudanças em termos de crescimento pós-traumático após o confronto com o trauma: Relação com os outros, Novas Possibilidades, Força Pessoal, Mudança Espiritual e Apreciação da Vida (Resende, Sendas, & Maia, 2008). A cotação do instrumento varia entre 0 e 110.

Escala de Estratégias de Coping na Adolescência (EECA; Burnett, & Fanshawe, 1996; Dias, Castillo Rodriguez, & López-Sánchez, 2015). No presente estudo administrou-se a versão reduzida do ACOPE (Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences) constituída por 26 itens e 10 subescalas: Melhoria pessoal, Focus no positivo, Procura de apoio espiritual, Recurso ao humor, Procura de diversões, Descarga emocional, Uso de drogas, Procura de apoio familiar, Procura de apoio de outros e Procura de apoio profissional. As respostas às questões são cotadas numa escala tipo Likert de 1 a 5, no qual 1 representa “Discordas fortemente” e 5 representa “Concordas fortemente”. De acordo com as hipóteses assinaladas, a cotação deste instrumento varia entre 26 e 130, sendo que quanto mais elevada a pontuação, maior aplicação de estratégias de *coping*.

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

Procedimentos

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

No caso das Escolas Profissionais, dois investigadores deslocaram-se aos locais, em hora e dia previamente combinados com os professores/diretores/técnicos, para apresentar o projeto aos potenciais participantes e entregar consentimentos informados, para que fossem assinados, um pelo jovem, e outro pelo seu respetivo representante legal. A recolha de dados

só se iniciou após entrega de ambos os consentimentos devidamente assinados. Assim, na recolha de dados os jovens foram convidados a participar no estudo (em contexto de sala de aula). Foram-lhes explicados os objetivos do projeto e, no caso de interesse em participar, cada um preencheu o consentimento informado, que garantiu o anonimato e confidencialidade dos dados. Por sua vez, os protocolos foram distribuídos e autoadministrados pelos alunos que, em caso de dúvidas as colocavam, de forma individual, ao investigador que se encontrava no local. No caso das Casas de Acolhimento, por diversos motivos (e.g., logísticos), em algumas das entidades não foi possível que os participantes autoadministrassem o protocolo, pelo que foi disponibilizado um gabinete para realizar a recolha individualmente. No entanto, houve Casas de Acolhimento em que a recolha foi realizada em grupo e autoadministrada, logo cada jovem assinava o consentimento informado à semelhança do que foi explicado em cima, seguindo-se as respostas ao protocolo.

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

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

No que se refere ao segundo momento de recolha de dados, voltamos a contactar, via *e-mail*, as instituições que participaram no primeiro momento de recolha com vista à apresentação e discussão dos resultados obtidos da primeira recolha, e posteriormente à

marcação de uma nova recolha de dados. Efetuou-se o contacto telefónico quando as instituições não devolviam uma resposta ao e-mail num espaço de 3 semanas. Procedeu-se à recolha de dados, após uma data marcada à semelhança do que foi realizado anteriormente. Uma vez que já se tinha obtido os consentimentos informados na primeira fase do estudo, não foi necessário uma nova entrega e preenchimentos dos consentimentos.

Análise de dados

Para realizar a análise estatística dos dados recolhidos, foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*), versão 24.0, com o qual se realizaram análises descritivas e inferenciais. A fim de testar se o trauma, o suporte social e o *coping* são preditores de CPT (H1), utilizou-se uma correlação simples e a análise de regressão hierárquica e para testar se níveis superiores de perceção suporte social estavam correlacionados com níveis superiores de estratégias de *coping* positivas (H2), utilizou-se uma correlação simples.

Resultados

De seguida, são apresentados os dados descritivos das variáveis em estudo (Tabela 1), bem como as prevalências de 10 adversidades na infância (Tabela 2). Adicionalmente, é de referir que a presente amostra relatou em média 5 acontecimentos traumáticos diferentes ($M = 4.54$; $DP = 3.53$), variando entre o relato de 0 a 14.

No que concerne o CPT, verificou-se que a média desta variável ($M = 44.07$; $DP = 30.17$; $Med = 41.50$) está mais próxima do valor mínimo de cotação do instrumento (0 = Não mudei) comparativamente com o valor máximo (110 = Mudei muito acentuadamente), o que pode significar, que a amostra em geral, relata níveis baixos a moderados de CPT. Todavia, Apenas 2% ($n = 3$) da amostra revela não ter sofrido qualquer mudança positiva como resultado de um acontecimento adverso.

Relativamente à sintomatologia de PTSD, verificou-se que a média desta variável ($M = 22.51$; $DP = 18.17$; $Med = 18.00$) está mais próxima do valor mínimo de cotação total do instrumento (0 = sem sintomatologia) comparativamente com o valor máximo (80 = valor máximo de sintomatologia), o que pode significar que a amostra em geral relata níveis baixos de sintomatologia de PTSD.

Relativamente ao *coping*, verificou-se que a média desta variável ($M = 86.98$; $DP = 1.23$; $Med = 88.00$) está mais próxima do valor máximo de cotação total do instrumento (130

= Concordas fortemente) comparativamente com o valor mínimo (26 = Discordas fortemente), o que pode significar que a amostra em geral relatava níveis moderados a elevados de utilização de estratégias de *coping* positivas.

Relativamente ao suporte social, verificou-se que a média da amostra relativamente a esta variável ($M = 43.16$; $DP = 8.73$; $Med = 43.00$), está mais próxima do valor máximo de cotação total do instrumento (60 = Totalmente satisfeito com o suporte social), comparativamente com o valor mínimo (12 = Não satisfeito com o suporte social), o que pode significar que a amostra em geral relata níveis moderados a elevados de satisfação com o suporte social.

Relativamente ao número de casos omissos por variável, foram observados 3 “missings” na variável CPT, 11 “missings” na variável PTSD, 1 “missing” na variável número de acontecimentos traumáticos, 2 “missings” na variável *coping*. Estes casos omissos foram tratados nas análises com a estratégia “*pairwise deletion*”.

Tabela 1.

Médias e Desvios-Padrão das Principais Medidas.

Variáveis	Total da Amostra (N = 151)					
	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Med</i>
CPT (T2)	148	0	110	44.07	30.17	41.50
PTSD (T1)	140	0	67	22.51	18.17	18.00
Número de acontecimentos traumáticos (T1)	150	0	14	4.54	3.53	4.00
<i>Coping</i> (T1)	149	42	126	86.98	15.23	88.00
Suporte social (T1)	151	20	78	43.16	8.73	43.00

Nota. A variável PTSD = Perturbação de Stress Pós-Traumático, Número de Traumas, Suporte Social e *Coping* são referentes ao primeiro momento de recolha. A variável CPT = Crescimento Pós-Traumático é referente ao segundo momento. Os valores mínimos e máximos referem-se aos valores obtidos na amostra.

Relativamente à frequência das experiências adversas na infância (Tabela 2), na sua maioria, 65 (43.3%) dos jovens relataram o divórcio ou separação parental, sendo que a experiência adversa menos revelada foi o abuso sexual 17 (11.6%).

Tabela 2*Frequências das experiências adversas na infância*

Adversidades	<i>n</i>	%
Abuso Emocional	42	27.8
Abuso Físico	56	37.1
Abuso Sexual	17	11.6
Negligência Emocional	60	40.5
Negligência Física	42	28.4
Divórcio ou Separação Parental	65	43.3
Exposição a Violência Doméstica	26	17.2
Abuso de Substâncias	45	30.2
Perturbação Mental ou Suicídio	44	29.3
Prisão de um Familiar	22	14.7

Relativamente às correlações entre as variáveis em estudo, foi encontrada uma correlação positiva significativa entre os níveis mais elevados de estratégias de *coping* positivas e a percepção de suporte social, $r = .23$, $p < .01$, desta forma, níveis superiores de percepção de suporte social parecem estar associados a níveis superiores de utilização de estratégias de *coping* positivas.

Por outro lado, foi encontrada uma correlação negativa significativa entre os níveis mais elevados de sintomatologia de PTSD e percepção de suporte social, $r = -.29$, $p < .01$, desta forma, níveis superiores de sintomatologia de PTSD parecem estar associados a níveis inferiores de percepção de suporte social (Tabela 3).

Tabela 3*Correlação entre as Principais Medidas.*

Variáveis	1	2	3	4	5
1. CPT	-				
2. PTSD	.10	-			
3. Número de traumas	-.00	.14	-		
4. Suporte Social	.07	-.29**	-.03	-	
5. Coping	.05	-.13	.02	.23**	-

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

A análise de regressão hierárquica foi utilizada para testar se o número de traumas, o *coping* positivo e a percepção de suporte social têm efeito preditor de CPT. O modelo de regressão mostrou ser estatisticamente significativos e explicou 31% da variância, $R^2 = .31$, $F(5,059) = 10.82$, $p < .001$.

No bloco 1, foram ajustadas as variáveis sociodemográficas, designadamente a idade do participante, $\beta = .29$, $t = 2.39$, $p = .018$, 95% CI [1.22, 12.85] e casas de acolhimento vs. ensino profissional, $\beta = .27$, $t = 2.26$, $p = .03$, 95% CI [2.12, 32.32] foram preditores significativos de CPT.

No bloco 2, foram incluídas as variáveis do primeiro momento de avaliação (T1), designadamente o *coping* $\beta = .10$, $t = 1.2$, $p = .25$, 95% CI [-1.14, .54], suporte social $\beta = .13$, $t = 1.4$, $p = .16$, 95% CI [-1.18, 1.07], o número de traumas $\beta = .000$, $t = -.00$, $p = .99$, 95% CI [-1.43, 1.42] e a PTSD $\beta = .14$, $t = 1.6$, $p = .12$, 95% CI [-1.06, .53], mas estas não foram preditores significativos de CPT.

No bloco 3, foram incluídas as variáveis do segundo momento de avaliação (T2), designadamente o *coping* (T2) $\beta = .35$, $t = 3.3$, $p = .001$, 95% CI [.24, .95], a PTSD (T2) $\beta = .32$, $t = 3.3$, $p = .001$, 95% CI [.21, .85] e o suporte social $\beta = .08$, $t = .84$, $p = .40$, 95% CI [-1.24, .58]. Neste último bloco, apenas o *coping* (T2) e a PTSD (T2) foram significativamente associados ao CPT (Tabela 4).

Tabela 4*Regressão hierárquica: preditores de CPT.*

Modelo	B	β	<i>t</i>
Bloco 1: $R^2 = .09^*$			
Sexo do participante	7.90	.13	1.31
Idade do participante	7.03	.29	2.39*
Grau de escolaridade	-3.98	-.21	-1.38
Casas de acolhimento vs Ensino Profissional	17.22	.27	2.26*
Bloco 2: $R^2 = .13^*$; $\Delta R^2 = .04$			
Número de experiências traumáticas T1 ^a	-.00	.000	-.00
Coping T1 ^b	.20	.10	1.16
Suporte Social T1 ^c	.45	.13	1.41
PTSD T1 ^d	.23	.14	1.57
Bloco 3: $R^2 = .31^{***}$; $\Delta R^2 = .18^{***}$			
Sexo do participante	2.84	.05	.51
Idade do participante	6.02	.25	2.21*
Grau de escolaridade	-3.32	-.18	-1.23

Casas de acolhimento vs Ensino profissional	19.76	.31	2.75**
Número de experiências traumáticas T1 ^a	-.27	-.03	-.41
Coping T1 ^b	-.03	-.02	-.18
Suporte Social T1 ^c	.52	.15	1.76
PTSD T1 ^d	-.06	-.04	-.38
Coping T2 ^b	.60	.35	3.33**
Suporte Social T2 ^c	.17	.08	.84
PTSD T2 ^d	.53	.32	3.26**

Nota. ^aExperiências Traumáticas = Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V ([LEC-5] *Life Events Checklis-5* (Weathers et al., 2013; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015); ^bEstratégias de *coping* = Escala de Estratégias de coping na Adolescência (EECA; Burnett, & Fanshawe, 1996; Dias, Castillo Rodriguez, & López-Sánchez, 2015); ^cSatisfação Suporte Social (ESSS-CA; Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2009); ^dSintomatologia PTSD = Child PTSD Symptom Scale - V (CPSS-V; Gillihan et al., 2012; Versão Portuguesa Correia-Santos, Morgado, Jongenelen, Maia & Pinto, 2018).

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

Discussão

O presente estudo, com design longitudinal, teve como principal objetivo examinar a contribuição do *coping* e do suporte social na predição do Crescimento Pós-Traumático. As novidades do estudo prenderam-se com a utilização de uma amostra de adolescentes com história de adversidade e politraumatização. A maior parte dos estudos anteriores debruçaram-se, maioritariamente, no estudo de amostras da comunidade, tendo como participantes adultos com condições médicas (e.g., cancro). Além disso, este estudo usou

uma metodologia longitudinal para estudar o efeito preditivo entre as variáveis em estudo e o CPT.

Relativamente à primeira hipótese inicialmente formulada, esperava-se que o trauma, o suporte social e o *coping* fossem preditores de CPT. No entanto, a hipótese não se confirmou. A impossibilidade de rejeitar a hipótese nula poderá dever-se às características da nossa amostra. Por exemplo, tendo em conta as estatísticas descritivas, uma percentagem quase total da amostra (98%) relatou níveis de CPT, mas em média, em termos qualitativos, centrou-se na mudança moderada ($M = 44.07$). Este valor revelou-se inferior aos resultados obtidos em estudos anteriores, com outras populações, designadamente em mulheres americanas vítimas de cancro da mama ($M = 60.21$) (Weiss, 2002), estudantes universitários de origem americana, africana e asiática ($M = 76.5$) (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000), mães ($M = 83.47$) e pais africanos ($M = 79.72$) que perderam um filho (Polatinsky & Esprey, 2000). Ou seja, os valores moderados obtidos na nossa amostra poderão contribuir para a ausência de poder estatístico na tentativa de rejeitar a hipótese nula em algumas variáveis. Estes valores moderados de CPT poderão ser explicados pela crónica e elevada exposição à adversidade e trauma na nossa amostra, que impedem que os pressupostos subjacentes ao desenvolvimento de CPT estejam presentes. Isto é, os processos psicológicos que envolvem o processamento cognitivo construtivo após do trauma, a existência de afeto positivo, a capacidade de gerir emoções associadas ao trauma que provocam angustia, a quantidade e percepção de suporte social, o processo de ruminação e a motivação para a reconstrução após o trauma através da capacidade de gestão da nova realidade (Greenberg, 1995; Joseph & Linley, 2005; Tedeschi & Calhoun, 2004). A exposição crónica à adversidade e trauma poderão ter alterado as crenças essenciais para um desenvolvimento ajustado ao longo da infância e adolescência, que afetam a forma como o indivíduo perceciona o mundo e o *self* e, consequentemente, impedem o sujeito de atingir o CPT (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Para além disso, ao passo que a maioria dos estudos presentes na literatura contempla participantes que foram expostos a um acontecimento traumático (e.g., cancro; perda de um filho; desastre natural), o presente estudo apresenta uma amostra de jovens que experienciaram diversos tipos de acontecimentos traumáticos, muitos dos quais tiveram origem na infância e mantiveram-se ao longo da adolescência. Um dos fatores essenciais para que o CPT aconteça é o facto de um acontecimento traumático ser comparado a um “evento sísmico” que abala os esquemas cognitivos de um indivíduo, incluindo os seus

objetivos, crenças e formas de lidar com as emoções, que por sua vez leva à ruminação, em que numa fase inicial é involuntária mas, numa fase seguinte tem como objetivo encontrar significado para o que aconteceu no sentido de se tentar adaptar, em que o suporte social tem um papel importante para ajudar o indivíduo a encontrar conforto e ajuda, e em que novas estratégias de *coping* são adotadas, quer para diminuir a sintomatologia quer para desenvolver novas narrativas de vida (Calhoun & Tedeschi, 1998, 1999; Tedeschi & Calhoun, 1995; 2004). No entanto, esta hipótese não está ainda explorada em indivíduos que foram expostos à adversidade e traumas na infância e adolescência. Segundo os resultados que obtivemos neste estudo, o modelo conceptual do CPT não parece ser adequado para uma população com exposição severa e prolongada no tempo, com início na infância. Isto porque por um lado, não envolve apenas um acontecimento sísmico, mas vários. Para além disso, para ser considerado um acontecimento sísmico, este tem de “abalar” esquemas anteriores diferentes, o que não parece ser o caso nestes jovens. A hipótese é de que os acontecimentos “sísmicos” recorrentes só vêm confirmar e reforçar os esquemas anteriores de insegurança, desvalorização, perda, perigo, que são característicos em crianças maltratadas (e.g., Lumley & Harkness, 2007; Wright, Crawford, & Del Castillo, 2009). Os nossos resultados contrariam os estudos anteriores, dos quais partiram as nossas hipóteses, nomeadamente da relação entre experiências traumáticas e CPT (e.g., Weis, 2000), estratégias de *coping* positivas (e.g., coping focado no problema) e o suporte social como preditores de CPT (Scrignaro, Barni, & Magrin, 2011). Outros estudos (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000; Cryder, Kilmer, Tedeschi, & Calhoun, 2006) enfocam também a existência de CPT nas amostras em estudo, através das crenças de competência e algumas estratégias de *coping* focadas no problema, associadas a um processo de ruminação positivo, o que também não se verificou na presente amostra em estudo.

Apesar dos modelos existentes sobre o CPT após o trauma (Calhoun & Tedeschi, 1998; Joseph & Linley, 2005; Tedeschi & Calhoun, 2004) sugerirem que a reconstrução após o acontecimento traumático (“*seismic event*”) é inerente ao indivíduo, podemos concluir que não foi perceptível no presente estudo. Enquanto que, sofrer um evento traumático único durante a vida (e.g., cancro) exige e permite uma reconstrução do *self* e do mundo pela confrontação obrigatória (e.g., quando envolve a doença), na presente amostra, os jovens têm vindo a sofrer uma retraumatização constante, o que parece não permitir a reconstrução e acomodação do indivíduo relativamente à nova informação emergente após o trauma, que surge noutras amostras.

Relativamente a segunda hipótese inicialmente formulada, esperava-se que níveis superiores de percepção suporte social estivessem correlacionados com níveis superiores de utilização de estratégias de *coping* positivas. Esta hipótese foi confirmada, existe de facto uma associação positiva significativa entre as variáveis, pois a presença de um contexto social repleto suporte parece auxiliar o individuo a completar as suas carências psicológicas após um momento de crise tornando possível a sua adaptação aos acontecimentos *stressante* da vida (Compas, 1987; Joseph & Linley, 2005) ao mesmo tempo que, parece auxilia-lo na adoção de estratégias de *coping* positivas (Calhoun & Tedeschi, 1998; Tedeschi & Calhoun, 1995; 2004). Particularmente, as estratégias de *coping* utilizadas por crianças e adolescentes são dependentes do contexto social (e.g., relação com pais e amigos), uma vez que este define a preparação biológica e psicológica no ajustamento à adversidade (Compas, 1987; Compas, Wagner, Slavin, & Vannatta, 1986).

É de salientar ainda que, foi encontrada uma associação significativa entre sintomatologia de PTSD e CPT no segundo momento de avaliação. Tedeschi e Calhoun (2004) descrevem no modelo Descritivo Funcional, que guiou o presente estudo, que a angústia após o trauma e o processo de ruminação inicialmente intrusivo são o começo de uma transformação positiva, ou seja, a ruminação intrusiva transforma-se em deliberada e construtiva, e por sua vez, inicia-se o processo de crescimento, o que pode explicar a associação entre as variáveis no segundo momento, e também explicar por que razão não houve relação entre estas variáveis em momentos temporais distintos. A correlação entre ambas foi também encontrada anteriormente em vários estudos, designadamente antigos prisioneiros de guerra (Solomon & Dekel, 2007) e sobreviventes de cancro (Heather, Jim, & Jacobsen, 2008), mas esta é apenas uma hipótese provisória uma vez que não dispomos de um terceiro momento de avaliação em que a hipótese poderia ser testada empiricamente. Em conclusão, a literatura carece de investigações com amostras de adolescentes e não parece existir nenhum estudo com amostras de risco no estudo do CPT. Uma limitação é o facto de a amostra não ser representativa da população de jovens residentes em casas de acolhimento e da comunidade, pelo que não é possível generalizar os resultados. Para além disso, existe a possibilidade de viés nos relatos retrospectivos de adversidade de infância no envolvimento de questões sensíveis. Por fim, o instrumento administrado para avaliar o suporte social restringiu-se ao nível de satisfação do participante e a atividades subjetivas. Efetivamente, isto poderá influenciar os resultados uma vez que não foram avaliados comportamentos efetivos de apoio recebido, mas antes a percepção do participante sobre esse

apoio. Ademais, a literatura indica que as percepções dos indivíduos poderão ser fortemente influenciadas pelos seus afetos e pelas suas características da personalidade (Guay, Billette, & Marchand, 2006). Apesar destas limitações, como não foram observados estudos que avaliaram a contribuição do suporte social e do *coping* na relação entre acontecimentos traumáticos e CPT com jovens de risco, o presente estudo apresenta contribuições significativas para a literatura, na medida em que aprofunda o conhecimento e a compreensão do fenómeno.

Em termos de implicações para a prática, este estudo vem reforçar a importância dos técnicos, clínicos, professores, entre outros profissionais, que trabalham com jovens em risco, em promoverem confiança e segurança, fornecendo uma base segura para que, os esquemas cognitivos prévios destes jovens possam ser alterados. A literatura demonstra que jovens expostos à adversidade e trauma têm maior probabilidade de desenvolverem uma vinculação insegura, que, por sua vez, explica o motivo de percecionarem o mundo como um lugar perigoso e imprevisível, diminuindo a capacidade para adquirirem competências/estratégias positivas para lidar com as adversidades, nomeadamente obter gratificação e ajuda dos outros. Neste sentido, estes profissionais poderão ser um elemento-chave para a alteração destes esquemas cognitivos desadaptativos, ao promoverem uma relação de confiança e segurança para que os jovens recebam o apoio que necessitam, seguindo as suas orientações, e estendendo-se assim na relação com outros (e.g., pares e familiares), elementos fundamentais para o desenvolvimento de crescimento pós-traumático.

O suporte social parece poder ter um efeito positivo nestes jovens quando todas as crenças de perigo, traição, medo, desconfiança, se transformarem em confiança e segurança. Ao invés da população exposta a um único acontecimento traumático durante a vida (e.g., doença crónica), em que possivelmente era conhecida uma realidade diferente antes do momento, ou seja, esquemas adaptativos e cognitivos de confiança, onde de facto, se torna possível o surgimento de CPT, em que o suporte social tenha surtido efeito e as estratégias de *coping* positivas estivessem presentes, os jovens de risco foram expostos à adversidade desde a infância, ou seja, a realidade que conhecem sempre se baseou em esquemas disfuncionais, por este motivo, o principal não será apenas trabalhar os esquemas cognitivos, mas sim emocionais para possíveis resultados positivos com os jovens. Para tal, parece imprescindível um trabalho neste sentido, nunca desvalorizando ou evidenciando o comportamento disfuncional, mas sim promovendo o ajustamento. Assim sendo, estes

resultados poderão contribuir para uma melhor e precoce intervenção junto de jovens em risco expostos a experiências traumáticas, com o objetivo de atenuar o impacto negativo no desenvolvimento dos mesmos, e potenciar um desenvolvimento positivo e ajustado capaz de prevenir o desenvolvimento de PTSD e promotor de CPT com mudanças e resultados positivos.

Referências Bibliográficas

- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Burnett, P. C., & Fanshawe, J. P. (1996). Measuring adolescent coping strategies: A revalidation of the adolescent coping orientation for problem experiences. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 13, 40-53. doi:10.1017/S0816512200027504
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521-527. doi: 10.1023/A:1007745627077
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314. doi: 10.1097/00006842-197609000-00003
- 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, 577-589. doi: 10.1007/s11469-011-9323-8
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological bulletin*, 101(3), 393.
- Compas, B. E., Wagner, B. M., Slavin, L. A., & Vannatta, K. (1986). A prospective study of life events, social support, and psychological symptomatology during the transition from high school to college. *American journal of community psychology*, 14, 241-257. doi: 10.1007/BF00911173
- Correia-Santos, P., Jongenelen, I., Maia, Â., & Pinto, R. (2015). *Lista de Acontecimentos de Vida para DSM-5*. Manuscrito em submissão.

- Correia-Santos, P., Morgado, D., Jongenelen, I., Maia, Â., & Pinto, R. (2018). *CPSS-V – The Child PTSD Symptom Scale V*. Manuscrito em submissão.
- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 65-69. doi: 10.1037/0002-9432.76.1.65
- Dias, P. C. A., del Castillo Rodriguez, J. A. G., & López-Sánchez, C. (2015). Adaptação da Escala de Estratégias de Coping na adolescência numa amostra Portuguesa. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20, 12-21. doi: 10.5935/16784669.20150003
- Dierkhising, C. B., Ko, S. J., Woods-Jaeger, B., Briggs, E. C., Lee, R., & Pynoos, R. S. (2013). Trauma histories among justice-involved youth: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 20274. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20274
- Fischer, S., Dölitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and youth services review*, 67, 203-211. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.06.013
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. doi: 10.2307/2136617
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M. A. Y., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 409–418. doi: 10.1097/00004583-200104000-00009.
- Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., Matos, M. G., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Psychometric properties of a brief version of the Escala de Satisfação com o Suporte Social for Children and Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 360-372. doi: 10.1017/S113874160000175X
- Greenberg, M. A. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive Thoughts and Reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1262-1296. doi: 10.1111/j.1559-1816.1995.tb02618.x

- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19, 327-338. doi: 10.1002/jts.20124
- Gillihan, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2012). The Child PTSD Symptom Scale: psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. *Psychological assessment*, 25(1), 23-31. doi: 10.1037/a0029553
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 25-31.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of Coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955. doi: 10.1037/0022-3514.52.5.946
- House, J. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jim, H. S., & Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *The Cancer Journal*, 14, 414-419. doi: 10.1097/PPO.0b013e31818d8963
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive Adjustment of Threatening Events: Na Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262-280. doi: 10.1037/1089-2680.9.3.262
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: Wiley.
- Keller, T. E., Salazar, A. M., & Courtney, M. E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 32, 626–634. doi: 10.1016/j.childyouth.2009.12.010
- 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, 692–700. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.692.
- Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A., & Martins, H. (2014). Psychometric properties of the portuguese version of the posttraumatic growth inventory short form among

- divorced adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 30, 314. doi: 10.1027/1015-5759/a000161
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40, 770-779. doi: 10.1037/0003-066X.40.7.770
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21. doi: 10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657. doi: 10.1007/s10608-006-9100-3
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Clarifying our thoughts. In R. S. Wyer (Ed.), *Ruminative Thought: Advances in Social Cognition*, 9, 189-209. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26, 2113-2121. doi: 10.1093/humrep/der157
- McMillen, J. C., Zima, B., Scott, L., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M., & Spitznagel, E. L. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 88-95. doi: 10.1097/01.chi.0000145806.24274.d2
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castelao, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 447-457. doi: 10.1007/s00127-013-0762-3

- Polatinsky, S., & Esprey, Y. (2000). An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13, 709-718. doi: 10.1023/A:1007870419116
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36, 717-731. doi: 10.3758/BF03206553
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, Â. (2008). Estudos das características psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Inventário de Crescimento Pós Traumático) para a população portuguesa. *Actas XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica*, 1-16. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11225>
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American psychologist*, 41(7), 813.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (Eds.). (1985). *Social support: Theory, Research and Applications*. The Hague, The Netherlands: Martinus Nijhof.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *The LEA series in personality and clinical psychology. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99-115). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Scrignaro, M., Barni, S., & Magrin, M. E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-oncology*, 20, 823-831. doi: 10.1002/pon.1782
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of Positive Psychology*, 3-9.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36. doi: 10.1111/j.15404560.1984.tb01105.x
- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-pows. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20, 303-312. doi: 10.1002/jts.20216

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory Measuring the positive legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471. doi: 10.1002/jts.2490090305
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R., Park, C., & Calhoun, L. (1998). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in The Aftermath of Crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1995). *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Vásquez, C., Cervellón, P., Pérez-Sales, P., Vidales, D., & Gaborit, M. (2001). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 313-328. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.03.002
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). *Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov*
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of psychosocial Oncology*, 20, 65-80. doi: 10.1300/J077v20n02_04
- Wright, M. O. D., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33, 59-68. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia Em Estudo*, 75-84. doi: 10.1590/S1413-73722003000300010
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two componente model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653. doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.008