



Moreira

**Avaliação do stress traumático em crianças
e jovens expostos a acontecimento difíceis**



Maria do Céu

Orientação: Professor Doutor José Carlos Rocha

Março, 2014

Maria do Céu Sousa Moreira

Avaliação do stress traumático em crianças e jovens expostos a acontecimentos difíceis

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
realizada sob a orientação do Professor Doutor José Carlos Rocha



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Departamento de Ciências da Educação e do Património

Março, 2014

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE DEPÓSITO NO
REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL**

Nome:

Nº. do B.I./C.C.:

Tel/Telem.:

e-mail:

Título da Tese ou Dissertação:

Dados da Publicação (Curso, Departamento, Ano):

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo, gratuitamente, à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização, para esta arquivar nos respectivos ficheiros e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra-identificado, nas condições abaixo indicadas:

[Assinalar as opções aplicáveis em 1 e 2]

1. Tipo de Divulgação:

- Total.**
 Parcial.

2. Âmbito de Divulgação:

- Mundial (Internet aberta)**
 Intranet da Universidade Portucalense.
 Internet, apenas a partir de **1 ano** **2 anos** **3 anos – até lá, apenas Intranet da UPT**

Advertência: O direito de autor da obra pertence ao criador intelectual, pelo que a subscrição desta declaração não implica a renúncia de propriedade dos respectivos direitos de autor ou o direito de a usarem trabalhos futuros, os quais são pertença do subscritor desta declaração.

Assinatura:

Data:

Agradecimentos

Concluída mais uma etapa no meu processo de aprendizagem, quero agradecer a todos aqueles que de várias formas contribuíram para que este projeto se tornasse realidade.

Ao Filipe, por todo o amor, apoio, paciência, dedicação e orgulho que sempre demonstrou, fazendo-me sentir sempre segura e apoiada nos momentos mais difíceis.

À minha mãe Céu e ao meu irmão Rafael, que mesmo não estando tão próximos de mim nesta fase como eu gostaria nunca deixaram de me incentivar e dar o apoio e força que eu precisava para conseguir chegar até aqui.

Aos meus padrinhos, Inês e Jorge, que se assumiram como meus pais e não me deixaram desistir do meu sonho, dando-me os incentivos certos nas horas certas.

À minha irmã do coração Sofia, pelo amor e energia que me transmitiu todos os dias e que me ajudaram em muito a olhar para os obstáculos que surgiam de forma mais leve.

A todos os meus amigos pelo carinho e apoio que me deram, pelas horas que passaram a lembrar-me a importância de concluir este projeto, por me terem ajudado a voltar a encontrar o meu caminho!

Ao meu orientador Professor Doutor José Carlos Rocha, por toda a sua disponibilidade, compreensão, apoio e carinho com que sempre me orientou, colocando-me sempre novos desafios, permitindo-me pensar e construir um raciocínio crítico acerca dos obstáculos que iam surgindo. Mostrou-me o verdadeiro significado da palavra orientar!

E por último mas não menos especial, ao meu Duke por ser um verdadeiro cãopanheiro nesta e em todas as fases da minha vida.

A todos o meu profundo agradecimento de coração. Obrigada pela oportunidade que me deram de fazerem parte comigo deste projeto tão importante para mim!

Resumo

Durante as últimas décadas tem sido cada vez mais reconhecido que as crianças e jovens podem apresentar sintomas de Perturbação Pós-Stress Traumático após a exposição a uma variedade de acontecimentos traumáticos. Estes podem ser: maus-tratos, abuso sexual, guerra, acidentes de viação, catástrofes naturais, complicações médicas, acontecimentos marcantes negativos em contexto escolar, entre outros. Após esta exposição podem ser observadas uma grande diversidade de respostas emocionais, cognitivas e comportamentais em crianças e jovens.

Neste sentido, partimos para este estudo com a hipótese de que jovens expostos a acontecimentos de vida marcantes negativos, tem mais possibilidades de desenvolver sintomatologia traumática, tendo com objetivos: traduzir e validar um instrumento que avalia a sintomatologia de stress traumático em crianças - a Children's Revised Impact of Event Scale (Escala de Impacto de Eventos para Crianças); descrever a frequência de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos em contexto escolar e noutros contextos, através da aplicação de uma lista de acontecimentos geradores de stress para crianças e jovens; e por último, avaliar os efeitos que a exposição a estes acontecimentos gera face à sintomatologia de stress traumático.

Desta forma, adotando uma metodologia quantitativa, foram obtidos resultados que nos permitem caracterizar numa amostra de 66 jovens quais os acontecimentos negativos que ocorrem com mais frequência, em que contexto, as pessoas que costumam estar neles envolvidas, os que são considerados os piores acontecimentos e ainda aqueles que geram uma maior sintomatologia traumática. Tendo-se confirmado a nossa hipótese inicial de que crianças e jovens que vivenciam determinados acontecimentos marcantes negativos, têm mais possibilidades de desenvolver sintomatologia traumática.

No final, são discutidos estes resultados à luz da literatura encontrada e apontadas as limitações e potencialidades desta investigação.

Palavras Chave: perturbação pós-stress traumático, crianças e jovens, acontecimentos traumáticos, sintomatologia de stress traumático, Children's Revised Impact of Event Scale, lista de acontecimentos geradores de stress para crianças e jovens.

Abstract

During the last decades has been increasingly recognized that children and young people may experience symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder after exposure to a variety of traumatic events. These can be: maltreatment, sexual abuse, war, traffic accidents, natural disasters, medical complications, negative events in schools, among others. After this display can be observed a wide range of emotional, cognitive and behavioral responses in children and youth.

In this sense, we set out for this study with the hypothesis that youth exposed to events of negative remarkable life, is more likely to develop traumatic symptomatology, taking with objectives: to translate and validate an instrument that assesses symptoms of traumatic stress in children - the Children's Revised Impact of Event Scale (Impact of Event Scale for Children), to describe the frequency of exposure to potentially traumatic events in schools and elsewhere, through the application of generating a list of events of stress for children and youth, and finally evaluate the effect that exposure to these events generates face the symptoms of traumatic stress.

Thus, adopting a quantitative methodology, results that allow us to characterize a sample of 66 young people, including the adverse events that occur more often, in what context, people who tend to be involved in them were obtained, those who are considered the worst events and also those that generate greater traumatic symptomatology. Having confirmed our initial hypothesis that children and young people who experience certain negative significant events, are more likely to develop traumatic symptomatology.

In the end, these results are discussed in light of the literature found and pointed out the limitations and strengths of this investigation.

Keywords: post-traumatic stress disorder, children and youth, traumatic events, traumatic stress symptoms, Children's Revised Impact of Event Scale, list generators events of stress for children and youth.

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA - American Psychological Association

CRIES - Children's Revised Impact of Event Scale

CRIES 8 – CRIES versão de 8 itens

CRIES 13 – CRIES versão de 13 itens

DSM-III - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV – Tradução Revista

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5

LAGS-CJ - Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens

PPST - Perturbação Pós-Stress Traumático

SPSS 18 - Statistical Package for Social Sciences versão 18

TESI-C – Traumatic Events Screening Inventory

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1: Características Sociodemográficas dos Participantes.....	36
Tabela 2: Características psicométricas gerais da versão portuguesa da CRIES.....	42
Tabela 3: Frequência de resposta para cada uma das opções.....	43
Tabela 4: Matriz de coeficientes de correlação de Pearson entre a totalidade dos itens da escala.....	44
Tabela 5: Correlação de Pearson entre a CRIES 8 e a CRIES 13.....	45
Tabela 6: Resultados da análise da consistência interna para a CRIES 8	46
Tabela 7: Resultados da análise da consistência interna para a CRIES 13.....	47
Tabela 8: Estrutura factorial da CRIES após rotação Varimax.....	48
Tabela 9: Frequência de exposição aos acontecimentos da LAGS e frequência do pior acontecimento.....	50
Tabela 10: Frequência e descrição de exposição de acontecimentos marcantes em sala de aula.....	51
Tabela 11: Frequência e descrição de exposição de acontecimentos não mencionados na LAGS-CJ.....	52
Tabela 12: Frequência e descrição de exposição de acontecimentos não mencionados na LAGS-CJ.....	54
Tabela 13: Diferenciação no valor de stress traumático em jovens que foram expostos a determinados acontecimentos.....	55

Índice

Introdução	9
Parte 1 – Abordagem Conceptual e Teórica	12
Capítulo 1 - Acontecimentos difíceis a que crianças e jovens se encontram expostos ..	13
1.1 Diferentes tipos de acontecimentos	1
1.2 A escola como um contexto de grande exposição	16
Capítulo 2 - Perturbação Pós - Stress Traumático	17
2.1 Breve enquadramento teórico acerca da perturbação	17
2.2 Definição de PPST, critérios de diagnóstico e epidemiologia.....	19
2.3 PPST em crianças e jovens	27
2.4 Instrumentos.....	30
Parte 2 – Abordagem Empírica.....	33
Capítulo 3 - Método.....	34
3.1 Objetivos e hipóteses de estudo	34
3.2 Participantes.....	35
3.3 Instrumentos.....	36
3.3.1 Questionário Sociodemográfico	37
3.3.2 Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens.....	37
3.3.4 CRIES	39
Capítulo 4 - Resultados	42
4.1 CRIES versão portuguesa	42
4.1.1 Características Gerais	42

4.1.2	Análise convencional da totalidade dos itens	43
4.1.3	Análise da fidelidade	44
4.1.4	Estudo de validade	4
4.2	Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens.....	48
4.2.1	Análise da frequência aos acontecimentos	48
4.2.2	Análise das pessoas que estão mais envolvidas em determinados acontecimentos e diferentes contextos em que os mesmos ocorrem.....	52
4.2.3	Estudo dos acontecimentos que produzem mais efeito na sintomatologia traumática	55
Capítulo 5 - Discussão dos Resultados.....		57
Conclusão		59
Bibliografia.....		60
Anexos.....		64
Anexo 1 – Consentimento Informado do Encarregado de Educação		65
Anexo 2 – Consentimento Informado do Diretor da Escola.....		66
Anexo 3 – Questionário sobre acontecimentos geradores de stress para crianças e jovens.....		67
Anexo 4 – Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens		71
Anexo 5 – CRIES 13		74
Anexo 6 – CRIES 8		75

Introdução

Ao longo do ciclo vital, são várias as mudanças que os indivíduos experimentam. Nas crianças e jovens estas também ocorrem, podendo ser normativas tais como a entrada para a escola, as primeiras amizades, o nascimento de um irmão, mas também experiências menos comuns e até em certos casos extremas (não normativas) como mau trato infantil, violência doméstica, violência escolar, perda e luto, intervenção médica, guerra e catástrofes naturais (Fridman, Keane, & Resick, 2007), sendo estes os acontecimentos que de uma forma geral geram um maior consenso como sendo aqueles que ocorrem com maior frequência com esta faixa etária e que têm uma maior probabilidade de causar trauma.

Os fenómenos do trauma foram ao longo da história observados e explorados das mais diversas formas, sendo que já há mais de cem anos que lhes vão sendo atribuídos diversas nomenclaturas, tais como neurose de compensação, histeria, choque nervoso, traumatofobia, neurose de guerra, sendo que todas estas demarcavam já algumas das principais características da perturbação (Alberto, 2004).

A Perturbação Pós-Stress Traumático define-se como uma síndrome que constitui uma resposta de carácter ansiógeno e patológico a uma situação traumática. Passando com a nova versão da DSM-5 a apresentar diferenças nos seus critérios diagnósticos, incluindo para além disso dois novos subtipos: Perturbação Pós-Stress Traumático para crianças com 6 anos de idade ou menos e Perturbação Pós-Stress Traumático com sintomas proeminentes dissociativos.

Durante as últimas décadas tem sido cada vez mais reconhecido que as crianças podem apresentar também sintomas de Perturbação Pós-Stress Traumático após a exposição a uma variedade de acontecimentos traumáticos e que apresentem risco de vida (Giannopoulou, Smith, Ecker, Strouthos, Dikaiakou, e Yule, 2006).

A pesquisa sobre esta resposta ao stress requer uma avaliação séria tanto do impacto que os acontecimentos produzem na vida dos indivíduos, como no impacto subjetivo que produzem. Esta avaliação de acontecimentos de vida é agora possível por meio de questionários que listam este impacto, bem como às situações de mudança que dão origem a estimativas quantitativas do impacto cumulativo de tais episódios em indivíduos ou em grupos (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979).

Este trabalho está estruturado em duas partes. A primeira parte diz respeito à abordagem conceptual e teórica e contém os dois primeiros capítulos do trabalho, sendo que o capítulo um diz respeito aos diferentes tipos de acontecimentos traumáticos e à escola como um contexto de grande exposição. O capítulo dois pretende fazer um breve enquadramento da perturbação pós-stress traumático, defini-la e caracterizá-la segundo os critérios do DSM-5, retratar alguns dados epidemiológicos, as características que diferenciam as crianças e jovens dos adultos com esta perturbação, e por fim a descrição de alguns dos instrumentos mais utilizados nesta perturbação.

A parte dois diz respeito à abordagem empírica, dividindo-se em três capítulos. O terceiro capítulo caracteriza-se pelo método descrevendo os objetivos e hipóteses do estudo, a análise dos participantes e a descrição dos instrumentos utilizados. O quarto capítulo é onde se encontram os resultados que foram encontrados com a aplicação dos instrumentos. Por último, no capítulo cinco, é feita uma análise dos principais resultados, sendo feita uma discussão dos mesmos e possíveis interpretações.

Seguindo-se a este capítulo é possível encontrar uma conclusão onde são apontadas, as principais conclusões retiradas com o presente trabalho bem como as limitações e sugestões para projetos futuros.

Parte 1 – Abordagem Conceptual e Teórica

Capítulo 1 - Acontecimentos difíceis a que crianças e jovens se encontram expostos

1.1 Diferentes tipos de acontecimentos

De acordo com Holmes e Rahe (1967), acontecimentos de vida são as experiências objectivas que perturbam ou ameaçam quebrar as atividades habituais do indivíduo, causando um reajustamento substancial no seu comportamento. No mesmo sentido, Dohrenwend (1974) definiu-os como ocorrências objectivas de magnitude suficiente para mudar as atividades usuais da maioria das pessoas. Por outro lado, Brown (1978) caracteriza-os como problemas de vida que desencadeiam emoções intensas independentemente da sua natureza.

Então, de acordo com estas definições, um acontecimento de vida é um fenómeno discreto, descontínuo, transversal à vida do indivíduo, que simboliza uma mudança implicando uma alteração no curso da vida. Sendo que estas alterações afectam o seu equilíbrio global, exigindo-lhe um esforço de readaptação.

Ao longo do ciclo vital, são várias as mudanças que os indivíduos experimentam. Nas crianças e jovens estas também ocorrem, podendo ser normativas tais como a entrada para a escola, as primeiras amizades, o nascimento de um irmão, mas também experiências menos comuns e até em certos casos extremas (não normativas) como mau trato infantil, violência doméstica, violência escolar e na comunidade, perda e luto, intervenção médica, guerra e catástrofes naturais (Fridman, Keane, & Resick, 2007), sendo estes os acontecimentos que de uma forma geral geram um maior consenso como sendo aqueles que ocorrem com maior frequência com esta faixa etária e que têm uma maior probabilidade de causar trauma.

O **mau trato infantil** é um termo genérico que se refere à negligência e aos abusos físico, sexual e emocional. A negligência caracteriza-se pela falta de prestação de cuidados à criança ou jovem que estes necessitam de acordo com a sua idade e desenvolvimento. O abuso físico inclui causar dor ou sofrimento propositadamente. O abuso sexual caracteriza-se por uma larga escala de comportamentos sexuais entre a criança ou o jovem menor de idade e uma pessoa mais velha, envolvendo na sua maioria contacto físico, no entanto os comportamentos podem ser sexualmente abusivos sem que para isso seja envolvido contacto (por exemplo, exposição genital, perseguição

verbal sexual, exploração para pornografia). O abuso emocional é caracterizado por todos os atos que têm probabilidade de prejudicar a saúde física, mental, espiritual, moral ou desenvolvimento social, traduzindo-se por: demasiado controlo dos movimentos, padrões de menosprezo, ameaças constantes, terror psicológico, discriminação, ridicularização, entre outras formas não físicas de tratamento hostil ou de rejeição (Fridman, Keane, & Resick, 2007).

A **violência doméstica** caracteriza-se pelo ato ou ameaça de violência física, sexual ou emocional entre adultos no ambiente familiar da criança, ou seja no seu lar. A negligência e o abuso físico e sexual são encontrados frequentemente em combinação com o abuso emocional e a exposição à violência doméstica, onde tem sido reconhecido que as crianças que são vítimas de uma forma de abuso são mais propensas a experimentar várias formas de abuso e exposição à violência doméstica (idem).

A **violência escolar ou na comunidade** traduz-se pela violência emanada de conflitos pessoais entre pessoas que não são da família, e pode incluir: atos de assalto, raptos, tiroteios, espancamentos, entre outros. As crianças e jovens podem experienciar este tipo de acontecimentos como vítimas, perpetradores, ou testemunhas da violência. Os adolescentes parecem ter uma maior probabilidade de vivenciar este tipo de violência do que qualquer outro grupo de idade, dado ao elevado número de jovens negligenciados e/ou abusados nesta faixa etária bem como à violência a que se encontram expostos na escola e na comunidade (idem).

O **processo de perda e luto** ocorre aquando a morte de uma pessoa próxima e amada, quer seja ou não um familiar, é percebido pela criança ou jovem como um acontecimento de vida marcante negativo e por consequência traumático (idem).

A **intervenção médica** é experienciada como um acontecimento traumático quando associada a ferimentos ou acidentes graves que envolvem tratamentos crónicos, ou procedimentos médicos invasivos dolorosos. Alguns exemplos incluem, o caso de ser informado de que tem uma doença grave com risco de vida, como o cancro ou o vírus humano da imunodeficiência, e a experiência de viver alguns dos principais procedimentos médicos tais com ser submetidos a transplante de órgãos, hemodiálise ou quimioterapia (idem).

Os acontecimentos relacionados com **situações de guerra** referem-se a situações onde as crianças se encontram expostas a vários conflitos, tendo muitas vezes que servir de combatentes e ficando até refugiadas. Para além de existirem muitas vidas que se perdem neste tipo de situações, as crianças sobreviventes ficam muitas vezes com partes do corpo mutiladas, desfiguradas, com dores crónicas, para além de experimentarem pobreza extrema (Fridman, Keane, & Resick, 2007).

As **catástrofes naturais** são qualquer desastre natural que ocorre, tal como: tornados, terremotos, furacões, incêndios, inundações ou explosões que para além de danificar propriedades e vidas em larga escala, exercem um impacto negativo sobre as rotinas diárias vitais das comunidades, famílias e indivíduos. Para além da perda da propriedade e da vida, as grandes catástrofes podem afetar famílias e comunidades inteiras em termos de evacuação e deslocalização permanente (idem).

Os acontecimentos acima descritos pretendem descrever os acontecimentos gerais que ocorrem na vida das crianças e dos jovens, e que poderão ser considerados acontecimentos traumáticos na vida destes.

1.2 A escola como um contexto de grande exposição

Após termos observado quais os acontecimentos gerais que ocorrem com crianças e jovens, tornou-se importante destacar a escola como um contexto onde os jovens se encontram expostos a acontecimentos marcantes negativos nesta fase da sua vida, uma vez que a nossa investigação apesar de pretender caracterizar acontecimentos que ocorrem em diferentes contextos, deu especial enfoque ao contexto escolar.

A este respeito, Hyman & Snook (2000) observaram que a literatura apenas considera como vítimas da escola crianças que são intimidadas por colegas, no entanto, tem sido demonstrado que algum trauma para os alunos em contexto escolar envolve professores e outras pessoas que também desempenham funções na escola.

Também de acordo com Campbell (2004), uma questão interessante a colocar é se serão sempre em contexto escolar os autores de *bullying* os colegas, ou se poderá também ser este exercido por professores a alunos.

Hyman & Weiler (1994) e Hyman, Zelikoff, & Clarke (1988) verificaram que a maioria dos alunos tinha experienciado algum tipo de violência verbal por parte dos professores em algum momento da sua vida escolar. Os estudantes que participaram desta investigação relataram que tinham experienciado diferentes graus de tensão como resultado de maus tratos por educadores.

Petropoulos & Papastylianou em 2001, indicaram que, embora os colegas estejam mais envolvidos na vitimização de um aluno, através de violência física e verbal, quando ocorria o envolvimento de professores, o trauma para o adolescente era mais significativo. Tendo demonstrado com este estudo que, qualquer experiência seja ela *bullying* ou apenas uma má experiência envolvendo um professor ou um colega, é percebida como muito mais dolorosa aquela que envolve um professor do que um colega.

Associada à exposição destes acontecimentos em contexto escolar, alguns estudos, nomeadamente o de Hyman, Zelikoff e Clarke, (1988) demonstraram que a sintomatologia traumática é bastante recorrente sendo possível que se venha a desenvolver para um quadro psicopatológico de Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), sendo explicada no próximo capítulo do presente estudo.

Capítulo 2 - Perturbação Pós - Stress Traumático

2.1 Breve enquadramento teórico acerca da perturbação

Ao longo da história, os fenómenos do trauma foram observados e explorados das mais diversas formas, sendo que já há mais de cem anos que lhes vão sendo atribuídos diversas nomenclaturas, tais como neurose de compensação, histeria, choque nervoso, traumatofobia, neurose de guerra, sendo que todas estas demarcavam já algumas das principais características da perturbação (Alberto, 2006).

No entanto, apenas a partir de 1980 com a publicação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – III (DSM-III) pela American Psychological Association (APA) é que foi lhe atribuída pela primeira vez, e aceite pela comunidade científica a categorização psiquiátrica de PPST, iniciando-se assim várias investigações que procuraram explicar a etiologia do quadro, a incidência, a avaliação e o tratamento (Costa,2007). Apesar de só a esta data lhe ter sido dada a identificação de perturbação, já existia há muito um reconhecimento de situações de trauma como um factor de risco para o equilíbrio psicológico dos indivíduos, das suas famílias e das comunidades onde estes estavam inseridos (Maia & Fernandes, 2003).

De acordo com Ziegler et al; (2005) crianças e adolescentes estão mais vulneráveis a desenvolver sintomas de stress e mesmo uma PPST do que a população adulta face à exposição a situações traumáticas, devido à imaturidade psicológica e cognitiva que estas possuem. Apesar disso, a literatura acerca do trauma e da PPST ainda tem privilegiado a população adulta, o que faz com que uma lacuna permaneça sobre esta temática na área infantil (Bal & Jensen, 2007).

São vários os tipos de abordagens que foram sendo apresentados para o entendimento e intervenção nesta patologia. Dada a sua prevalência, epidemiologia e os fatores que traz consigo associados, assim como o prejuízo significativo nas áreas emocionais na vida dos sujeitos, é fácil perceber o porquê da importância e do interesse em modelos explicativos que possam ajudar a prever, a conhecer e a prevenir esta patologia. Sendo apresentados de seguida algumas das teorias.

De acordo com a **teoria da resposta ao stress**, quando o indivíduo se encontra perante um acontecimento traumático, surge um período de reação emocional intenso, sucedido

por respostas de negação e intrusão. Na generalidade dos indivíduos, estas respostas são trabalhadas e gradualmente atenuadas, com o objetivo de voltar a ser adquirida a homeostasia normal e prévia do organismo que se verificava antes da ocorrência do acontecimento traumático. No entanto, a qualquer altura o acontecimento traumático pode ser percebido de forma tão intensa, ou prolongada no tempo, que vai inevitavelmente ser experienciado de forma patológica (Horowitz, 1983).

Segundo a **teoria do condicionamento**, existe uma variedade de estímulos que quando associados alcançam uma capacidade de provocar uma resposta de medo através de mecanismos de generalização. Quando estes estímulos condicionados ocorrem ao mesmo tempo que determinado acontecimento traumático, dá-se a uma associação de forma condicionada de sentimentos de medo intenso e insegurança, adquirindo a potencialidade de ativar respostas emocionais em acontecimentos que se pareçam ao acontecimento traumático. O desenvolvimento de uma PPST acontece quando o indivíduo evita o estímulo condicionado, através de mecanismos de distração e bloqueio de memórias espontâneas, não permitindo a extinção das associações (Costa, 2007).

A **teoria cognitiva**, realça não só as características do acontecimento mas também a forma como o sujeito a percebe e avalia em função dos seus referenciais, dos seus sistemas de valores, experiências passadas, entre outras, onde o sujeito tende a generalizar que tudo é imprevisível. Segundo Alberto (2006), esta teoria permite explicar várias características da PPST.

Para a **teoria da atribuição**, indivíduos que tendem a responsabilizar-se a si pelos acontecimentos e indivíduos que tendem a responsabilizar os outros ou determinada situação, desresponsabilizando-se a si sobre essa mesma situação, exerce um forte impacto na maneira como cada um vivência uma experiência traumática. Sendo que os indivíduos que normalmente fazem atribuições internas de causalidade têm mais problemas perante acontecimentos traumáticos, e indivíduos que tendem a fazer atribuições externas de causalidade têm mais problemas de desenvolver outras perturbações de ansiedade uma vez que ao colocar a responsabilidade sobre o mundo, acabam por perder o controlo da situação (Alberto, 2006).

Na perspetiva do **modelo de processamento de informação** segundo Horowitz (1979), os indivíduos possuem modelos e esquemas internos que se baseiam nas informações recolhidas dos acontecimentos do passado e que lhes permitem interpretar os novos

acontecimentos. Quando acontece algo de novo, existe uma revisão e reorganização desses modelos para que estes se ajustem à realidade e realizem uma atualização para os acontecimentos futuros. Quando o acontecimento é demasiado angustiante, os modelos internos que o indivíduo possui acerca de si próprio e dos outros pode ser seriamente alterados, pondo em causa uma relação estável e adequada com o meio, não sendo possível esta reorganização interna (Alberto, 2006).

A PPST surge então porque o indivíduo guarda na memória os dados relacionados ao acontecimento traumático que, uma vez que não são organizados, invadem-no de forma involuntária e sucessiva (pensamentos intrusivos), provocando a ativação neurovegetativa e interferindo no seu dia-a-dia. Segundo este modelo, para que este efeito seja parado, é necessário que o indivíduo consiga diminuir os sentimentos e emoções negativos por forma a aceder a pequenas novas doses de informação, podendo assim controlar as emoções que estas possam desencadear, facilitando a sua interpretação e integração enquanto representações nos seus esquemas internos (idem).

2.2 Definição de PPST, critérios de diagnóstico e epidemiologia

O aparecimento do DSM-5 (2013) vem dar uma visão diferente à PPST da que antes se tinha com o DSM-IV-TR (2002), no entanto na sua definição geral, esta mantém-se como uma síndrome que constitui uma resposta de carácter ansiógeno e patológico a uma situação traumática. Em relação aos seus critérios, esta passa a definir-se através de oito critérios, que se aplicam a adultos, adolescentes e crianças com mais de 6 anos.

O **critério A** caracteriza o acontecimento traumático, retratando a ocorrência de um evento invulgar, com elevada angústia onde a pessoa se encontrou exposta a uma situação de morte ou ameaça de morte, ferimentos graves ou violência sexual, através de uma ou mais das seguintes situações: (1) enfrentar diretamente o acontecimento traumático; (2) testemunhar pessoalmente o acontecimento enquanto ele ocorre com outros; (3) saber que o acontecimento traumático ocorreu com um familiar próximo ou com um amigo; (4) experimentar uma exposição repetida ou extrema aos detalhes aversivos do acontecimento traumático (por exemplo, bombeiros que recolhem restos mortais de acidentes; polícias que são repetidamente expostos aos detalhes de abuso infantil), no entanto esta situação não se aplica à exposição através da televisão, filmes e

imagens, a menos que esta esteja relacionada com um trabalho de relato acerca destes acontecimentos (DSM-5, 2013).

O **critério B** caracteriza a revivência da experiência traumática e define-se pela presença de um ou mais dos seguintes sintomas de intrusão, com início após a ocorrência do acontecimento traumático: (1) memórias recorrentes, involuntárias, intrusivas e angustiantes do acontecimento traumático (em crianças maiores de 6 anos, o jogo repetitivo pode ocorrer em que são expressos temas ou aspectos relacionados com o acontecimento traumático); (2) sonhos aflitivos e recorrentes em que o conteúdo está relacionado com o acontecimento traumático (em crianças, pode haver sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível); (3) reações dissociativas (por exemplo, flashbacks), no qual o indivíduo se sente ou age como se o acontecimento traumático fosse recorrente (em crianças a reconstituição específica do trauma pode ocorrer em forma de jogo); (4) sofrimento psíquico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizam ou assemelham-se a um aspecto do acontecimento traumático; (5) reatividade fisiológica perante exposição a símbolos internos ou externos que simbolizam ou assemelham-se ao acontecimento traumático (idem).

O **critério C** caracteriza-se por sintomas de evitamento de situações associadas ao acontecimento traumático, com início após o acontecimento traumático, por uma ou ambas as seguintes características: (1) evitar ou esforçar-se para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes associados com o acontecimento traumático; (2) evitar ou esforçar-se para evitar aspectos externos (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre o acontecimento traumático ou que estão intimamente relacionados com este (idem).

O **critério D** caracteriza-se por alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao acontecimento traumático, tendo início ou agravando-se com a ocorrência do acontecimento traumático, através da manifestação de dois ou mais dos seguintes sintomas: (1) incapacidade para recordar um aspecto importante do acontecimento traumático (tipicamente devido à amnésia dissociativa e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas); (2) crenças persistentes e negativas, ou expectativas exageradas sobre si mesmo, os outros, ou o mundo (por exemplo, "Eu sou ruim", "Não se pode confiar em ninguém", "O mundo é completamente perigoso", "

Todo o meu sistema nervoso está permanentemente arruinado"); (3) crenças distorcidas persistentes sobre a causa ou as consequências do acontecimento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou aos outros; (4) estado emocional negativo persistente (por exemplo medo, horror, raiva, culpa ou vergonha); (5) interesse marcadamente diminuído em participação em atividades significativas; (6) sentimentos de distanciamento ou estranheza para com os outros; (7) incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (por exemplo, incapacidade de sentir felicidade, satisfação, ou sentimentos de amor) (DSM-5, 2013).

O **critério E** caracteriza-se por alterações marcantes na hiper-ativação e reatividade associados ao acontecimento traumático, tendo início ou agravando-se com a ocorrência do acontecimento traumático, através da manifestação de dois ou mais dos seguintes sintomas: (1) comportamento irritável e explosões de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) normalmente expressa através de agressão verbal ou física tanto em relação a pessoas como objetos; (2) comportamento imprudente ou autodestrutivo; (3) hiper-vigilância; (4) resposta exagerada de sobressalto; (5) problemas de concentração; (6) perturbação do sono (por exemplo, dificuldade de iniciar ou manter o sono, ou dormir de forma inquieta) (idem).

O **critério F** define a PPST em função da duração dos sintomas dos critérios B, C, D e E. Para que se possa falar em PPST, este critério considera que é necessário que os sintomas atrás referidos se manifestem pelo menos durante um mês (idem).

O **critério G** refere-se aos sintomas que originam angústia ou diminuição das possibilidades do sujeito nas áreas social, ocupacional ou outras importantes para o seu funcionamento (idem).

O **critério H** define que a PPST não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos ou álcool) ou de outra condição médica (idem).

Para além destes critérios ao classificar um indivíduo com uma perturbação de PPST, deve-se ainda especificar se este possui **sintomas dissociativos**, que ocorrem quando este preenche os critérios para uma PPST e para além disso em resposta ao acontecimento traumático, experiência sintomas de uma das seguintes formas persistentes ou recorrentes: (1) despersonalização, que se caracteriza por experiências persistentes ou recorrentes de se sentir separado de si, em que o indivíduo se sente

como se fosse um observador externo dos próprios processos mentais ou corpo (por exemplo, sentir como se estivesse a viver um sonho, uma sensação de realidade distorcida); (2) desrealização: Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente (por exemplo, o mundo em torno do indivíduo é experimentado como sendo irreal, de sonho, distante, ou distorcido), para utilizar este subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuídos a efeitos fisiológicos de uma substância, ou outra condição médica (DSM-5, 2013).

Depois de se especificar se o indivíduo possui sintomas dissociativos, deve-se especificar também se existe uma **expressão tardia**, ou seja, se os critérios de diagnóstico não são cumpridos até pelo menos 6 meses após o acontecimento (embora o início e expressão de alguns sintomas possam ser imediatos).

Para além das diferenças que pudemos ver até agora nesta descrição dos critérios de diagnóstico da PPST da versão do DSM-5, deparamo-nos com um novo subtipo de diagnóstico que até então em versões anteriores não existia, sendo ele, **Perturbação Pós-Stress Traumático em crianças com 6 anos ou menos** (PPST 6), que é uma mais-valia no seguimento do nosso estudo.

A PPST 6 define-se através de seis critérios, e é aplicada a crianças com idade igual ou inferior a 6 anos de idade.

O **critério A** caracteriza o acontecimento traumático, retratando a ocorrência de um evento involuntário, com elevada angústia onde a criança se encontrou exposta a uma situação de morte ou ameaça de morte, ferimentos graves ou violência sexual, através de uma ou mais das seguintes situações: (1) experienciar diretamente o acontecimento traumático; (2) testemunhar pessoalmente o acontecimento enquanto ele ocorre com outros, envolvendo especialmente os prestadores de cuidados primários (esta situação não se aplica à exposição através da televisão, filmes e imagens); (3) saber que o acontecimento traumático ocorreu com um familiar próximo ou com um prestador de cuidados (DSM-5, 2013).

O **critério B** caracteriza a revivência da experiência traumática e define-se pela presença de um ou mais dos seguintes sintomas de intrusão, com início após a ocorrência do acontecimento traumático: (1) memórias angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas do acontecimento traumático (podem ser expressas de forma

espontânea através da reconstituição do acontecimento em forma de brincadeira); (2) sonhos aflitivos e recorrentes em que o conteúdo está relacionado com o acontecimento traumático (pode não ser possível determinar que conteúdo assustador está relacionado com o acontecimento traumático); (3) reações dissociativas (por exemplo, flashbacks), no qual a criança se sente ou age como se o acontecimento traumático fosse recorrente (estas reações podem ocorrer num continuum, com a expressão mais extrema de uma completa perda de consciência do ambiente que a rodeia, estas reações podem ocorrer em forma de jogo); (4) sofrimento psíquico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizam ou assemelham-se a um aspecto do acontecimento traumático; (5) reatividade fisiológica perante exposição a símbolos internos ou externos que simbolizam ou assemelham-se ao acontecimento traumático (DSM-5, 2013).

O **critério C** caracteriza-se por sintomas de evitamento de situações associadas ao acontecimento traumático ou alterações negativas nas cognições e no humor, com início ou agravamento após o acontecimento traumático, por uma ou ambas as seguintes características, a. evitamento persistente de estímulos: (1) evitar ou esforçar-se para evitar atividades, lugares e lembranças físicas que despertem recordações do acontecimento traumático; (2) evitar ou esforçar-se para evitar as pessoas, conversas ou situações interpessoais que despertem lembranças do acontecimento traumático; b. alterações negativas nas cognições: (3) aumento substancial da frequência de estados emocionais negativos (por exemplo, medo, culpa, tristeza, vergonha, confusão); (4) interesse marcadamente diminuído na participação em atividades significativas, incluindo participação nas brincadeiras; (5) comportamento social de afastamento; (6) redução persistente na expressão de emoções positivas (idem).

O **critério D** caracteriza-se por alterações marcantes na hiper-ativação e reatividade associados ao acontecimento traumático, tendo início ou agravando-se com a ocorrência do acontecimento traumático, através da manifestação de dois ou mais dos seguintes sintomas: (1) comportamento irritável e explosões de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) normalmente expressa através de agressão verbal ou física tanto em relação a pessoas como objetos (incluindo birras extremas); (2) hiper-vigilância; (3) resposta exagerada de sobressalto; (4) problemas de concentração; (5) perturbação do sono (por exemplo, dificuldade de iniciar ou manter o sono, ou dormir de forma inquieta).

O **critério E** define a PPST em função da duração dos sintomas dos critérios B, C e D. Para que se possa falar em PPST, este critério considera que é necessário que os sintomas atrás referidos se manifestem pelo menos durante um mês (DSM-5, 2013).

O **critério F** refere-se aos sintomas que originam angústia ou sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no relacionamento com os pais, irmãos, colegas ou outros profissionais de saúde, e ainda no seu comportamento na escola (idem).

O **critério G** define que a PPST não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos) ou de outra condição médica (idem).

Também para este subtipo da PPST se deve especificar se a criança possui sintomas dissociativos, e uma expressão tardia de todos ou alguns dos sintomas conforme acima já explicado.

Concluindo, de uma forma geral quando comparado com o DSM-IV-TR (2002), os critérios de diagnóstico para o DSM-5 traçam uma linha mais clara ao detalhar o que constitui um acontecimento traumático, adicionado também dois novos subtipos da PPST: PPST6 e PPST com sintomas proeminentes dissociativos.

Para além disto, é ainda eliminada a distinção entre as fases aguda e crónica. A agressão sexual é especificamente incluída, assim como a exposição recorrente, sendo mesmo dado como exemplo, o caso dos polícias ou dos bombeiros (APA, 2013).

O tipo de linguagem que o indivíduo utiliza como resposta ao acontecimento traumático, tais como: medo intenso, impotência ou horror, como era feito no DSM-IV-TR (2002) foi excluído nesta nova edição, uma vez que este critério provou não ter nenhuma utilidade em prever o aparecimento da PPST (idem).

O DSM-5 (2013) presta mais atenção aos sintomas comportamentais que acompanham a PPST, propondo quatro grupos de diagnóstico distintos em vez de três. Estes são descritos como: **revivência**, que se traduz por memórias espontâneas do acontecimento traumático, sonhos recorrentes e relacionados com o mesmo, flashbacks ou outro sofrimento psíquico intenso ou prolongado; **evitamento** de lembranças aflitivas, pensamentos, sentimentos ou marcadores externos do acontecimento traumático; **cognições e humor negativos**, que representam sentimentos persistentes e distorcidos de culpa própria ou dos outros, afastamento dos outros, e interesse significativamente

diminuído das atividades de interesse, bem como uma incapacidade de lembrar os principais aspectos do acontecimento traumático; por último, **híper-ativação**, que é marcada pela agressividade, comportamento imprudente ou autodestrutivo, distúrbios do sono, híper-vigilância ou problemas relacionados.

De acordo com Maia e Fernandes (2003), embora a exposição a situações traumáticas seja uma condição necessária ao desenvolvimento de perturbações psicológicas, ela não é suficiente e muitas pessoas não parecem perturbadas mesmo pelas situações mais extremas. A avaliação do impacto destas experiências e o despiste da Perturbação Pós-Stress Traumático ou de outras consequências delas, é bastante relevante quer no desenvolvimento de investigação que possa ajudar a esclarecer quais os factores de risco e factores protetores face a uma destas experiências que levam ou não a desenvolver uma perturbação, mas também para a realização de estudos epidemiológicos.

Os dados relativos à ocorrência de experiências traumáticas e à prevalência da PPST são, assim como noutras perturbações, muito variados e dependem em grande medida quer da população estudada, quer dos instrumentos utilizados (Maia & Fernandes, 2003).

Em Portugal já são vários os estudos que se dedicam aos estudos sobre a PPST mas que se debruçaram apenas sobre algumas temáticas em particular, tais como com os combatentes das guerras coloniais e até mesmo nas suas famílias, ou com os bombeiros. O primeiro estudo epidemiológico que teve como objectivo caracterizar a população portuguesa, foi o estudo de Albuquerque, Soares, Jesus, e Alves (2003). Este estudo é particularmente relevante dado o número de pessoas que já foram expostas a acontecimentos traumáticos, incluindo também os 800 000 homens que participaram durante 14 anos (1961 a 1975) na Guerra Colonial Portuguesa.

Neste estudo foram seleccionados 2 606 indivíduos, predominantemente do sexo masculino (53,3%), com uma média de idades de 43 anos. Globalmente a taxa de prevalência de PPST foi de 7,87% (205/2606), com uma diferença estatisticamente significativa entre sexos: 4,8% no sexo masculino e 11,4% no sexo feminino. Cerca de 75% da população adulta portuguesa esteve exposta a pelo menos um acontecimento traumático e 43,5% a mais de um. Dos indivíduos presentes na amostra, 11,6% indivíduos do sexo masculino foram expostos a situações de guerra/combate e 9,9% destes desenvolveram PPST. O acontecimento traumático referido com maior

frequência pelos inquiridos, diz respeito à “morte violenta de um familiar ou amigo” (29,3%), seguindo-se ao acontecimento de “roubo” ou “assalto” (22,7%) e “testemunha de acidente grave ou morte” (22,2%). Esta prevalência de PPST (globalmente e por sexo), foi semelhante àquela verificada em outros países desenvolvidos; inferior ao esperado, dada a extensão da população exposta a combate/guerra (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003).

Relativamente à população infantil e jovem, não existe ainda nenhum estudo que retrate dados epidemiológicos da população portuguesa, sendo que todos os que existem mesmo que coloquem ênfase a aspectos da vida infantil dos sujeitos, são efetuados com população com mais de 18 anos.

De acordo com dados do DSM-5 (2013), nos Estados Unidos o risco de vida previsto para um sujeito com uma PPST seguindo os critérios do DSM-IV aos 75 anos é de 8,7%. A prevalência desta perturbação para doze meses entre os adultos dos EUA é de cerca de 3,5%. Estimativas mais baixas são vistas na Europa e mais ainda nos Continentes Asiático, Africano e países latino-americanos, em torno de 0,5% até 0%.

Embora diferentes grupos tenham diferentes níveis de exposição a acontecimentos traumáticos, a probabilidade da PPST como condição de se desenvolver seguindo um nível semelhante de exposição pode também variar entre grupos culturais. As taxas da PPST são mais elevadas entre os veteranos e outros cuja vocação aumenta o risco de exposição traumática (por exemplo, polícia, bombeiros, pessoal de emergência médica). Taxas também elevadas (variando de um terço a mais de metade dos expostos) são encontradas entre os sobreviventes de violação, combate militar e prisioneiros, e indivíduos motivados politicamente ou etnicamente, bem como vítimas de internamento ou genocídio (DSM-5).

A prevalência da PPST pode variar ao longo do desenvolvimento, as crianças e adolescentes (incluindo crianças em idade pré-escolar), em geral têm demonstrado menor prevalência após a exposição a acontecimentos traumáticos graves, no entanto, isto pode ser porque os critérios anteriores não foram suficientemente informadores e desenvolvidos. A prevalência PTSD também parece ser menor entre os adultos mais velhos em comparação com a população em geral, não havendo evidências de que as apresentações subliminares são mais comuns de PPST na vida adulta e que estes sintomas estão associados a um comprometimento clínico substancial (DSM-5).

Comparada com a população branca não latina dos Estados Unidos, taxas mais elevadas de PPST têm sido encontradas nos Latinos Americanos e Àfrico-Americanos, sendo que taxas inferiores se têm verificado nos Índios e Asiáticos, após o ajuste para a exposição traumática e variáveis demográficas.

2.3 PPST em crianças e jovens

Durante as últimas décadas tem sido cada vez mais reconhecido que as crianças podem apresentar sintomas de PPST após a exposição a uma variedade de acontecimentos traumáticos e que apresentem risco de vida (Giannopoulou, Smith, Ecker, Strouthos, Dikaiakou, e Yule, 2006). Estas podem desenvolver graves consequências emocionais, após serem expostas a experiências traumáticas, incluindo maus-tratos, abuso sexual, guerra, acidentes de viação, catástrofes naturais e complicações médicas (Catani, Jacob, Schauer, Kohila, & Neuner, 2008; Kaminer, Seedat, & Stein, 2005; Perrin, Smith, & Yule, 2000, citados por Borges, Zoltowski, Zucatti, & Dell’Aglia, 2010).

Associada a esta exposição a acontecimentos traumáticos, a PPST é o quadro psicopatológico mais frequente nas crianças e adolescentes (Bal & Jensen, 2007; Ehlers, Mayou, & Bryant, 2003; Linning & Kearney, 2004; Runyon, Faust, & Orvaschel, 2002; Ziegler, Greenwald, DeGuzman, & Simon, 2005).

Apesar do diagnóstico da PPST baseado no DSM-IV-TR (2002) para crianças e adolescentes seguir até 2013 critérios semelhantes ao diagnóstico em adultos, vários eram os autores que concordavam que os sintomas de PPST infantil eram muito diferentes daqueles apresentados por adultos (Dyregrov & Yule, 2006; Hawkins & Radcliffe, 2006). Daí a extrema importância do novo subtipo de PPST 6, introduzido com a nova versão do DSM-5 (2013) que se dedica exclusivamente a crianças com 6 anos ou menos. Trazendo uma mais-valia para o estudo desta patologia nesta faixa etária.

As crianças, dado a sua fase desenvolvimental, vivem a perturbação de uma forma diferente e muito particular, podendo, de acordo com Pynoos (1992) apresentar:

- a. reencenação do trauma através de brincadeiras e jogos repetitivos em que aspectos do trauma aparecem associados à agitação motora e à presença de pesadelos,

sonhos traumáticos recorrentes com conteúdo do acontecimento reconhecível ou não, comportamento de reconstituição e angústia nas lembranças;

- b.** evitamento de pensamentos, sentimentos, locais e situações que possam fazer lembrar o acontecimento, interesse marcadamente diminuído em atividades habituais e de prazer, sentimentos de estar sozinho ou isolado das figuras afetivas, embotamento afetivo, dificuldades de memória, perda de habilidades já adquiridas e retrocesso no desenvolvimento, sensação de adiado;
- c.** transtorno do sono, irritabilidade e raiva; dificuldade de concentração; hiper-vigilância; resposta exagerada de sobressalto e resposta autónoma a lembranças traumáticas.

De acordo com Alberto (2009), uma outra característica fundamental que difere nas crianças e nos adultos, é o facto destas possuírem níveis de desenvolvimento mais iniciais, uma vez que têm um longo caminho desenvolvimental a percorrer, ao contrário dos adultos que já têm as aquisições fundamentais adquiridas. A existência de um trauma na infância e adolescência, pode interferir de forma mais dramática no sujeito, porque atrasa a aquisição de determinadas capacidades e atitudes, e faz perder aquisições já feitas anteriormente (Alberto, 2009).

Nesse sentido para Ximenes (2011), também o período de desenvolvimento da criança/adolescente em que a adversidade ocorre é uma questão que merece destaque, uma vez que a cada etapa do desenvolvimento, episódios semelhantes terão efeitos diferentes, ou seja.

A fase de desenvolvimento tem sido relacionada com os níveis individuais de tolerância ao stress, onde enquanto algumas crianças podem ser afetadas por acontecimentos pouco significativos; outras, são afetadas por acontecimentos de maior magnitude; algumas, quando a exposição é prolongada e outras alcançam o seu limite de tolerância com o acumular de pequenos eventos stressantes do dia-a-dia. Portanto, não importa apenas saber se o processo envolvido no acontecimento difere de acordo com a etapa de desenvolvimento mas sim se as experiências adversas alteram o curso do desenvolvimento infantil ou se influenciam a maneira como a criança responde às dificuldades que enfrentará ao longo da sua vida (Ximenes, 2011).

Para se desenvolver harmoniosamente, a criança precisa de ter um ambiente afetivo e estável em que se sinta segura para organizar o próprio EU e o universo que a rodeia,

podendo estabelecer um relação positiva, gratificante e progressiva com este, pois quando esta se encontra exposta a acontecimentos traumatizantes, o mesmo já não se verifica, apresentando desestruturação nas representações do EU, do outro e dos objetos, bem como regressões no desenvolvimento (Alberto, 2009).

Uma outra questão importante a considerar na criança segundo a visão de Alberto (2009), é que a não confirmação de determinados sintomas não é sinónimo de ausência de trauma, uma vez que esses sintomas podem vir a manifestar-se mais tarde, tornando então explícito, o que antes era apenas uma suspeita. E, de acordo com Ximenes (2011), apesar das experiências traumáticas poderem trazer alguns benefícios na medida em que fortalecem o indivíduo na sua capacidade de lidar com as dificuldades, as experiências traumáticas precoces podem estar associadas a desordens futuras, já que podem alterar a sensibilidade ou modificar a forma de lidar com os problemas, daí a importância da sua detecção e intervenção precoce.

De acordo com Terr (1991), algumas características comuns à maioria dos casos de traumas infantis envolvem a presença de memórias visualizadas ou repetidamente percebidas, comportamentos repetitivos, medos específicos relacionados ao trauma e mudanças de atitudes quanto às pessoas, à vida e ao futuro. Além disso, até que o tipo de evento traumático experienciado pela criança pode interferir na sintomatologia manifestada. Por um lado, crianças que vivenciaram eventos únicos apresentam memórias detalhadas e completas do trauma, procuram explicações e descrevem percepções distorcidas dos fatos, e por outro lado, crianças expostas a eventos repetidos, apresentam sintomas de negação e entorpecimento psíquico, dissociação, e sentimentos de raiva e irritabilidade.

Apesar da importância do diagnóstico da PPST infantil e da sua detecção precoce, este tem sido pouco realizado e, talvez, subestimado por profissionais que atuam diretamente com crianças e adolescentes traumatizados (Ziegler et al., 2005). Uma das explicações para esta realidade refere-se à dificuldade conceptual do próprio quadro e à variedade de sintomas apresentada por crianças e adolescentes vítimas de trauma uma vez que podem ser observadas uma grande diversidade de respostas emocionais, cognitivas e comportamentais em crianças e adolescentes quando expostas a eventos traumáticos, sendo que algumas delas agudas, outras crónicas e outras até de adaptação positiva face ao acontecimento traumático (Cook-Cottone, 2004).

2.4 Instrumentos

A pesquisa sobre a resposta humana ao stress requer uma avaliação séria tanto do impacto que os acontecimentos produzem na vida dos indivíduos, como no impacto subjetivo que produzem. Esta avaliação de acontecimentos de vida é agora possível por meio de questionários que listam este impacto, bem como às situações de mudança que dão origem a estimativas quantitativas do impacto cumulativo de tais episódios em indivíduos ou em grupos (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979).

O que é necessário é um instrumento que meça o grau atual de impacto subjetivo experimentado como resultado de um acontecimento específico. Com tal instrumento, os investigadores podem observar indivíduos por vários períodos de tempo após a ocorrência de um acontecimento, comparar subgrupos para graus de sofrimento subjetivo depois de acontecimento de vida em particular, ou o contraste em termos do seu impacto relativo sobre diferentes populações (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979).

Para dar resposta a estes e outros objetivos, de acordo com Maia e Fernandes (2003), são várias as entrevistas que existem para especificamente avaliar a presença de sintomas de PPST:

1. **Structured Interview for PTSD (SI-PTSD; Davidson, Smith & Kudler, 1989)** - desenvolvida a partir do DSM-III, e reformulada para o DSM-III-R e DSM-IV, permite quer cotação contínua, quer dicotómica; sendo possível fazer o diagnóstico atual ou no passado.
2. **PTSD - Interview (PTSD-I Watson, Juba, Manifold, Kucala & Anderson, 1991)** - foi desenvolvido com veteranos de guerra e baseia-se nos critérios do DSM-III-R, numa primeira parte questiona acerca da experiência de acontecimento altamente perturbadora e os detalhes acerca desse acontecimento (critério A), na segunda parte contém 17 itens avaliados numa escala de sete pontos.
3. **PTSD Symptom Scale-I (PSS-I; Foa et al. 1993)** - baseada no DSM-III-R, foi inicialmente desenvolvida para estudar mulheres vítimas de violação e tem 17 itens, avaliados numa escala de 4 pontos.

4. **Clinician - Administered PTSD Scale (CAPS-1; Blake, Weathers, Nagy, et al., 1990; Blake et al., 1995)** - baseia-se nos critérios do DSM-IV e é composta por 17 questões que avaliam: a. a prevalência de PPST ao longo da vida e a presença de sintomas no momento da avaliação, b. a frequência e a intensidade dos mesmos, c. a adaptação social e laboral, d. a presença de sintomas como a culpa e a dissociação. Relativamente às suas características psicométricas, esta entrevista é considerada uma excelente escala de avaliação de PPST.

Para além destas entrevistas, e com base no reconhecimento que as vítimas de trauma demonstram com grande frequência outros sintomas, existe uma grande necessidade de realizar uma avaliação que permita despistar a presença de outras perturbações. Assim existem alguns instrumentos que são mais utilizados para este efeito, sendo alguns deles (Maia & Fernandes, 2003):

1. **Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979)** - baseia-se no modelo de dois factores de Horowitz, contendo 15 itens que medem os sintomas de intrusão e evitamento. A escala de intrusão inclui itens como “Eu pensei no acontecimento quando não o desejava” “Imagens da situação invadiram-me a mente” “Outras coisas lembram-me o acontecimento”. A escala relativa ao evitamento inclui itens como “Tentei não falar sobre isso” “Afastei-me de coisas que me podiam fazer lembrar essa experiência” “Tentei não pensar sobre o assunto”. As respostas são dadas numa escala de 4 pontos, que vão do “nunca” (pontuação 0), “raramente” (pontuação 1); “às vezes” (pontuação 3) e “frequentemente” (pontuação 5). Para além da escala dar um valor em cada uma das subescalas, dá também um valor da escala total. Esta escala tem uma correlação alta com medidas de PPST.
2. **Trauma Symptom Checklist - 40 (TSC - 40; Briere & Runtz, 1989; Briere, 1995)** - foi desenvolvido para estudar o impacto do abuso sexual, e a versão atual tem 40 itens subdivididos em 6 subescalas, sendo elas: ansiedade, depressão, dissociação, trauma após abuso sexual, problemas sexuais e perturbação de sono.
3. **Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, Elliott, Harris, & Cotman, 1995)** - é composto por 100 itens que avaliam sintomas pós-trauma durante 6 meses, subdivide-se em 10 subescalas, sendo elas: ansiedade ou ativação, raiva ou irritabilidade, depressão, evitamento defensivo, dissociação, perturbação do

comportamento sexual, experiências intrusivas, autorreferência comprometida, preocupações sexuais, e comportamentos de externalização para reduzir a tensão.

4. **Escala de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático (McIntyre, Ventura & Alberto, 1993)** – é composta por duas partes: a primeira refere-se ao acontecimento traumático, caracterizando os acontecimentos que eventualmente possam estar na origem do trauma, incluído 11 questões; a segunda está diretamente relacionada com o diagnóstico do trauma, dividindo-se em três agrupamentos (i. revivência, ii. evitamento, iii. ativação), as opções de resposta são sim e não.
5. **Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças (Duarte Costa & Sani, 2006)** – desenvolvida a partir Posttraumatic Diagnostic Scale (PTSD) e propõe-se avaliar a incidência e severidade de sintomas de pós-stress traumático em crianças, dos 8 aos 18 anos de idade, que tenham experienciado acontecimentos traumáticos, sendo de autopreenchimento. É composta por dois itens iniciais de resposta escrita, 17 itens que refletem sintomas de PPST e que agrupados dão origem a três dimensões: **Reexperiênciação** (item 1 a 5), **Evitamento** (item 6 a 12) e **Ativação** (item 13 a 17) e por fim 7 itens que abordam áreas funcionais de vida. As respostas aos 17 itens são apresentadas segundo uma escala likert de 0 a 3 pontos (tese, fpceup).

Parte 2 - Abordagem Empírica

Capítulo 3 - Método

A metodologia utilizada na elaboração de um estudo de investigação pode ser definida como o conjunto de procedimentos e instruções de trabalho, de procedimentos teóricos à implementação dos diagnósticos técnicos para conhecer e dar a conhecer a realidade (Morais & Neves, 2007).

Em investigação são diversas as possibilidades e as opções metodológicas a serem utilizadas com o objetivo de conhecer essa realidade, destacando-se dois tipos particulares de metodologias de investigação: a metodologia quantitativa, que obtém dados descritivos através de um método estatístico, e a metodologia qualitativa, que corresponde a um procedimento mais intuitivo, mas também mais maleável e mais adaptável, a índices não previstos (*idem*).

No entanto, é crucial que na fase metodológica se analise e selecione aquele que mais se adequa à procura da elucidação do facto sob estudo. Este enquadramento do método à pesquisa é indispensável, pois o método constitui a “bússola” que orienta o investigador no processo de investigação (*idem*).

Relativamente ao método de tratamento de dados, este seguiu uma abordagem quantitativa, onde foram empregues inquéritos por questionário, recorrendo-se por tal ao programa informático Statistical Package from Social Sciences versão 18 (SPSS 18) para efetuar as análises aos dados recolhidos.

3.1 Objetivos e hipóteses de estudo

A grande hipótese deste estudo é que jovens expostos a acontecimentos de vida marcantes negativos, tem mais possibilidades de desenvolver sintomatologia traumática. Neste sentido, propomo-nos a alcançar os seguintes objetivos:

1. Traduzir e validar um instrumento que avalia a sintomatologia de stress traumático em crianças - o CRIES;
2. Descrever a frequência de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos em contexto escolar e noutros contextos;

3. Avaliar os efeitos que a exposição a estes acontecimentos gera face à sintomatologia de stress traumático.

3.2 Participantes

A amostra inquirida define-se como não-probabilística, por conveniência, e é constituída por 66 estudantes da Escola Secundária Joaquim de Araújo, sendo que 35 (57%) são do sexo feminino e 31 (43%) são do sexo masculino. Estes 66 participantes têm idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, com uma média de idades de 14,86 e um desvio padrão de 1,36.

Relativamente ao grau de escolaridade, 16 (24,2%) dos estudantes frequentam o 7º ano, 8 (12,1%) frequentam o 9º ano, e 42 (63,6%) frequentam o 10º ano. No que diz respeito à composição do agregado familiar, 44 (66,7%) afirmam viver com ambos os pais, 17 (25,8%) apenas com a mãe e 5 (7,6%) apenas com o pai. Dos 66 participantes, 21 (31,8%) responderam já ter tido pelo menos uma reprovação, enquanto 45 (68,2%) responderam nunca ter reprovado.

Quando questionados acerca da escolaridade do pai, os participantes responderam que 17 (26,6%) possuem o 1º ciclo, 20 (31,3%) o 2º ciclo, 14 (21,9%) o 3º ciclo, 11 (17,2%) o ensino secundário e apenas 2 (3,1%) o ensino superior, não tendo 2 participantes dado resposta a esta questão, relativamente às mães, 22 (33,8%) detêm o 1º ciclo, 20 (30,8%) o 2º ciclo, 12 (18,4%) o 3º ciclo, 9 (13,8%) o ensino secundário, e também 2 (3,1%) o ensino superior, tendo ficado 1 participante sem responder a esta questão. Dos 66 participantes, 17 (26,6%) afirmaram já ter recebido apoio psicológico em algum momento da sua vida, 47 (73,4%) nunca receberam apoio psicológico, e dois não responderam a esta questão.

A tabela seguinte (ver tabela 1) ilustra as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1: Características Sociodemográficas dos Participantes

Característica	n	%	M	SD
Sexo				
Feminino	35	53%		
Masculino	31	47%		
Idade				
[12 - 14]	20	30,3%		
[15 - 17]	46	69,70%	14,86	1,36
Escolaridade				
7º ano	16	24,2%		
8º ano	8	12,1%		
10º ano	42	63,6%		
Agregado Familiar				
Pais	44	66,7%		
Mãe	17	25,8%		
Pai	5	7,6%		
Retenções				
Sim	21	31,8%		
Não	45	68,2%		
Escolaridade do Pai				
[1º - 4º]	17	26,6%		
[5º - 6º]	20	31,3%		
[7º - 9º]	14	21,9%		
[10º - 12º]	11	17,2%		
[13º - 15º]	2	3,1%		
Escolaridade da Mãe				
[1º - 4º]	22	33,8%		
[5º - 6º]	20	30,8%		
[7º - 9º]	12	18,4%		
[10º - 12º]	9	13,8%		
[13º - 15º]	2	3,1%		
Apoio Psicológico				
Sim	17	26,6%		
Não	47	73,4%		

3.3 Instrumentos

Para que fosse possível a participação dos alunos neste estudo, e de acordo com questões éticas, foi necessária a recolha prévia do consentimento informado por parte dos pais dos participantes uma vez que estes eram ainda menores, em documento escrito, onde se deu conhecimento dos procedimentos do projeto em curso bem como da

sua finalidade. Foi também pedido o consentimento informado ao Diretor da Escola onde seriam aplicados os mesmos. É apresentado no anexo 1 e 2 uma cópia destes documentos.

Após o preenchimento do consentimento informado pelos pais, estes alunos, preencheram um questionário que se dividiu em três, nomeadamente, um questionário sociodemográfico, uma Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens (LAGS-C) e a Escala de Impacto de Eventos para Crianças (EIEC). Estes procedimentos constituem os instrumentos de recolha de dados utilizados para a consecução deste estudo e encontram-se no anexo 3.

3.3.1 Questionário Sociodemográfico

Os dados sociodemográficos foram inquiridos aos participantes no sentido de completar a informação obtida através das restantes partes do questionário. As variáveis consideradas mais importantes a recolher junto dos adolescentes sobre si e o seu agregado familiar foram: o sexo, a idade, o ano de escolaridade, o número de retenções, a composição do agregado familiar, e, a escolaridade dos pais.

3.3.2 Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens

A LAGS-CJ (ver anexo 4) consiste numa lista de acontecimentos construída pela investigadora com base na Entrevista para Crianças: Traumatic Events Screening Inventory (TESI-C), assim como em observações realizadas nas escolas de acontecimentos que poderiam ser considerados por crianças e adolescentes como traumáticos.

A criação desta lista prende-se com o facto de não ter sido encontrado nenhum instrumento na literatura que desse resposta aos objetivos deste estudo, e pretende apenas servir para caracterizar alguns dos acontecimentos mais frequentes a que os adolescentes poderão estar expostos e que podem ser traumáticos, e desta forma, estar

na origem de uma possível PPST (Giannopoulou, Smith, Ecker, Strouthos, Dikaiakou, & Yule, 2006).

Esta lista é composta por 23 itens que descrevem possíveis acontecimentos negativos/traumáticos, onde é pedido aos respondentes que indiquem se determinado acontecimento descrito já lhes aconteceu, quem esteve envolvido, que idade tinham e ainda em que contexto ocorreu. Para além destes 23 itens, existe 1 item que questiona se alguma vez o jovem viveu algum acontecimento em sala de aula que o marcou negativamente e qual foi esse acontecimento, e ainda 1 item onde é questionado se para além de todos os acontecimentos referidos alguma vez foi vivenciado um acontecimento que não tenha sido mencionado, e se a resposta for afirmativa, é-lhe pedido para indicar qual o acontecimento. No sentido de enriquecer estas informações, é pedido que no final do preenchimento da LAGS-CJ os participantes indiquem de todos os acontecimentos que seleccionaram qual foi o pior de todos e se alguma vez receberam apoio psicológico.

Ao longo da construção desta lista foram sempre tidas em conta algumas preocupações com a elaboração dos itens, no sentido de obter na mesma as respostas pretendidas sem ferir nenhuma susceptibilidade por parte dos jovens e dos professores, uma vez que este instrumento foi aplicado numa escola.

Os itens que se referiam a acontecimentos que podem acontecer aos jovens nas escolas, foram elaborados de forma a não mencionar diretamente os professores, mas dando sempre a opção aos participantes de seleccionarem na sua resposta o professor como fazendo parte desse acontecimento. Como exemplos:

- **Acontecimento 7.** *“Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?”*

- **Acontecimento 19.** *“Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas?”*

Dando assim a possibilidade de o participante poder escolher a opção do professor como a pessoa envolvida neste acontecimento, e ao mesmo tempo outras opções, nomeadamente, dando sempre as restantes opções, nomeadamente, pais, amigos e outros.

Relativamente a questões que se pudessem referir a abusos sexuais, esta também foi feita mas de uma forma muito indireta, uma vez que se trata de uma questão muito sensível. Como exemplo:

- **Acontecimento 18.** *“Já alguém te obrigou a fazer coisas que não querias?”*

Apesar destas questões em particular onde foi tido um cuidado especial, todas as restantes foram pensadas com bastante atenção aos pormenores, deixando sempre em aberto as várias opções aos participantes de serem eles próprios a selecionarem os envolvidos nos acontecimentos, e ainda duas questões mais abertas para que estes pudessem descrever acontecimentos que não tivessem sido mencionados na lista.

3.3.4 CRIES

A Cries não foi originalmente projetada para ser usada com crianças, mas tem sido utilizado com sucesso numa série de estudos com crianças de 8 anos e mais velhos. Ela surgiu depois de dois grandes estudos realizados por Yule com 334 adolescentes sobreviventes de um desastre e por Dyregrov com crianças na Croácia. Nestes estudos a escala aplicada foi a IES de Horowitz, tendo permitido chegar à conclusão de que existia um certo número de itens que era mal interpretados por crianças. Tendo então surgido estudos separados que identificaram as estruturas factoriais dos itens da IES e que foram usadas para selecionar os oito itens que melhor refletiam a estrutura aos fator subjacentes, dando assim origem à CRIES versão de 8 itens (CRIES 8). Mais tarde surgiu uma revisão da CRIES, tendo-se adicionado cinco itens a fim de avaliar o terceiro conjunto de sintomas da PPST, passando assim a estarem projetados numa versão com 13 itens (CRIES 13) os sintomas de intrusão, evitamento e hiper-ativação.

A CRIES atualmente é então um instrumento de autorresposta que procura avaliar o sofrimento subjetivo que advém de uma experiência traumática nas crianças, e que pode ser aplicada sob a forma de duas versões, a CRIES 8 e a CRIES 13.

A CRIES 13 é composta por três subescalas, nomeadamente, a de intrusão, a de evitamento e a de hiper-ativação, estas subescalas medem as três características primordiais da sintomatologia traumática. A CRIES 8 é composta apenas por duas destas três subescalas, nomeadamente, a de intrusão e evitamento. Cada um dos itens das duas

versões é cotado numa escala tipo Likert com quatro pontos (Nunca = 0; Raramente = 1; Algumas vezes =3; Muitas vezes = 5).

O motivo de existirem duas versões da mesma escala e de ser aconselhada a aplicação apenas da CRIES 8, deve-se ao facto de não existirem estudos que tenham utilizado a CRIES 13 e que estejam validados contra um diagnóstico clínico independente (Smith, Perrin, Dyregrov, & Yule, 2003).

O facto deste instrumento ser utilizado em populações diversas, sobreviventes de acontecimentos traumáticos (Briere & Elliott, 1998; Joseph, 2000; Sundin & Horowitz, 2003 citados por Matos Gouveia e Martins, 2012), apresentar bons indicadores de validade e fidelidade, e ter um número reduzido de itens face aos instrumentos já existentes, constituíram motivos importantes para a sua tradução e validação para a população Portuguesa. Pois este instrumento apesar de ser utilizado em 18 países (Children and War Foundation, 2013), ainda não existe em Portugal.

O processo de tradução e adaptação do instrumento para a população Portuguesa, passou inicialmente por um pedido de autorização à Children and War Foudation na pessoa do Doutor Atle Dyregrov, o qual de imediato aceitou, uma vez que viu no mesmo uma mais-valia para a população portuguesa bem como para a comunidade científica. Depois da autorização concedida, foram realizados os processos de tradução, tendo sempre em atenção para que a frase não perdesse o seu significado e intenções originais. Posto isto, foi feita uma retroversão por um investigador independente sem conhecimento prévio da escala original. No final, as duas versões bateram certo, existindo algumas questões de pormenor que foram ajustadas, tendo ainda sido comparadas com outras versões em outras línguas, no sentido de verificar se estas se identificavam com a nossa. O aspecto final da EIEC e a ordem dos itens, manteve-se igual ao da versão original.

Uma questão com que nos deparamos ao estudar as características do instrumento foi o facto da versão original e restantes versões posteriormente traduzidas e validadas, utilizarem uma escala tipo Lickert com valores 0,1,3,5. A escala tipo Lickert deve obedecer a um protótipo próprio 0,1,2,3, ou 1,2,3,4, categorias que são igualmente espaçadas e dimensionadas igualmente na forma de resposta, sendo que a sua intenção é transmitir que elas são de igual importância e exigem a mesma atenção. Eles formam uma progressão clara com o mesmo valor entre si (Smith, 1999). Ainda de acordo com

Smith (1999), podem existir exceções a esta regra mas estas exceções devem ser justificadas com cálculos bastante complexos que justifiquem uma diferença na escala tipo Lickert.

Esta questão mereceu da nossa parte, um cuidado especial e várias pesquisas acerca do assunto, tendo chegado à conclusão de que iríamos manter a análise à versão portuguesa segundo uma escala tipo Lickert 0,1,2,3 uma vez que os autores do instrumento não têm uma forte justificação para usarem a escala 0,1,3,5 sendo apenas a de que este instrumento é uma adaptação de uma escala para adultos (IES – versão de 15 itens de Horowitz) que já se encontrava assim, tendo os mesmos decidido mantê-la. Outra das razões que nos levou a tomar esta opção foi o facto de ao utilizarmos uma escala de 0,1,3,5 estaríamos a colocar mais peso nas opções de resposta mais elevadas. No entanto, no estudo das características do instrumento foram calculados os valores que seriam obtidos se utilizássemos ambas as escalas tipo Lickert no sentido de permitir uma comparabilidade com outros estudos já realizados.

Um estudo realizado na China pelos investigadores (Lau, et al., 2012) que avalia 3160 estudantes depois do terramoto de Sichuan em 2008, com a CRIES 8 alcançou resultados de consistência interna de que variam para as subescalas e a escala total entre 0,74 e 0,85.

Numa pesquisa levada a cabo por Smith, Perrin, Dyregrov e Yule (2002) com 2976 crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 14 anos que tinham tido uma experiência de guerra em Mostar na Bósnia (Smith, Perrin, Dyregrov e Yule, 2002), foi utilizada a CRIES 13. Na análise ao instrumento, a consistência interna demonstrou-se satisfatória, sendo que o alfa total foi de 0,80. A análise fatorial revelou uma solução de três fatores correspondentes para as três sub-escalas, tendo sido explicada 49,3% da variância total.

Capítulo 4 - Resultados

4.1 CRIES versão portuguesa

4.1.1 Características Gerais

As características gerais da escala verificadas no estudo para a sua versão de 8 e 13 itens quer utilizando uma escala tipo Lickert de 0,1,2,3 quer uma de 0,2,3,5 encontram-se na seguinte tabela (ver tabela 2).

Tabela 2: *Características psicométricas gerais da versão portuguesa da CRIES*

	Nº Itens	Escala	Média	SD	Amplitude (min-máx)
CRIES	8	(0,1,2,3)	12,86	6,67	0-24
CRIES	13	(0,1,2,3)	20,01	9,85	0-39
CRIES	8	(0,1,3,5)	19,60	11,21	0-40
CRIES	13	(0,1,3,5)	30,19	16,37	0-65

Como se pode verificar, ao utilizar as diferentes escalas tipo Lickert nas duas versões da CRIES (8 e 13 itens) os valores obtidos são bastante aceitáveis para ambos os casos, no entanto o único ponto em que a nossa escala (0,1,2,3) poderia perder seria na amplitude uma vez que ao aplicar uma escala de Lickert (0,2,3,5) os dados têm a possibilidade de se dispersar mais, no entanto com os valores que conseguimos obter de amplitudes mínimas 0 e máximas 24 e 39 para as versões de 8 e 13 itens respectivamente, podemos afirmar que alcançamos uma amplitude bastante razoável uma vez que a escala aproveita toda a amplitude possível.

4.1.2 Análise convencional da totalidade dos itens

Em primeiro lugar foi realizado um estudo da distribuição das respostas, item a item, para cada uma das 4 respostas possíveis.

Tabela 3: *Frequência de resposta para cada uma das opções*

Itens	0	1	2	3
1. Pensas sobre isso mesmo quando não o queres fazer?	34,80%	18,20%	31,80%	15,20%
2. Tentas remover isso da tua memória?	18,20%	13,60%	27,30%	40,90%
3. Tens dificuldade em prestar atenção ou de concentração?	18,20%	27,30%	39,40%	15,20%
4. Tens ondas de sentimentos fortes sobre isso?	22,70%	27,30%	30,30%	19,70%
5. Assustas-te mais facilmente ou sentes-te mais nervoso do que antes disto acontecer?	32,30%	18,50%	32,30%	16,90%
6. Afastas-te de recordações, lugares, ou situações que te fazem lembrar o que se passou?	27,70%	18,50%	30,80%	23,10%
7. Tentas não falar sobre isso?	13,60%	19,70%	34,80%	31,80%
8. Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?	28,80%	12,10%	39,40%	19,70%
9. Outras coisas continuam a fazer-te pensar sobre isso?	28,80%	24,20%	31,80%	15,20%
10. Tentas não pensar sobre isso?	15,20%	10,60%	31,80%	42,40%
11. Ficas facilmente irritável?	18,20%	27,30%	28,80%	25,80%
12. Estás alerta e vigilante mesmo quando não há necessidade óbvia de o estares?	21,20%	25,80%	31,80%	21,20%
13. Tens problemas em dormir?	39,40%	25,80%	19,70%	15,20%

Como podemos observar através da tabela, existe uma boa dispersão de resultados não havendo nenhum item com frequência de resposta inferior a 10%. A resposta mais frequente foi correspondente à categoria “Algumas vezes (2)” com percentagens de respostas quase na sua totalidade superiores a 30%, excepto na questão 2 “*Tentas remover isso da tua memória?*”, sendo no entanto um valor muito próximo (27,30%) e na questão 3 “*Tens problemas em dormir?*”, onde o valor obtido foi já mais inferior (19,70%). A categoria que obteve menos percentagem de escolha foi a opção “Raramente (1)”, sendo que nenhuma das percentagens alcançadas para nenhum item foi a opção de resposta mais elevada.

4.1.3 Análise da fidelidade

Para testar a homogeneidade dos itens da escala, foram utilizadas duas estratégias diferentes: coeficientes de correlação de Pearson entre os itens e o coeficiente Alfa de Cronbach para a versão de 8 e 13 itens.

Os resultados da matriz de correlações (ver tabela 4) indicam as seguintes conclusões: a. não existem correlações negativas, logo na sua maioria os itens estabelecem correlações significativas entre si, apontando desde logo para um elevado valor de consistência interna; b. as correlações mais elevadas encontram-se entre o item 9 “*Outras coisas continuam a fazer-te pensar sobre isso?*” e o item 8 “*Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?*”, com $r=0,79$, e entre o item 10 “*Tentas não pensar sobre isso?*” e o item 8 “*Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?*”, com $r=0,74$, valores estes que de acordo com Pestana & Gageiro (2008) indicam uma forte correlação; c. o item que estabelece correlações menos elevadas é o item 2 “*Tentas remover isso da tua memória?*”. Na tabela abaixo apresentada é possível observar todas as restantes correlações.

Tabela 4: Matriz de coeficientes de correlação de Pearson entre a totalidade dos itens da escala

Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Pensas sobre isso mesmo quando não o queres fazer?	-											
2. Tentas remover isso da tua memória?	0,41**	-										
3. Tens dificuldade em prestar atenção ou de concentração?	0,52**	0,27*	-									
4. Tens ondas de sentimentos fortes sobre isso?	0,61**	0,46**	0,44**	-								
5. Assustas-te mais facilmente ou sentes-te mais nervoso do que antes disto acontecer?	0,68**	0,28*	0,36**	0,61**	-							
6. Afastas-te de recordações, lugares, ou situações que te fazem lembrar o que se passou?	0,42**	0,38*	0,40**	0,63**	0,52**	-						
7. Tentas não falar sobre isso?	0,34**	0,41**	0,28*	0,49**	0,42**	0,66**	-					
8. Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?	0,60**	0,34**	0,37*	0,52**	0,59**	0,61	0,51**	-				
9. Outras coisas continuam a fazer-te pensar sobre isso?	0,61**	0,38**	0,42*	0,60**	0,51**	0,60**	0,47**	0,79**	-			
10. Tentas não pensar sobre isso?	0,37**	0,62**	0,36**	0,44**	0,35**	0,50**	0,74**	0,53**	0,55**	-		
11. Ficas facilmente irritável?	0,36**	0,16	0,33**	0,48**	0,48	0,39**	0,57**	0,41	0,51**	0,46**	-	
12. Estás alerta e vigilante mesmo quando não há necessidade óbvia de o estares?	0,38**	0,07	0,21	0,34**	0,47	0,47	0,50**	0,48	0,56	0,36**	0,57	-
13. Tens problemas em dormir?	0,36**	0,13	0,29**	0,59**	0,36	0,30*	0,30	0,28	0,47*	0,26**	0,56	0,49**

** $p < 0,01$

No sentido de verificar se a versão de 8 itens tem características semelhantes à versão de 13 itens, ou seja, verificar se a redução de itens, implica uma redução de informação ou perda de informação relevante, calculamos o coeficiente de correlação de Pearson entre estas duas versões e verificamos um valor de 0,963 ($p > 0,01$) (ver tabela 5).

Tabela 5: *Correlação de Pearson entre a versão CRIES 8 e a CRIES 13*

	CRIES 13
CRIES 8	,963**

** $p < 0,01$

Ao analisarmos a tabela abaixo apresentada (ver tabela 6) podemos concluir que para a versão de 8 itens, o coeficiente alfa de Cronbach é de 0,900, o que nos indica que estamos perante uma escala com um bom valor de consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008). Onde todos os itens contribuem para este valor elevado de consistência interna, uma vez que se algum deles fosse eliminado, o valor total de alfa da escala diminuiria, exceto com o item 2 “*Tentas remover isso da tua memória?*” em que o valor do alfa total se mantinha. Também este facto é bom indicador de consistência interna, uma vez que todos os itens da escala estão a contribuir para que se obtenha um valor tão bom de alfa de Cronbach. Podemos também referir que os valores para cada item também são bastante razoáveis

Se em vez de utilizarmos a escala tipo Lickert, 0,1,2,3, utilizássemos uma escala 0,2,3,5 o valor de alfa de Cronbach seria igual a 0,893, o que segundo Pestana e Gageiro (2008), é da mesma forma considerado uma boa medida de consistência interna, mas no entanto é inferior à nossa medida de consistência interna.

Tabela 6: Resultados da análise da consistência interna para a CRIES 8

Itens	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item eliminado
1. Pensas sobre isso mesmo quando não o queres fazer?	0,621	0,894
2. Tentas remover isso da tua memória?	0,558	0,900
3. Tens ondas de sentimentos fortes sobre isso?	0,713	0,885
4. Afastas-te de recordações, lugares, ou situações que te fazem lembrar o que se passou?	0,704	0,886
5. Tentas não falar sobre isso?	0,689	0,888
6. Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?	0,744	0,882
7. Outras coisas continuam a fazer-te pensar sobre isso?	0,765	0,881
8. Tentas não pensar sobre isso?	0,712	0,885

Coeficiente alfa de Cronbach = 0,900.

Coeficiente alfa de Cronbach = 0,893, se escala (0,1,3,5).

Ao analisarmos a tabela abaixo apresentada (ver tabela 7) podemos concluir que para a versão de 13 itens, o coeficiente alfa de Cronbach é de 0,915, o que nos indica que estamos perante uma escala com um muito bom valor de consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008). O único item que não está a contribuir para um valor mais elevado de alfa é o item 2 “*Tentas remover isso da tua memória?*”, mas no entanto a diferença é mínima uma vez que o valor de alfa ficaria igual a 0,916 e a perda de informação que teríamos se este item fosse retirado seria muito superior.

Se em vez de termos utilizado a escala tipo Lickert, 0,1,2,3, utilizássemos uma escala 0,2,3,5 o valor de alfa de Cronbach seria igual a 0,907, o que segundo Pestana e Gageiro (2008), é da mesma forma considerado uma muito boa medida de consistência interna, mas no entanto é inferior à nossa medida de consistência interna.

Tabela 7: Resultados da análise da consistência interna para a CRIES 13

Itens	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item eliminado
1. Pensas sobre isso mesmo quando não o queres fazer?	0,675	0,907
2. Tentas remover isso da tua memória?	0,468	0,916
3. Tens dificuldade em prestar atenção ou de concentração?	0,496	0,914
4. Tens ondas de sentimentos fortes sobre isso?	0,752	0,905
5. Assustas-te mais facilmente ou sentes-te mais nervoso do que antes disto acontecer?	0,669	0,908
6. Afastas-te de recordações, lugares, ou situações que te fazem lembrar o que se passou?	0,700	0,906
7. Tentas não falar sobre isso?	0,699	0,907
8. Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?	0,728	0,905
9. Outras coisas continuam a fazer-te pensar sobre isso?	0,785	0,903
10. Tentas não pensar sobre isso?	0,675	0,908
11. Ficas facilmente irritável?	0,627	0,909
12. Estás alerta e vigilante mesmo quando não há necessidade óbvia de o estares?	0,581	0,911
13. Tens problemas em dormir?	0,513	0,914

Coeficiente alfa de Cronbach = 0,915.

Coeficiente alfa de Cronbach = 0,907, se escala (0,1,3,5).

4.1.4 Estudo de validade

Antes da realização de análise factorial foi realizado uma análise de adequação de amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que é uma medida de homogeneidade das variáveis que compara correlações simples com as correlações parciais entre variáveis. O valor de KMO calculado é de 0,837 sendo considerado como uma boa adequação de amostragem. Um outro indicador utilizado é o teste de esfericidade de Bartlett, cujo resultado aponta também no sentido de uma boa adequação (qui-quadrado 78 com $p=0,000$) (Pestana & Gageiro, 2008).

Foi realizada a análise factorial de componentes principais, começando por analisar um scree-plot para a determinação do número mais adequado de componentes, verificando-se que deveriam ser 3 as componentes. Este resultado é concordante com um valor mínimo de *eigenvalues* de 1. Os resultados da rotação varimax explicam 69% da variância da escala, sendo que a primeira componente explica 25,2%, a segunda 22,5% e a terceira 21,3% (ver tabela 8).

Tabela 8: *Estrutura factorial da CRIES após rotação Varimax*

Itens	Componentes		
	1	2	3
1. Pensas sobre isso mesmo quando não o queres fazer?	0,886		
3. Tens dificuldade em prestar atenção ou de concentração?	0,649		
4. Tens ondas de sentimentos fortes sobre isso?	0,664		
5. Assustas-te mais facilmente ou sentes-te mais nervoso do que antes disto acontecer?	0,699		
8. Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?	0,553		
9. Outras coisas continuam a fazer-te pensar sobre isso?	0,558		
2. Tentas remover isso da tua memória?		0,722	
6. Afastas-te de recordações, lugares, ou situações que te fazem lembrar o que se passou?		0,559	
7. Tentas não falar sobre isso?		0,763	
10. Tentas não pensar sobre isso?		0,858	
11. Ficas facilmente irritável?			0,762
12. Estás alerta e vigilante mesmo quando não há necessidade óbvia de o estares?			0,820
13. Tens problemas em dormir?			0,694

Os itens que compõem a escala ficaram assim distribuídos: 6 itens na componente 1, 4 itens na componente 2 e 3 itens na componente 3. Todos os itens apresentam saturações superiores a 0,5, ou seja, a totalidade dos itens tem saturações elevadas.

Assim, a componente 1 poderá ter correspondência à subescala de pensamentos intrusivos, a componente 2 à subescala de evitamento e a componente 3 à subescala de hiper-vigilância.

4.2 Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens

4.2.1 Análise da frequência aos acontecimentos

Os dois acontecimentos com maior frequência de exposição foram o acontecimento 15 “*Mesmo que não tenhas visto nenhum familiar teu a agredir fisicamente outro, já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?*” e o acontecimento 20 “*Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?*” ambos com 23 respostas afirmativas.

Depois destes acontecimentos seguiram-se: o acontecimento 3 “*Alguma vez tiveste que passar a noite no hospital ou fazer uma operação?*” que obteve 22 respostas afirmativas; o acontecimento 7 “*Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?*” que obteve 18 de respostas afirmativas; o acontecimento 5 “*Alguns dos teus pais teve que se ausentar por um longo período de tempo ou definitivamente?*”, o acontecimento 2 “*Já assististe a algum acidente grave no qual não estavas diretamente envolvido?*” e o acontecimento 14 “*Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?*” que obtiveram os três 16 respostas afirmativas; e por último, o acontecimento 13 “*Já alguma vez foste atacado por um cão ou por outro animal?*” e o acontecimento 24 “*Alguma vez viveste um acontecimento em sala de aula que te marcou negativamente?*” que obtiveram 14 respostas afirmativas.

Não existe nenhum acontecimento que não tenha sido escolhido nenhuma vez, sendo o acontecimento 12 “*Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?*”, o menos escolhido com 2 respostas afirmativas. A média de idades que os jovens tinham quando estes acontecimentos ocorreram, variou entre os 10 e os 12 anos.

Relativamente à escolha do acontecimento como tendo sido o pior que já foi vivenciado, o acontecimento 14 “*Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?*” foi escolhido por 6 dos participantes, o acontecimento 23 “*Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?*” e o acontecimento 20 “*Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?*” foram escolhidos por 5 participantes, e o acontecimento 1 “*Já estiveste envolvido num acidente grave (por exemplo um acidente de carro, uma queda ou um incêndio)?*” e o acontecimento 19 “*Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas?*” foram escolhidos por 4 participantes.

Apenas os acontecimentos 5 “*Alguns dos teus pais teve que se ausentar por um longo período de tempo ou definitivamente?*”, 9 “*Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?*” e 12 “*Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?*”, não foram selecionados. A média de idades que os jovens tinham quando estes acontecimentos ocorreram, variou entre os 11 e os 12 anos.

A tabela abaixo apresentada indica a frequência de exposição para todos os acontecimentos bem como a frequência do pior acontecimento (ver tabela 9).

Tabela 9: *Frequência de exposição aos acontecimentos da LAGS-CJ e frequência do pior acontecimento*

Acontecimentos	Frequência de Exposição		Frequência do pior		Idade	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
1. Já estiveste envolvido num acidente grave (por exemplo um acidente de carro, uma queda ou um incêndio)?	12	18,2%	4	6,8%	12,5	2,593
2. Já assististe a algum acidente grave no qual não estavas diretamente envolvido?	16	24,2%	3	5,1%	12,17	1,403
3. Alguma vez tiveste que passar a noite no hospital ou fazer uma operação?	22	33,3%	2	3,4%	10,56	4,56
4. Alguma vez tiveste que ir para longe dos teus pais ou família por um longo período de tempo?	8	12,1%	3	5,1%	8,5	2,928
5. Alguns dos teus pais teve que se ausentar por um longo período de tempo ou definitivamente?	16	24,2%	0	0	10,17	4,345
6. Alguém já te atacou ou tentou ferir-te gravemente de propósito, tal como, bater, sacudir, morder, queimar, sufocar, esfaquear, ou dar-te um tiro?	8	12,1%	1	1,7%	9,5	4,278
7. Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?	18	27,3%	2	3,4%	11,36	2,767
8. Já tiveste que ir ao médico ou hospital por alguém te ter magoado fisicamente?	7	10,6%	1	1,7%	12,17	3,061
9. Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?	13	19,7%	0	0	13,13	1,808
10. Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?	13	19,7%	1	1,7%	11,56	1,878
11. Alguém já te assaltou ou te segurou para te roubar?	5	7,6%	1	1,7%	13,5	0,707
12. Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?	2	3,0%	0	0	9	0
13. Já alguma vez foste atacado por um cão ou por outro animal?	14	21,2%	2	3,4%	10,4	2,914
14. Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?	16	24,2%	6	10,2%	10,58	3,204
15. Mesmo que não tenhas visto nenhum familiar teu a agredir fisicamente outro, já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?	23	34,8%	3	5,1%	9,89	3,257
16. Algum dos teus pais já foi preso? Ou alguma vez a polícia foi a tua casa e disse que tu ou a tua família estavam em apuros?	5	7,6%	1	1,7%	11,5	2,121

17. Já assististe a pessoas de fora de tua casa a lutarem ou a dispararem tiros contra alguém?	11	16,7%	2	3,4%	13	2,16
18. Já alguém te obrigou a fazer coisas que não querias?	13	19,7%	3	5,1%	11,43	2,149
19. Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas?	11	16,7%	4	6,8%	11,6	3,435
20. Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?	23	34,8%	5	8,5%	11,36	3,529
21. Já alguma vez te humilharam publicamente?	10	15,2%	3	5,1%	10,56	2,744
22. Já foste maltratado na escola?	10	15,2%	5	8,5%	10,22	1,481
23. Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?	6	9,1%	2	3,4%	8,5	1,732
24. Alguma vez viveste um acontecimento em sala de aula que te marcou negativamente?	14	21,2%	2	3,4%	-	-
25. Para além destes acontecimentos, existiu algum que não tenha sido mencionado nesta lista, e que te tenha marcado negativamente?	6	9,1%	3	5,1%	-	-

Relativamente à questão 24 “*Alguma vez viveste um acontecimento em sala de aula que te marcou negativamente?*” dos 66 participantes neste estudo, 14 (21,20%) afirmaram ter vivido um acontecimento em sala de aula negativo. Destes 14 participantes, 10 (71,43%) afirmaram que esse acontecimento se traduziu por agressões físicas por parte dos professores, enquanto 4 (28,57%) afirmaram que foi devido a atitudes agressivas por parte de outros colegas (ver tabela 10).

Tabela 10: *Frequência e descrição de exposição de acontecimentos marcantes em sala de aula*

Acontecimento	Sim	%
24. Alguma vez viveste um acontecimento em sala de aula que te marcou negativamente?	14	21,20%
Qual?		
- Agressões físicas e verbais por parte dos professores	10	71,43%
- Atitudes agressivas por parte de outros colegas	4	28,57%

Em relação à questão 25 “Para além destes acontecimentos, existiu algum que não tenha sido mencionado nesta lista, e que te tenha marcado negativamente?”, 7 (10,61%) dos 66 participantes, responderam afirmativamente. Destes 7 participantes, 1 (14,29%) afirmou ser devido ao divórcio dos pais, 1 (14,29%) ao facto de ter sido vítima de uma violação, 4 (57,14%) devido a morte de um familiar e 1 (14,29%) devido a doença de um familiar (ver tabela 11).

Tabela 11: *Frequência e descrição de exposição de acontecimentos não mencionados na LAGS-CJ*

Acontecimento	Sim	%
25. Para além destes acontecimentos, existiu algum que não tenha sido mencionado nesta lista, e que te tenha marcado negativamente?	7	10,61%
Qual?		
- Divórcio dos pais	1	14,29%
- Violação	1	14,29%
- Morte de um familiar	4	57,14%
- Doença de um familiar	1	14,29%

4.2.2 Análise das pessoas que estão mais envolvidas em determinados acontecimentos e diferentes contextos em que os mesmos ocorrem

Relativamente às pessoas que estão mais envolvidas nos diferentes acontecimentos a que os participantes deste estudo responderam, observando a tabela abaixo apresentada (ver tabela 12), podemos concluir que em primeiro lugar os pais e os amigos são as pessoas que aparecem mais vezes envolvidas nos acontecimentos seleccionados, sendo que em relação aos pais, as percentagem de resposta mais altas atingidas referem-se à questão 14 “Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?” com 62,5% e à questão 23 “Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?” com 63,7%. Relativamente ao envolvimento dos amigos, as questões que obtiveram maior percentagem de resposta foram a questão 7 “Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?” com 50% e a questão 8 “Já tiveste que ir ao médico ou hospital por alguém te ter magoado fisicamente?” com 57,1%.

Seguindo-se aos pais e amigos, aparecem os professores, com percentagens de resposta muito elevadas nas seguintes questões: 19 “Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas?” com 63,6%, 21 “Já alguma vez te

humilharam publicamente?” com 70% e 22 “Já foste maltratado na escola?” com 70%.

E por último como pessoas que estão menos envolvidas, aparecem os “outros”, sendo que as percentagens de resposta mais altas se referem às questões 9 “*Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?*” com 61,5% e 12 “*Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?*” com 50%.

Relativamente ao contexto onde ocorreram estes acontecimentos, podemos observar que a maioria dos acontecimentos se passou na escola tendo sido as percentagens de respostas mais elevadas obtidas na questão 11 “*Alguém já te assaltou ou te segurou para te roubar?*” com 100%, na questão 21 “*Já alguma vez te humilharam publicamente?*” com 100%, na questão 10 “*Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?*” com 92,3% e na questão 23 “*Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?*” com 90%.

Seguindo-se ao contexto escolar, aparece a casa como o contexto onde decorrem mais acontecimentos negativos, sendo que as percentagens de resposta mais altas se referem às questões 14 “*Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?*” com 72,7% e 15 “*Mesmo que não tenhas visto nenhum familiar teu a agredir fisicamente outro, já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?*” com 72,7%.

E por último, como contexto onde ocorrem menos acontecimentos negativos, foi selecionada a opção “outros” contextos, podendo-se verificar as percentagens de resposta mais elevadas nas questões 1 “*Já estiveste envolvido num acidente grave (por exemplo um acidente de carro, uma queda ou um incêndio)?*” com 66,7% e 12 “*Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?*” com 50 %.

Tabela 12: Descrição Frequência das pessoas envolvidas nos diferentes acontecimentos e dos contextos em que estes ocorrem

Acontecimentos	Quem esteve envolvido				Contexto		
	Pais	Professores	Amigos	Outros	Escola	Casa	Outro
1. Já estiveste envolvido num acidente grave (por exemplo um acidente de carro, uma queda ou um incêndio)?	41,7%	8,3%	16,7%	33,3%	25,0%	8,3%	66,7%
2. Já assististe a algum acidente grave no qual não estavas diretamente envolvido?	42,9%	0,0%	35,7%	21,4%	28,6%	21,4%	42,9%
6. Alguém já te atacou ou tentou ferir-te gravemente de propósito, tal como, bater, sacudir, morder, queimar, sufocar, esfaquear, ou dar-te um tiro?	0%	14,3%	42,9%	42,9%	62,5%	25,0%	12,5%
7. Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?	11,1%	38,9%	50,0%	0%	88,9%	11,1%	0%
8. Já tiveste que ir ao médico ou hospital por alguém te ter magoado fisicamente?	28,6%	14,3%	57,1%	0%	88,9%	11,1%	0%
9. Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?	0%	0%	38,5%	61,5%	84,6%	0,0%	15,4%
10. Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?	0%	38,5%	38,5%	23,1%	92,3%	0%	7,7%
11. Alguém já te assaltou ou te segurou para te roubar?	0%	0%	40%	60%	100%	0%	0%
12. Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?	0%	0%	50%	50%	50%	0%	50%
13. Já alguma vez foste atacado por um cão ou por outro animal?	38,5%	0%	38,5%	23,1%	15,4%	61,5%	23,1%
14. Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?	62,5%	0%	0%	37,5%	0%	87,5%	12,5%
15. Mesmo que não tenhas visto nenhum familiar teu a agredir fisicamente outro, já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?	54,5%	0%	0%	45,5%	4,5%	72,7%	22,7%
18. Já alguém te obrigou a fazer coisas que não querias?	30,8%	23,1%	15,4%	30,8%	38,5%	23,1%	38,5%
19. Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas?	18,2%	63,6%	18,2%	0,0%	81,8%	18,2%	0%
20. Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?	17,4%	21,7%	39,1%	21,7%	73,9%	21,7%	4,3%
21. Já alguma vez te humilharam publicamente?	0%	70%	20%	10%	100%	0%	0%
22. Já foste maltratado na escola?	0%	70%	20%	10%	90%	0%	10%
23. Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?	63,7%	33,3%	0%	0,0%	33,3%	66,7%	0%

4.2.3 Estudo dos acontecimentos que produzem mais efeito na sintomatologia traumática

De todos os acontecimentos presentes na LAGS, existem alguns que demonstraram ter efeitos significativos na sintomatologia traumática, sendo eles: o acontecimento 5 “*Alguns dos teus pais teve que se ausentar por um longo período de tempo ou definitivamente?*” (U= 0,003), o acontecimento 9 “*Já alguém ameaçou que te ia magoar com gravidade?*” (U=0,002), o acontecimento 10 “*Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?*” (U=0,004), o acontecimento 12 “*Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?*” (U=0,029), o acontecimento 13 “*Já alguma vez foste atacado por um cão ou por outro animal?*” (U=0,039), o acontecimento 20 “*Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?*” (U=0,032) e o acontecimento 24 “*Alguma vez viveste um acontecimento em sala de aula que te marcou negativamente?*” (U=0,014). Na tabela abaixo apresentada é possível observar os restantes resultados (ver tabela 13).

Tabela 13: Diferenciação no valor de stress traumático em jovens que foram expostos a determinados acontecimentos

Acontecimentos	EIEC 13						U	P
	Exposto			Não Exposto				
	n	M	DP	n	M	DP		
1. Já estiveste envolvido num acidente grave (por exemplo um acidente de carro, uma queda ou um incêndio)?	12	22,2	9,17	54	19,5	10,01	0,326	376,0
2. Já assististe a algum acidente grave no qual não estavas diretamente envolvido?	16	21,33	8,15	50	19,62	10,34	0,651	404,0
3. Alguma vez tiveste que passar a noite no hospital ou fazer uma operação?	22	19,09	9,69	44	20,49	10,01	0,514	426,0
4. Alguma vez tiveste que ir para longe dos teus pais ou família por um longo período de tempo?	8	25,13	11,46	58	19,30	9,49	0,093	312,0
5. Alguns dos teus pais teve que se ausentar por um longo período de tempo ou definitivamente?	16	25,88	9,69	50	18,10	9,20	0,003	587,5
6. Alguém já te atacou ou tentou ferir-te gravemente de propósito, tal como, bater, sacudir, morder, queimar, sufocar, esfaquear, ou dar-te um tiro?	8	22,63	11,02	58	19,65	9,72	0,238	287,0

7. Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?	18	23,65	8,02	48	18,73	10,18	0,058	535,5
8. Já tiveste que ir ao médico ou hospital por alguém te ter magoado fisicamente?	7	18,57	15	59	20,19	9,22	0,874	195,5
9. Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?	13	24,92	7,83	61	20,37	9,63	0,002	529,5
10. Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?	13	24,92	7,83	53	18,79	9,98	0,004	460,5
11. Alguém já te assaltou ou te segurou para te roubar?	5	15,8	12,66	61	20,37	9,63	0,407	115,0
12. Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?	2	33,5	4,95	64	19,59	9,68	0,029	117,0
13. Já alguma vez foste atacado por um cão ou por outro animal?	14	24,43	6,36	52	18,8	10,3	0,039	486,0
14. Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?	16	21,06	10,1	50	19,67	9,85	0,512	435,0
15. Mesmo que não tenhas visto nenhum familiar teu a agredir fisicamente outro, já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?	23	20	9,89	43	20,02	9,94	0,784	503,0
16. Algum dos teus pais já foi preso? Ou alguma vez a polícia foi a tua casa e disse que tu ou a tua família estavam em apuros?	5	26,6	3,36	61	19,47	10	0,103	217,0
17. Já assististe a pessoas de fora de tua casa a lutarem ou a dispararem tiros contra alguém?	11	20,27	11,18	55	19,96	9,67	0,868	306,5
18. Já alguém te obrigou a fazer coisas que não querias?	13	23,54	9,03	53	19,13	9,93	0,125	431,5
19. Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas?	11	24,27	8,78	55	19,15	9,9	0,164	376,5
20. Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?	23	23,65	6,96	43	18,02	10,67	0,032	639,0
21. Já alguma vez te humilharam publicamente?	10	25,7	7,35	56	19,98	9,94	0,057	379,5
22. Já foste maltratado na escola?	10	25,6	6,26	56	19	10,8	0,062	377,5
23. Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?	6	23,5	7,4	60	19,66	10,04	0,333	221,0
24. Alguma vez viveste um acontecimento em sala de aula que te marcou negativamente?	14	25,57	6,68	51	18,49	10,07	0,014	203

Capítulo 5 - Discussão dos Resultados

A grande hipótese com que se partiu para este estudo foi a de que jovens que se encontram expostos a acontecimentos de vida marcantes negativos, têm mais possibilidades de desenvolver sintomatologia traumática. Para dar resposta a esta hipótese, foram delineados objectivos que, apesar de com algumas limitações que surgiram ao longo de todo o processo de investigação foram conseguidos alcançar.

Um dos principais objetivos consistiu na tradução e validação da CRIES que nos permite avaliar o sofrimento subjetivo a que os jovens se encontram expostos depois de vivenciar um acontecimento traumático.

Todo este processo de validação baseou-se em análises às características gerais do instrumento, à frequência de resposta para todos os itens, à fidelidade e à validade, concluindo-se que apesar de não termos encontrado na literatura estudos que demonstrem o processo de validação deste instrumento noutros países e que nos permitam dessa forma comparar os nossos resultados, que estamos perante bons resultados através de indicadores de outros estudos que aplicaram o instrumento.

Relativamente à análise da fidelidade do CRIES, a consistência interna dos itens, os valores que conseguimos obter para as versões do CRIES 8 e 13 foram bastante aceitáveis sendo o alfa total para a CRIES 8 igual a 0,900 e para a CRIES 13 igual a 0,915, seguindo uma escala de Lickert 0,1,2,3.

Já se a escala tipo Lickert fosse 0,1,3,5, os valores obtidos para alfa seria de 0,893 para a CRIES 8 e de 0,907 para a CRIES 13. No que diz respeito a valores de alfa os valores que optamos seguir no nosso estudo utilizando uma escala 0,1,2,3 seriam mais aceitáveis como nos indica Pestana e Gageiro (2008).

Um estudo realizado na China pelos investigadores (Lau, et al., 2012) que avalia 3160 estudantes depois do terramoto de Sichuan em 2008, com a CRIES 8 alcançou resultados de consistência interna a escala total de 0,85. Um outro estudo que aplicou a CRIES 13, levado a cabo por Smith, Perrin, Dyregrov e Yule (2002) com 2976, obteve um alfa total de 0,80. Estes valores mesmo sendo comparados com os alfas obtidos por nós quando seguindo uma escala 0,2,3,5, mesmo sendo um pouco inferiores aos nossos resultados são próximos, traduzindo-se num bom indicador na validação do nosso instrumento.

No que diz respeito à análise fatorial, esta foi apenas realizada em relação à CRIES 13 e revelou uma solução inicial a três fatores, correspondentes às três subescalas do instrumento, explicando 69% da variância total. Estes resultados alcançados revelaram-se bastante satisfatório quando comparados com um estudo de Smith, Perrin, Dyregrov e Yule em 2002, uma vez que também a análise fatorial revelou uma solução de três fatores correspondentes, tendo apenas explicada 49,3% da variância total.

O segundo objetivo, traduzia-se pela descrição da frequência de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos em contexto escolar e noutros contextos. No sentido de lhe dar resposta, foi construída e aplicada a LAGS-CJ, tendo-se obtido resultados muito interessantes. O facto de só se terem obtido quatro acontecimentos diferentes quando questionados aos participantes se para além destes eles incluíam mais algum acontecimento negativo que lhes tivesse acontecido, é um bom indicador em relação à construção do instrumento, indicado que os acontecimentos nela presente conseguem abranger uma grande variedade daquilo que realmente acontece na faixa etária onde foi aplicado.

Para avaliar os efeitos que esta exposição gera face à sintomatologia de stress traumático, foi feito um estudo acerca de que acontecimentos presentes na LAGS-CJ, produziam mais efeito na sintomatologia traumática, tendo sido expostos na secção dos resultados.

No entanto, uma questão que merece destaque é o facto de que alguns dos acontecimentos que foram descritos pelos participantes deste estudo como não tendo sido o pior acontecimento, nomeadamente: o acontecimento 5 *“Alguns dos teus pais teve que se ausentar por um longo período de tempo ou definitivamente?”*, o acontecimento 9 *“Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?”* e o acontecimento 12 *“Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto”*, foram alguns daqueles que revelaram ter mais efeito na sintomatologia traumática, demonstrando o carácter dissociativo subjacente à PPST como já referido anteriormente.

Conclusão

O presente trabalho debruçou-se na problemática dos acontecimentos negativos que ocorrem com crianças e jovens e no conseqüente desenvolvimento de sintomatologia traumática, que, no nosso entender, não tem tido o merecido relevo e sobre a qual poucos têm sido os estudos desenvolvidos, especialmente em Portugal.

A hipótese deste estudo era a de que jovens expostos a acontecimentos de vida marcantes negativos, têm mais possibilidades de desenvolver sintomatologia traumática. Sendo que, chegada a esta etapa final, podemos afirmar que esta se verificou, uma vez que crianças que foram expostas a determinados acontecimentos presentes na LAGS-CJ tiveram níveis significativos de sintomatologia traumática através da aplicação da CRIES.

O processo de validação para a população portuguesa, da escala CRIES apresentou na generalidade ótimas qualidades psicométricas, designadamente de validade e fidelidade. Apresentando bons índices de consistência interna quer para a CRIES 8 (alfa=0,9), quer para a CRIES 13 (alfa=0,915), e ainda uma análise fatorial para a CRIES 13 com solução inicial a três fatores como na escala original, explicando 69% da variância total, assim como ótimos valores de correlação entre os itens.

No decorrer da nossa investigação levantaram-se várias limitações, sendo elas: o facto da nossa amostra, não ser uma amostra clínica, sendo que por este motivo apenas nos propusemos analisar a presença de sintomatologia traumática em crianças que poderiam ter sido expostas a acontecimentos de vida traumáticos, o que também não nos permitiu ter motivos de comparação com estudos realizados com amostras clínicas; o reduzido tamanho da amostra, mas dado à faixa etária e ser necessário o processo de consentimento informado pelos pais muitos dos jovens não receberam autorização para participar; a escassez de estudos na literatura que nos permitam comparar os resultados obtidos, nem enriquecer o nosso estudo, nomeadamente na descrição e caracterização dos acontecimentos de vida negativos das crianças e jovens.

Para além das limitações, surgiram igualmente e naturalmente novos aspectos a rever, assim como a necessidade de se estudar outras variáveis, (por exemplo perceber a influência que algumas características sociodemográficas poderiam exercer, efetuando novas análises).

Apesar das limitações já mencionadas, considera-se importante a realização de mais estudos que utilizem que utilizem a LAGS-CJ no sentido de verificar a real capacidade do instrumento, novos estudos com amostras clínicas utilizando a CRIES que permitam discutir a questão da escala tipo Lickert de uma forma mais aprofundada, e ainda a sua aplicação em amostras clínicas mais amplas no sentido de se poder obter uma maior comparabilidade com outros estudos já efetuados noutros países.

Bibliografia

- Alberto, I. M. (2006). *Maltrato e Trauma na Infância* (2ª edição). Coimbra: Almedina.
- Albuquerque, A. d., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress Avaliação da taxa de ocorrência na população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 309-320.
- Bal, A. & Jensen, B. (2007). Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish child and adolescent trauma survivors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(7), 449-457.
- Brown, G.W., “Meaning, Measurement, and Stress of Life Events” in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1978.
- Campbell, M.A. (2004). School victims: An analysis of ‘my worst experience in school’ scale. *Performing Educational Research: Theories, Methods and Practices*. Flaxton, Australia: Post Pressed Flaxton.
- Cook-Cottone, C. (2004). Childhood posttraumatic stress disorder: diagnosis, treatment, and school reintegration. *School Psychology Review*, 33(1), 127-139.
- Costa, Vânia Aônia Duarte – *Sintomatologia de pós-stress traumático em menores expostos a violência interpaparental*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2007. Dissertação de Mestrado.
- Dohrenwend, B.S., “A Brief Historical Introduction to Research on Stressful Life Events” in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- Dyregrov, A. & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1-10.

Fridman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD Science and Practice*. New York: The Guilford Press.

Giannopoulou, I., Smith, P., Ecker, C., Strouthos, M., Dikaiakou, A. & Yule, W. (2006). Factor structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children exposed to earthquake. *Personality and Individual Differences*, 1027-1037.

Hawkins, S. S. & Radcliffe, J. (2006). Current Measures of PTSD for Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 420-430.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic*, 11, 213-218.

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale. *Psychosomatic Medicine*, 209-218.

Hyman, I. A., Zelikoff, W. & Clarke, J. (1988). Psychological and Physical Abuse in the Schools: A Paradigm for Understanding Post-traumatic Stress Disorder in Children and Youth. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 243-267.

Hyman, I. & Snook, P.A. (2000). Dangerous schools and what you can do about them. *Phi Delta Kappan*, 81, 488-501.

Lau, J., Yeung, N., Yu, X., Zhang, J., Mak, W., Lui, W., et al. (2012). Validation of the Chinese version of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) among Chinese adolescents in the aftermath of the Sichuan Earthquake in 2008. *Comprehensive psychiatry*, 83-90.

Linning, L. M. & Kearney, C. A. (2004). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A study of diagnostic comorbidity and child factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(10), 1087- 1101.

Maia, Â. C., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático e avaliação da resposta ao trauma.

Matos, M., Gouveia, J.P. & Martins. S. (2011). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psychologic: Avaliação em contexto clínico*. 54, 413-438.

Morais, A.M. & Neves, I.P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação*, 20 (2), 75-104.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais A completariedade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pynoos, R.S (1992). Transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 53-65.

Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and individual differences*, 315-322.

Smith, R. M. (1999). Dedicated to Health, Education, and Social Science. *Journal of outcome measurement* , 103-122.

Runyon, M. K., Faust, J. & Orvaschel, H. (2002). Differential symptom pattern of post-traumatic stress disorder (PTSD) in maltreated children with and without concurrent depression. *Child Abuse & Neglect*, 26, 39-53.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*, 148(1), 10-20.

Ximenes, L. F. (2011). Transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. O impacto da violência e de outros eventos adversos sobre escolares de um município do estado do Rio de Janeiro [Tese de doutoramento].

Ziegler, M. F., Greenwald, M. H., DeGuzman, M. A. & Simon, H. K. (2005). Posttraumatic stress responses in children: Awareness and practice among a sample of pediatric emergency care providers. *Pediatrics*, 115(5), 1261-1267.

Children and War Foundation. (2013). Disponível em <http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/>, [consultado em 10/02/2013].