



Universidades Lusíada

Rocha, Catarina Daniela Fernandes

Caraterísticas psicométricas da versão portuguesa da Escala de Índice de Reatividade da Perturbação de Stress Pós-Traumático da UCLA para crianças e adolescentes

<http://hdl.handle.net/11067/2701>

Metadados

Data de Publicação

2016

Resumo

O Stress Pós-Traumático é uma condição que está associada a níveis de prejuízo funcional e sofrimento clinicamente significativos. A reatividade é um indicador de grande interesse para a investigação e intervenção no stress pós-traumático. Apesar disso a existência de instrumentos de avaliação é muito limitada. O objetivo deste estudo foi avaliar as caraterísticas psicométricas da versão portuguesa da UCLA PTSD index para crianças e adolescentes. Participaram no estudo 652 crianças e adolescen...

The post traumatic stress is a condition that is associated to levels of functional damage and significative clinical suffering. The reactivity is an indicator of great interest to the investigation and intervention in the post traumatic stress. Despite this, the existence of instruments of avaliation is very limited. The purpose of this study was to evaluate the psychometrics characteristics of the portuguese version of the ucla ptsd index to children and teenagers. In this study participated 6...

Palavras Chave

Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica, Stress pós-traumático, Crianças, Adolescentes, Teste Psicológico : Escala Índice de Reatividade de PSPT para crianças e adolescentes

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:22:20Z com informação proveniente do Repositório

Agradecimentos

Este estudo empírico foi realizado com a força, o carinho e o apoio de algumas pessoas, das quais contribuíram diretamente para que pudesse desenvolver e concluir este estudo.

- À minha mãe por ser fundamental o seu apoio e incentivo, indispensável para a minha luta ao longo destes 5 anos, pela força, pelo amor que me transmitiu e me ajudou de forma imprescindível no caminho do sucesso.

- Ao meu melhor amigo Germano, companheiro de curso, apoio precioso ao longo do curso, espírito de cooperação e que foi o maior impulsionador para a concretização deste sonho.

- À mestre Ana Sousa, por todo o apoio, disponibilidade e atenção prestada.

- Ao Professor Doutor Paulo Moreira, a sabedoria, disponibilidade, empenho, profissionalismo e dedicação.

- À Professora Doutora Joana Oliveira, a disponibilidade, atenção e sabedoria partilhada.

Índice

Resumo	6
Abstract.....	7
1.Introdução.....	8
1.1 História da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT).....	8
1.2 Infância	12
1.3 Adolescência.....	12
1.4 Definição PSPT atualmente	14
1.5 Trauma e Stress.....	15
1.6 Reatividade das crianças e Adolescentes.....	18
1.7 Resistência	20
1.8 Fases da PSPT.....	23
1.9 Prevalência.....	23
1.10 Comorbilidade	25
1.11 Desenvolvimento - Evolução da PSPT.....	27
1.12 Fatores associados à PSPT.....	29
1.12.1 Fatores familiares e pares	32
1.12.2 Fator Idade	33
1.12.3 Fatores de risco	33
1.12.4 Risco de Suicídio	37
1.12.5 Fator Género	37
1.12.6 Fatores de proteção	38
1.12.7 Fatores Capacidade e Realização.....	39
1.13 Princípio da Equifinalidade	39
1.14 Princípio da Multifinalidade	39
1.15 Vulnerabilidade.....	40
1.16 Resiliência.....	41
1.17 Consequências funcionais da PSPT.....	42
1.18 Modelos explicativos da PSPT	69
1.19 Intervenção	72
1.20 Breve descrição da Escala de Índice de Reatividade de PSPT da UCLA para Crianças e Adolescentes	77
1.21 Objetivo e hipótese do estudo.....	79
2 Metodologia.....	80
2.1 Participantes.....	80

2.2 Instrumentos de avaliação:	81
2.2.1 Questionário de caracterização sociodemográfico	81
2.2.2 <i>Escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes (Elhai, Layne, Steinberg, Brymer; Briggs, Ostrowinski & Pynnos, 2013)</i>	82
2.3. Procedimentos:	82
2.3.1. Recolha de dados	82
2.3.2 Análise dos dados	83
3 Resultados.....	85
3.1. Análise fatorial confirmatória.....	85
3.2 Consistência interna.....	87
4. Discussão Resultados	88
5. Limitações e futuras investigações	93
6. Referências Bibliográficas.....	94

Índice de tabelas

Tabela 1. Fatores pré-traumáticos para PSPT com base no DSM 5.....	30
Tabela 2. Fatores peritraumáticos para a PSPT com base no DSM 5.....	31
Tabela 3. Fatores pós-traumáticos para a PSPT com base no DSM 5.....	31
Tabela 4. Fatores de risco conhecidos para desenvolvimento de PSPT.....	36
Tabela 5. Diferenças de critérios entre DSM- IV-Tr e dsm5 para a PSPT em crianças e adolescentes.....	43
Tabela 6. Critérios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Crianças com idade igual ou inferior a 6 anos.....	51
Tabela 7. Critérios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Adultos e Adolescentes..	56
Tabela 8. Diagnóstico Diferencial entre PSPT e outras perturbações adaptado do DSM 5.....	62
Tabela 9. Instrumentos de Avaliação de PSPT.....	67
Tabela 10. Modelos explicativos de crenças implícitas na mudança dos fatores psicológicos.....	71
Tabela 11. Abordagens Cognitivo-Comportamentais para a PSPT.....	73
Tabela 12. Estratégias de intervenção em PSPT.....	74
Tabela 13. Caracterização da amostra da versão Portuguesa da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes.....	81
Tabela 14. Caracterização da idade da amostra da versão Portuguesa da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes.....	81
Tabela 15. Análise Fatorial Confirmatória: Índices de ajustamento par a Escala de Índice de Reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes	85
Tabela 16. Consistência interna para a versão portuguesa por fator.....	87

Tabela 17. Consistência interna total para a versão portuguesa.....	87
Tabela 18. Comparação dos Índices de ajustamento para a versão portuguesa e para a versão Original da UCLA.....	89
Tabela 19. Comparação da consistência interna entre a Zâmbia, a UCLA e versão portuguesa.....	90
Tabela 20. Comparação dos resultados da versão portuguesa e da versão original por fatores.....	92

Índice de Figuras

Figura 1 Análise Fatorial Confirmatória do Modelo Multifatorial da Escala Índice de Reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes.....	86
---	----

Resumo

O Stress Pós-Traumático é uma condição que está associada a níveis de prejuízo funcional e sofrimento clinicamente significativos.

A reatividade é um indicador de grande interesse para a investigação e intervenção no stress pós-traumático. Apesar disso a existência de instrumentos de avaliação é muito limitada.

O objetivo deste estudo foi avaliar as características psicométricas da versão portuguesa da UCLA PTSD índice para crianças e adolescentes. Participaram no estudo 652 crianças e adolescentes que frequentavam as escolas do Norte e Centro de Portugal, da amostra portuguesa do Internacional Child Mental Health Study Group II (ICMH-SG II). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, com uma idade média de 16 anos e desvio padrão de 1,924. Os resultados demonstraram que o instrumento apresentou boas características psicométricas, sugerindo a sua adequação na avaliação do índice de reatividade das crianças e adolescentes com PTSD em Portugal.

Palavras-Chave: UCLA PTSD Index; Índice de reatividade de PSPT UCLA; Reatividade; crianças; adolescentes; versão portuguesa;

Abstract

The post traumatic stress is a condition that is associated to levels of functional damage and significative clinical suffering. The reactivity is an indicator of great interest to the investigation and intervention in the post traumatic stress. Despite this, the existence of instruments of avaliation is very limited. The purpose of this study was to evaluate the psychometrics characteristics of the portuguese version of the ucla ptsd index to children and teenagers. In this study participated 652 children and teenagers that attended the schools of the north and center of Portugal, from the portuguese sample of the international children mental study group II (ICMH-SG II). The participants aged from the 11 and the 18 years old,with an average age of 16 years old and standard deviation of 1,294. The results demonstrated that the instruments showed good psychometrics characteristics, suggesting its suitability in the avaliation of the reativity index of children and teenagers with PTSD in Portugal.

Key words: UCLA PTSD Index; Reativity of PTSD UCLA index; reativity; children; teenagers; portuguese version;

1.Introdução

1.1 História da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT)

Horowitz (2011) refere que Freud em 1937 verificou que os veteranos de guerra da 1ª Guerra Mundial apresentavam em torno das suas dificuldades duas características principais: a vivência repetida de experiências relacionadas com a guerra e a negação ou evitamento das experiências traumáticas.

Marcelli (2005) refere que Freud já utilizaria o termo de trauma e o definia como a vivência de uma experiência, que seria fonte de uma gigante excitação, que a resposta à mesma era de alguma forma descontrolada, e daí surgiriam as perturbações, aquilo a que ele chamava neurose. Essa neurose em crianças seria provocada pela sedução sexual exercida por um adulto sobre ela, sendo recalçada e refletida na idade adulta, refletindo-se perante um evento traumático. Com passar do tempo foi reformulando os pensamentos e passou a subdividir a neurose em 2 tipos: neurose traumática com origens externas e neurose infantil de origens internas.

Desde há muito tempo que se verificava a existência de mazelas Psicológicas e respostas de ansiedade, consequentes da exposição a um acontecimento traumático (Keane, Marshall & Taft, 2006).

Dumas (2011) refere que Philippe Pinel foi dos pesquisadores que contribuiu de forma mais significativa para que fosse aceite a existências de perturbações mentais distintas, pois foi pioneiro ao classificar as doenças mentais como tal e a dar um tratamento a estas pessoas, de forma a evitar os maus tratos que eram dados a pessoas com psicopatologia.

A Perturbação de Stress Pós-Traumático surgiu primeiramente referenciada através das queixas dos combatentes de guerra, advindos principalmente da segunda guerra mundial, com queixas de intrusão de pensamentos, dificuldades em dormir

qualitativamente, devido aos sonhos com as experiências que vivenciaram, direta e indiretamente. Após este período de guerra, inquiriram crianças inglesas com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos, em que 8% delas, apresentavam sintomatologia associada, como terrores noturnos, medo relacionado com a guerra, reatividade psicofisiológica, quando expostos a estímulos que lhes reavivassem memórias relacionadas com a guerra, e evitamento desses estímulos entre outros relacionados, comportamentos agressivos e dificuldades de concentração. Com base nas diferentes guerras, tiveram em consideração todas estas queixas que acabaram por se repercutir no DSM I em 1952, tendo-se denominado como “reação vulgar de stress”. No DSM II em 1968, falou-se em “distúrbio situacional transitório” (Pires, 2003).

O DSM-II ainda era demasiado limitado quanto à psicopatologia da criança e do adolescente, focavam-se na psicopatologia do adulto, e só abordava cerca de duas perturbações para a infância com reflexo psicanalítico, que não era bem visto pela maioria dos pesquisadores (Dumas, 2011).

Surge como “Desordem de stress pós-traumático” em 1980 no DSM-III (APA, 1980) muito embora já fosse associada a problemas de trauma e choque psicológico, estaria também relacionada com diversas situações com denominações distintas e dispersas, como choque nervoso, neurose traumática, neurose de ansiedade, neurose de susto. A partir deste momento, o trauma passou a ser considerado como fator de risco predominante a ter em conta, para a instabilidade psíquica de qualquer sujeito, aglomerando-se assim os vários termos associados à perturbação, constituindo-a. Este reconhecimento e denominação foram muito importantes para a progressão e estudo da perturbação, mas também para eventuais intervenções/tratamentos a esse nível. Então a Perturbação de Stress Pós-Traumático começa a ser estudada e compreendida por volta dos anos 70 e 80 nos Estados Unidos, a partir das queixas dos combatentes, que tinham

participado na I e II Guerra mundial, por isso surgiu o impulso para interesse e compreensão das consequências da guerra. Depois da sua integração no DSM-III, os critérios e sintomas inerentes foram sendo ajustados e remodelados nos DSMs seguintes (Garcia & Silva, 2015; Maia & Fernandes, 2003; Kaminer, Seedat, & Stein, 2005; Marshall & Taft, 2006). Foi então no DSM-III que existiu de fato uma revolução ao nível da taxonomia das perturbações, em que deixou de se fazer um julgamento clínico, passando a fazer-se observações detalhadas e focadas no comportamento das crianças em diferentes contextos (Dumas, 2011).

As reações fisiológicas começaram a tornar-se demasiado evidentes, começou a não haver dúvidas, e a perceber-se que os sintomas psicológicos estariam na origem das reações fisiológicas. As queixas prendiam-se com recordações que aconteciam sistematicamente e de forma espontânea, e estariam relacionadas com as experiências traumáticas da guerra, e também com outras experiências (Roberts & Brasel, 2010).

A mudança do termo de “desordem pós-traumático” para “Perturbação de Stress Pós-traumático”, surge no o DSM III, em 1980 depois de reconhecida, com a nomenclatura psiquiátrica, e aceite pela comunidade científica (Caballo& Simón, 2001).

Na Revisão do DSM-III-r (APA, 1987) acontecimentos de vida comuns, como por exemplo a morte de alguém próximo, ou problemas familiares, ou doenças, não eram considerados fatores de risco para potencial desenvolvimento de PSPT, enquanto que no DSM-III era um fator determinante.

Apenas no DSM-III-Tr e posteriormente no DSM-IV, foi dada de forma considerável atenção à utilidade do diagnóstico para crianças em idade escolar e adolescentes (Pynnos, Steinberg, Layne, Briggs, Ostrowski & Fairbank, 2009).

No DSM-IV (APA, 1994) a Perturbação de Stress Pós Traumático era caracterizada e descrita como uma perturbação provocada por experiência pessoal direta

a um acontecimento em que existisse, morte ou ameaça de morte, ou ferimentos graves, ou outras ameaças à integridade física; ou testemunhar, observar, indiretamente algum acontecimento em que pudesse existir morte violenta, ou inesperada, ferimentos graves ou ameaças de morte, ou ferimentos graves vividos por familiares ou amigos, em que a pessoa manifestasse como resposta à experiência: medo intenso, sentimentos de incapacidade de obter ajuda ou horror.

A PSPT era uma perturbação de ansiedade caracterizada essencialmente por 3 categorias de sintomas: de reexperiência, de evitamento, e ativação aumentada (APA, 1994).

No DSM-IV-Tr APA (2000) a Perturbação de Stress Pós-Traumático, estaria inquestionavelmente ligada a acontecimentos traumáticos causados pela guerra. Esta Perturbação foi classificada como perturbação de ansiedade, em que está mais uma vez relacionada com a exposição direta ou indireta a uma experiência traumática, qualquer acontecimento que ameace, ponha em causa a sua vida ou a vida de familiares e/ou amigos, e que possa causar ferimentos, em que resposta ao acontecimento seja, com medo intenso, incapacidade para conseguir ajuda, ou sentir horror, provocando respostas desagradáveis em que existe uma dinâmica involuntária entre respostas orgânicas e psicológicas. Neste manual, a PSPT foi também desdobrada em 3 dimensões de sintomas: A reexperiência, o evitamento e a ativação aumentada, quer no que respeita à intensidade dos sintomas físicos, quer a nível da intensidade dos sintomas psicológicos (APA, 2000).

Até aqui, a definição da Perturbação de Stress Pós Traumático era pouco clara para crianças e adolescentes, porque era tida em conta quase exclusivamente nos adultos, não apresentava critérios para acontecimentos e experiências traumáticas em crianças e adolescentes, os escritos como os DSM não abarcavam critérios e

características para as crianças e adolescentes, pensava-se que as experiências de stress pós traumático estariam condicionadas aos adultos, em experiências como violação, agressão física e guerra, por isso desconsideravam as hipóteses de que as crianças e adolescentes pudessem sofrer de PSPT (Dutra, Schiavan & Oliveira, 2013).

No entanto, os estudos vieram a confirmar que, situações de vida desagradáveis, em crianças e adolescentes, apresentam também evidência de sintomas equiparáveis aos sintomas despoletados pela guerra (Viola, Kluwe-Schiavon; Renner & Grassi-Oliveira 2010).

1.2 Infância

Foi apenas no séc. XIX que as crianças deixaram de ser consideradas como adultos em tamanho reduzido. Até esta altura eram tratadas sem qualquer especificidade, e sem terem em conta as diferenças individuais e particulares do período de desenvolvimento em que se encontravam, sem qualquer sensibilidade para aspetos sociais, cognitivos, afetivos, e comportamentais inculcando-lhes responsabilidades, e partindo do princípio que já deveriam ter certas competências. A partir desta altura, começam a interessar-se por compreender as crianças e a olhá-las de forma diferente, com necessidades especiais, a ter em conta os seus limites e necessidades, embora muito focados e baseados nos adultos (Dumas, 2011).

1.3 Adolescência

A adolescência é caracterizada por ser a fase da vida de transição que em que ocorrem grande parte das mudanças normativas físicas quer psicológicas, é o momento em que alteram os seus comportamentos e o seu estatuto no seu meio, existindo uma transição para a idade adulta. Emergem mudanças psicológicas, ao nível da maturação e da perceção, e o adolescente por influência destas, interpreta de forma diferente as suas

experiências, existindo também uma organização precipitada pela adolescência, advinda destas alterações, cognitivas, hormonais e neurofisiológicas (Ribeiro, s/d).

Costa (s/d) acrescenta que é uma fase em que se desenvolvem outras capacidades e competências como, a autoproteção, autoconsciência, assimilação das regras sociais e também ao nível da autonomia e tomada de decisão. É de facto uma fase muito importante para a estrutura psicológica, para a organização psicológica, significação e interpretação das experiências pessoais. Este período é fundamental para a formação do autoconceito, em que os fracassos e os sucessos, os fatores individuais, interpessoais e sociais são muito significativos nas mudanças do seu autoconceito. A sua autoavaliação, a avaliação dos outros, e a respetiva interação interpessoal é também relevante para a construção da sua identidade.

A vulnerabilidade na adolescência é determinada pela avaliação dos outros sobre si próprio, e desta forma a sua autoestima dependerá desta avaliação, influenciando diretamente na forma como lida com as suas experiências de forma coerente, quanto maior a sua autoestima, maior o autoconceito, melhor inter-relacionamento, e maior a capacidade em lidar com os acontecimentos, assim proporcionando mais confiança e segurança.

Campos (1990) segue a mesma lógica de pensamento e diz que todo este processo ocorre de forma natural e espontânea, sendo esta evolução relevante na construção da identidade do adolescente. Esta fase faz com que o jovem aproveite a cumulatividade das suas experiências, integrando-as e utilizando-as para projetar o seu futuro com autonomia, e corresponder às expectativas Psicossociais, que se definem por um processo evolutivo contínuo de mudanças internas e externas.

Esta fase serve de alicerce da vida adulta, sendo um período normalmente delicado e de grande vulnerabilidade.

1.4 Definição PSPT atualmente

A PSPT é caracterizada por uma história de exposição a um trauma e pela presença de três tipos de sintomas: revivência da experiência traumática, evitamento e embotamento afetivo e hipervigilância (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

Eventos que qualquer pessoa experiênciava como sendo potencialmente traumáticos, de forma direta, ou por observação e testemunho de outros, ou até porque soube que alguém sofreu um determinado trauma, que envolva medo intenso, impotência de pedir ajuda, ou momentos de horror, tais como por exemplo: catástrofes naturais (tremor de terra, incêndio, inundação) Catástrofes humanas (terrorismo, acidentes de viação, assaltos, ameaças com armas, guerra, violência sexual, sequestro, ou morte espontânea e inesperada de alguém próximo, amigo ou familiar (Brunnet, Silva, Guimarães & Pizzinato, 2014; Garcia & Silva, 2015; Marcelli, 2005; Mevisse, Barnoorn, Didden, Korzilius & Jongh, 2014) resumindo-se basicamente ao fato de um indivíduo ser exposto a uma situação ou acontecimento traumático (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Caballo & Simón, (2001) são da opinião que a PSPT, requer um acontecimento provocador do trauma, um estímulo stressante e traumático, caracterizando o trauma como resultante de uma experiência adversa incomum, que tendo em conta a sua intensidade e natureza, pode refletir-se em medo, terror e desamparo, destacando-se por situações geralmente imprevisíveis e incontroláveis, estando assim de acordo com os autores acima referidos.

Pynnos 14 tal, (2009) descreve com base na literatura que, a PSPT é uma perturbação psiquiátrica grave entre crianças e adolescentes, refere que a aflição, duração, problemas comportamentais associados, potenciais perturbações e prejuízos funcionais, são importantes para se chegar ao diagnóstico.

Em Portugal, é ainda uma perturbação com interesse recente, e só à poucos anos tem tido alguma atenção, e sendo associado e denominado ao “Stress de Guerra” (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

O DSM 5 (APA, 2013) é o manual mais recentemente lançado, apresenta alterações significativas, deixando a PSPT de se classificar como uma Perturbação de Ansiedade, de quase exclusividade em adultos, e classifica-se numa nova categoria, Perturbações relacionadas com Trauma e Fatores de Stress, tendo acrescentado critérios essenciais para diagnóstico de crianças e adolescentes.

De acordo com a caracterização do DSM 5 (APA, 2013) descreve a PSPT como, exposição direta como vítima acontecimentos ameaçadores, em que ponha em causa a sua integridade física, ou exposição indireta, por observação/testemunho de familiares ou amigos expostos a acontecimentos traumáticos ou ameaçadores, que podem pôr em causa a integridade física destes também, proporcionando medo intenso, incapacidade para conseguir ajuda, e sentir horror. Podendo estes acontecimentos envolver morte, ferimentos e agressões. Além destas, apresenta 3 agrupamentos de sintomas, de reexperiência, sintomas de evitamento, e sintomas de ativação/excitação, em que os sintomas prevalecem num período de tempo superior a um mês (Garcia & Silva, 2015; Marcelino & Gonçalves, 2012).

É possível que grande parte das pessoas já tenham experienciado diversos eventos perturbadores, no entanto, é expectável que depois do episódio as pessoas se reestabeleçam, e se ajustem de forma a estabilizar os níveis emocionais, caso contrário existe probabilidade de virem a sofrer de PSPT (Marcelino & Gonçalves, 2012).

1.5 Trauma e Stress

Não faria sentido abordar a PSPT sem lembrar de uma breve descrição da definição de trauma. Tendo por base o dicionário da Língua Portuguesa (2016) no que

respeita os conceitos inerentes à PSPT, trauma deriva do grego e significa ferimento, e segundo o mesmo é também descrito como, um acontecimento emocionalmente doloroso, que pode trazer reincidência e sensibilidade em situações idênticas.

Segundo Laplanche & Pontalis (1990) um trauma é um acontecimento da vida da pessoa que fica definida pela sua intensidade, pela incapacidade de responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.

O trauma pode definir-se como um acontecimento que está para além da experiência cotidiana, sendo doloroso praticamente para toda a gente. As primeiras descrições sobre este acontecimento em crianças indicavam que após uma situação traumática a reação destas eram relativamente leves e transitórias, portanto não eram objeto de atenção (Wicks-Nelson & Israel, 1997). Assim, antes de 1991, a perturbação de stress pós-traumático era um problema de saúde que havia passado despercebido em crianças e adolescentes, no entanto, foram aparecendo estudos relatando reações mais graves e duradouras (Caballo & Simón, 2001).

O DSM-IV (APA,1994) faz referência ao trauma como sendo, “uma experiência pessoal direta, com um acontecimento que envolva morte, ou ameaça de morte, ferimento grave, ou outro tipo de ameaça física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou não esperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo. A resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda, ou horror (DSM-IV, APA 1994).

A partir do momento em que se define trauma, pode-se concluir que, os acontecimentos inerentes à perturbação de stress pós-traumático, acontecem devido a

fatores externos, que saem fora do domínio pessoal, é algo imprevisível e que pode implicar no entanto, ferimentos ou morte (Maia & Fernandes, 2003).

As crianças com PSPT ficam numa luta constante de aproximação-evitamento dos estímulos que as fazem recordar o acontecimento traumático. Sendo que, as crianças mais velhas, embora possam ser pressionadas para falarem sobre o trauma, têm dificuldades em verbalizar. Por sua vez, as crianças mais novas mesmo que evitem as conversas relacionadas com o trauma, frequentemente envolvem-se em atividades lúdicas, tais como, o desenhar ou jogos de faz-de-conta, nas quais reencenam de forma repetitiva o evento traumático (Carr, 2014).

O stress é um tema que está muito longe de ser recente e de ser um fenómeno novo, é tão antigo quanto a humanidade, estando intrinsecamente ligado à sobrevivência da espécie, que envolve processos de adaptação e à interação com o meio (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

O Stress é um termo Inglês, que abrange um grupo de perturbações físicas e psicológicas, provocadas por diversos fatores, provocam tensão, pressão, e impedem o decorrer normal de uma tarefa (Dicionário da Língua Portuguesa, 2016).

O termo stress deriva do latim strictus, que significa aperto, constrição. Esta relacionado com a interação (consciente e voluntária) infinita de estímulos universais, da interação e da complexidade inerente ao meio, pelas formas diversas como é percecionado pelas diferentes pessoas, pela forma como se reage, pelo padrão fisiológico (involuntário) de respostas aos estímulos (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

Moreira& Melo (2005) em que a opinião dele, é que o stress surge como resultado da interação entre fatores, e que devido a tensão, pode modificar a estabilidade e equilíbrio de um individuo, quer a nível físico quer psicológico. Considera dois tipos de stress, o físico que diz respeito ao que é direto ao físico (ex.: Frio) e o stress

psicológico, que se refere a stressores que desafiam o nosso bem-estar, pela forma como percebemos a situação. Resultado destas alterações, é a resposta de stress que podemos dar, quando somos desafiados, principalmente quando há perigo inerente.

O stress caracteriza-se por ser uma resposta física e/ou psicológica dada como reação, a uma eventual situação de ameaça, seja ela física ou psicológica, envolvendo fatores externos e internos. Entende-se que é um processo complexo de respostas psicofisiológicas, que se manifestam muitas vezes pela intensidade do stress, por via de sintomas e consequentemente, através de doenças (que se desenvolvem através do ambiente, de mudanças, disposição, crenças e também postura) (Dumas, 2011). Para Marcelli (2005) é também “*uma reação física e psíquica*” ao stress, sendo uma resposta e uma programação genética excessiva, da qual fluiria uma patologia em consequência da sobreprodução dessas substâncias específicas (por exemplo a adrenalina).

O stress resulta como resposta, em sistemas de reações psicofisiológicas, com impacto na vida de qualquer pessoa, podendo até culminar em doenças, é tóxico e influencia o estilo de vida e hábitos de comportamento (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

1.6 Reatividade das crianças e Adolescentes

Face aos acontecimentos traumáticos a que as crianças e adolescentes são expostos, podem ocorrer reações (Marcelli, 2005). As reações são respostas normais ao stress e não devem ser motivo de preocupação. A intensidade e a duração deste tipo de respostas, é que devem ser tidas em conta (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

Carr (2014) que é necessário considerar para a gravidade dos sintomas da PSPT, fatores como a reação inicial extrema ao trauma, acontecimentos de vida stressantes posteriores ao trauma, e também a ausência de níveis adequados de suporte parental ou escolar no período após o evento traumático.

As crianças e adolescentes podem responder com diversos tipos de reação, deve ter-se em conta o tipo de evento traumático (Heinrichs, 2012). Uma das reações frequentes é o estado de stress agudo, que se caracteriza pela agitação da criança e desorganizado da criança, ou o oposto, uma postura mais “apática”, estática, atenção forçada, ansiedade, dificuldade em dormir, pesadelos, atitude também agitada ou de isolamento, nos dias seguintes ao acontecimento traumático até cerca de 4 semanas (Marcelli, 2005).

Nem todas as crianças e adolescentes experimentam o mesmo padrão e intensidade dos sintomas, as reações podem variar na duração e flutuação ao longo do tempo (Wicks-Nelson & Israel, 1997) algumas podem sentir por exemplo stress agudo (imediate ao trauma) podendo ser transitório, ou persistir sob a forma de stress pós-traumático (Marcelli, 2005).

Foram observadas crianças com stress pós-traumático a partir de desastres naturais ou causados pelo ser humano, tais como, ataques violentos, queimaduras graves, acidentes fatais e por presenciar um assassinato ou a violação de um ente querido (Caballo & Simón, 2001).

Existem uma série de fatores que podem influenciar as reações das crianças e adolescentes, por exemplo, as diferenças individuais vulneráveis que existia antes do acontecimento traumático. A maioria das crianças e adolescentes têm pensamentos recorrentes e intrusivos sobre o acontecimento traumático, manifestando com frequência e intensidade medos específicos (Wicks-Nelson & Israel, 1997).

As reações também podem ser de evitamento dos estímulos, e hiperativação. Estes estímulos temidos podem ser externos ou internos. No caso dos estímulos externos, podem envolver pessoas, objetos, lugares que possam fazer com que a criança ou adolescente se recorde do trauma. No caso dos internos, são neste caso, o medo, a

ansiedade sentida pelo próprio, as memórias, pensamentos, imagens, emoções, pesadelos. Existe uma enorme luta intrapsíquica para evitar reavivar o trauma, e a intrusão de todos estes estímulos que causam mal-estar, (por exemplo, as crianças que não querem dormir, para não sonharem com o acontecimento traumático, mantendo-se em vigília, outras que não querem dormir sozinhas) (Carr, 2014).

Também são frequentes problemas relacionados com o sono, ansiedade de separação e uma sensação de vulnerabilidade (Caballo & Simón, 2001).

A perturbação do sono é muito comum, particularmente nas primeiras semanas, particularmente pesadelos e medo do escuro, bem como acordar durante a noite (Yule, 1999).

Nos adolescentes o trauma pode interferir com os seus planos de estudo futuros e a sua carreira profissional. Outros sintomas que foram encontrados são: um estado de ânimo deprimido, a perda de interesse por atividades que anteriormente lhe davam prazer, irritabilidade e ataques de agressividade. Podem apresentar também sintomas físicos como dor abdominal, de cabeça e outros sintomas específicos de ativação (Caballo & Simón, 2001).

1.7 Resistência

Segundo Freud, aceder e recordar os materiais reprimidos, é uma das tarefas mais importantes e difíceis do analista, porque se existir demasiada resistência, o paciente recusa-se a reconhecer o material reprimido, mesmo sendo o analista a verbalizar durante a sessão, ou seja, o paciente só está em condições de melhorar quando supera a sua resistência interior e aceita a análise, ou seja, favorecendo a mudança e dando abertura àquele mecanismo de defesa, promovendo também flexibilidade (Marx & Hillix, 2012). Este mecanismo de defesa, surge espontaneamente,

é um processo natural que acontece no sentido de se proteger contra a angústia, ansiedade, as mudanças, e de sobrevivência (Ribeiro, 2007).

A resistência também é vista como uma característica psicológica positiva da saúde mental, face a fatores genéricos de risco. A maneira como a criança e o adolescente reage ao stress vai determinar a sua resistência às tensões da vida adulta (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

Segundo Brehm & Brehm (1981) diz-nos que a resistência espelha um aspeto da personalidade que se traduz numa reação, numa resposta a determinada situação, que pode por em causa a autonomia, a liberdade de um sujeito, relativamente ao seu próprio poder pessoal e à forma como se auto percebe, se auto controla e se auto regula. Este tipo de resposta pode ser dado em forma de hostilidade e agressividade nas suas relações interpessoais, em que pode ser considerada um exagero de auto percepção. Além dos comportamentos observáveis poderem traduzir-se em hostilidade e agressividade, podem também refletir-se sob forma de confrontação e oposição a uma figura de autoridade.

Moreira et al, (2005) a confrontação, a oposição contínua é uma característica pessoal aceite como tal á pouco tempo. O individuo opõe-se aos outros, estando sempre do contra, como se estivessem a atentar à sua liberdade, aparenta uma enorme sensibilidade e dificuldade em lidar com as opiniões ou sugestões dos outros, porque as vê como ameaças ao seu controlo pessoal.

Os estudos relacionados com a resistência de pacientes em psicoterapia, referem que há uma tendência superior, de indivíduos reativos, serem mais resistentes às regras sociais, que se generalizam aos diversos contextos, do que os menos resistentes (Sousa, 2014).

Moreira et al, (2005) também é da mesma opinião, e refere que os pacientes mais resistentes, põe em causa o processo terapêutico devido à contrariedade do paciente em ceder ao que lhe é pedido, tornando-se tensos, não relaxarem, pois não querem perder o controlo e face a esta postura, o prognóstico terapêutico é de menor eficácia. No entanto, existem dois tipos de resistentes, os que estão sempre do contra (por oposição) e não colaboram, e os submissos, que aceitam passivamente o que os outros dizem com baixos níveis de resistência.

No seguimento da opinião de Moreira & Melo (2005) as tentativas de persuasão podem também ser interpretadas e sentidas como uma ameaça pessoal, e desta forma provocar reatividade. Então a resistência pode ser vista como um estado de motivação intermitente, em resposta a determinadas situações, sentidas como uma forma de ameaça.

Os adolescentes quando se sentem ameaçados, estando em processo dinâmico de desenvolvimento e de construção da identidade, seja pelos pares, pelos pais ou até por outros, vão apresentar resistência psicológica (até pelo desafio) (Langhout, 2005).

Steinberg & Monahan (2007) defendem que nos adolescentes com idades compreendidas entre os 14-18 anos, a resistência aumenta, tendo em conta que é um período de desenvolvimento em que se manifestam defendendo os seus valores, resistindo à pressão e opinião dos colegas na tentativa de os persuadir.

Ora, concluo que com base nas leituras acima referenciadas, que a resistência é vista com alguma ambiguidade, pois para alguns autores é uma forma se manifestar certos comportamentos de oposição, caracterizando a resistência como traço inato da personalidade, para outros é uma forma de evitar e se proteger de algum mal-estar relacionado com fatores essencialmente internos, que demonstram inflexibilidade para a mudança.

1.8 Fases da PSPT

Segundo Monteiro (2014) são da opinião que a PSPT passa principalmente por duas fases, fase aguda se os sintomas prevalecerem de 1-3 meses, ou crónica, se os sintomas durarem mais de 3 meses, logo a PSPT pode surgir quase após o evento traumático, ou de forma tardia.

1.9 Prevalência

Os acontecimentos de vida potencialmente traumáticos acontecem a cerca de 90% da população em geral, estima-se que 8% - 9% possam vir a desenvolver PSPT (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreki, 1998).

Sbardelloto (2012) menciona que 60% a 90% já viveu alguma espécie de trauma ou acontecimentos stressantes, o haverá possibilidade de vir a sofrer.

Frasquilho & Guerreiro (2009) dizem que segundo Albuquerque e colaboradores, a taxa de exposição a acontecimentos traumáticos na população Portuguesa é de 75%, em que 29,3% assistiram a morte violenta de um familiar ou amigo, 22,7%, a roubo ou assalto, 22,2% acidente grave ou morte, e 7,4% foram expostos a situações de guerra.

Segundo Martin et al (2013) 80% dos adolescentes que frequentem a escola já experienciaram direta ou indiretamente um potencial acontecimento traumático, sendo que a violência comunitária a mais comum, 63% (violência na rua, com vizinhos e na escola); roubo ou assalto a um familiar 35%; com ameaça à integridade física ou morte 33%. Refere que no estudo de Ensink et al, 95% dos adolescentes tinham sido expostos a acontecimentos traumáticos indiretamente e 56% indiretamente.

Ainda no decorrer do raciocínio da violência, segundo Moreira & Melo (2005) quando se trata de violência pessoal, existe um impacto muito maior, mais significativo, que qualquer desastre.

Até ao momento não há qualquer estudo que demonstre concretamente a prevalência de stress pós-traumático entre crianças na população geral. No entanto nos Estados Unidos da América, estima que 40% dos alunos no ensino secundário, já tenham vivenciado alguma forma de trauma, em que cerca de 3 a 4% sofram de PSPT (Kamminer, Seedat & Stein, 2005).

Também nos EUA, referem que um dos traumas mais prevalentes entre as crianças e jovens é o da violência, no seio do lar (violência doméstica) na comunidade em geral e também na escola, em que parece acontecer mais frequentemente com rapazes, abrangendo uma prevalência que varia entre os 20% e os 50% (Martin, Revington & Seedat, 2013). Já Heinrichs (2012) refere uma percentagem de 60%, que desenvolve PTSD quando expostas a maus tratos, e 25% - 30% das crianças em geral expostas a algum tipo de evento traumático.

As crianças em relação aos adultos, quando expostos a acontecimentos traumáticos, apresentam menos sintomatologia, em que 50% não apresenta nenhuma perturbação, 20% apresenta sintomas de ansiedade moderada e severa e 30%, refere sintomatologia depressiva (Moreira & Melo, 2005).

Monteiro (2014) acredita que 1 em cada 4 crianças experiênciam um acontecimento traumático com impacto significativo, antes de chegar à idade adulta. Além disso, que apesar das crianças e adolescentes demonstrarem ser resilientes aos acontecimentos traumáticos, cerca de 30% é suscetível de desenvolver uma perturbação que perdure no tempo.

A estimativa fiável da prevalência de PSPT em crianças e adolescentes, é extremamente difícil valorar, particularmente a partir de dados recolhidos antes da operacionalização de PSPT no DSM. Além disso, há grande variabilidade nas estimativas de prevalência, dependendo da idade da criança, o tempo decorrido desde o trauma, métodos de avaliação utilizados, e a versão do DSM em que foi estabelecida (Yule, 1999).

Monteiro (2014) apresenta uma prevalência geral em crianças e adolescentes (9,2%) em que defende que a PSPT é mais suscetível do género feminino, nas raparigas é 2 vezes mais frequente, do que nos rapazes.

Segundo o DSM 5, os adolescentes e crianças principalmente em idade pré-escolar apresentam uma prevalência menor aquando expostas a um acontecimento grave, e em comparação com os adultos, esta perturbação prevalece de forma superior em adultos mais velhos. A PTSD é mais prevalente no género feminino do que no masculino (APA,2013).

1.10 Comorbilidade

Existem algumas relações entre a PSPT e outras perturbações:

Parece existir maior probabilidade e suscetibilidade de desenvolver depressão, abuso de substâncias, agorafobia, ansiedade de separação, ansiedade generalizada, estas perturbações parecem ser as mais frequentes em crianças que sofram de PSPT (Pires, 2003).

Anúnciação (2010) refere que 80% das pessoas com PSPT, apresentavam problemas de ansiedade, depressão, abuso de substâncias, problemas cognitivos, de saúde, e das relações interpessoais, em que também tinham queixas físicas diretamente relacionadas com o trauma.

Brunnet et al, (2014) reafirmaram a existência de comorbilidade da PSPT com a perturbação depressiva major (45,5%).

Martin et al, (2013) sugere que há propensão associada a sintomas resultantes da exposição traumática, referindo que esses sintomas se refletem ao nível cognitivo, emocional e comportamental, com sintomas de inquietação, depressão, mau aproveitamento escolar, comportamentos de consumo de álcool e drogas, comportamentos agressivos e de risco, no que diz respeito à vida sexual.

Yule (1999) apresenta algumas das potenciais perturbações, e alterações prováveis de acontecerem em simultâneo ou em sequência do desenvolvimento da PSPT: A perturbação do sono é muito comum, particularmente nas primeiras semanas, as crianças tem pesadelos e medo do escuro, bem como podem acordar durante a noite; Dificuldades de separação, é frequente, mesmo entre adolescentes. Nos primeiros dias, no caso das crianças, não querem afastar-se dos pais e preferem dormir na cama deles; muitas crianças com PSPT ficam muito mais irritadas e com sintomas raiva aumentados, tanto com os pais como com os pares. Existem casos de mudanças cognitivas depois do trauma, tais como, dificuldades de concentração e problemas de memória, especialmente na escola; aprenderam que a vida é muito frágil, o que pode levar a uma perda de interesse no futuro, ou seja, sentem que devem viver cada dia ao máximo e não planear o futuro; alguns desenvolvem medos associados com aspetos específicos das suas experiências. Além destas, Heinrichs (2012) acrescenta como perturbações comorbidas e ou consequentes do evento traumático: a Fobia específica, perturbação de ansiedade generalizada, e também a perturbação oposicional desafiante e a Depressão.

Cerca de 75% das crianças/adolescentes, apresentam concomitâncias entre PSPT e outras perturbações ao longo da vida. Com Perturbação Depressiva 37% - 48%; abuso

de álcool em adolescentes e perturbação do comportamento (mais em crianças) (Monteiro, 2014)

Os adolescentes reportam significativamente altas taxas de depressão, tendo pensamentos suicidas e consumindo drogas após um ano do acontecimento. Um número significativo após o evento traumático torna-se ansioso, e o aparecimento dos ataques de pânico acontecem muito depois (Yule, 1999).

Segundo o DSM 5 (APA, 2013) refere que nas crianças e adolescentes existe a probabilidade de existir comorbilidade com pelo menos outra perturbação, sendo que as mais comuns são a Perturbação Oposicional Desafiante, Perturbação de Ansiedade de Separação, e uma concomitância significativa com Perturbação Neurocognitiva Major, com alguma sobreposição dos sintomas entre as perturbações.

1.11 Desenvolvimento - Evolução da PSPT

A Perturbação de Stress Pós-Traumático, é uma das perturbações que despertam mais inquietação e curiosidade, nas crianças e adolescentes (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012).

No entanto, a PSPT pode surgir de um acontecimento isolado, ou se um stressor repetitivo, prejudicando o funcionamento da criança/adolescente de forma significativa, manifestando-se de forma negativa ao nível físico, afetivo, cognitivo, comportamental e relacional (Monteiro, 2014).

Os sintomas da Perturbação de Stress Pós-Traumático, por norma ocorrem nos 3 meses logo após a exposição ao evento, embora possa não acontecer, manter-se “adormecidos” e até despoletarem anos depois, o que significa que pode ter acontecido na infância, e mais tarde, manifestar-se na idade adulta (Freitas, Passos & Fontenelle, 2011).

Pynnos et al, (2009) defende que uma memória de uma experiência traumática pode evocar respostas emocionais negativas, e conseqüentemente provocar reatividade extrema, anos depois da vivência do acontecimento.

A intensidade dos sintomas na vida adulta pode ser influenciada pela vivência ou não, de experiência traumática na infância, pois se passar pelo trauma na infância e este apenas se avivar na vida adulta, os sintomas tendem a ser mais severos do que se o trauma ocorrer apenas na fase adulta (Hagenaars, Fisch & Minnem, 2011).

A evolução e prognóstico dependem de 3 fatores: fatores hereditários; natureza do trauma e recuperação do ambiente. A idade, gênero, a existência de comorbidade, apoio social e familiar, natureza do trauma, conseqüências do trauma, vulnerabilidade (temperamento e fatores genéticos) e funcionamento pré mórbido são também fatores importantes a ter em conta, pois são preditores de PSPT (Monteiro, 2014).

A PSPT pode de fato acontecer em qualquer altura a partir do primeiro ano de idade, e os sintomas costumam manifestar-se logo nos primeiros 3 meses, mas pode acontecer aparecerem após meses ou até anos após o evento. A PSPT pode apresentar sintomas que cumpram os critérios para a Perturbação Aguda de Stress. Para as crianças pequenas os sintomas e queixas podem apresentar-se com manifestações de sonhos que causam mal-estar, em que pode não se conseguir decifrar exatamente o conteúdo e relação potencial com o acontecimento traumático; podem apresentar reexperiência do acontecimento traumático, apresentando variações comportamentais e emocionais, (medo durante a exposição) por via de brincadeiras que estejam direta ou indiretamente relacionadas com o evento; podem demonstrar evitamento e apresentar e preocuparem-se com lembranças; podem apresentar limitações na expressão de pensamentos e sentimentos, alterações cognitivas e de humor (APA, 2013).

As crianças com PSPT ficam numa luta constante de aproximação-evitamento dos estímulos que as fazem recordar o acontecimento traumático. Sendo que, as crianças mais velhas, embora possam ser pressionadas para falarem sobre o trauma, têm dificuldades em verbalizar. Por sua vez, as crianças mais novas mesmo que evitem as conversas relacionadas com o trauma, frequentemente envolvem-se em atividades lúdicas, tais como, o desenhar ou jogos de faz-de-conta, nas quais reencenam de forma repetitiva o evento traumático (Carr, 2014).

Nos adolescentes podem desenvolver crenças negativas a seu respeito, como se deixassem de os desejar socialmente, comportamentos agressivos, relacionamento interpessoal diminuído, decaimento do desempenho escolar, imprudência comportamental. Se os sintomas prevalecerem até à idade adulta os sintomas de Hipervigilância, evitamento, humor e cognições negativas, podem ser menos expressados (APA, 2013).

1.12 Fatores associados à PSPT

A saúde mental é um recurso importante para o bem-estar, para aprendizagem, para a performance, para as boas relações interpessoais e para o desenvolvimento geral das sociedades (Frasquilho & Guerreiro, 2009). Deste modo, a saúde mental é dinâmica e processual, depende de múltiplos fatores. Segundo o DSM 5 (APA, 2013) existem 3 tipos de fatores importantes a considerar:

Tabela 1

Fatores pré-traumáticos para PSPT com base no DSM 5

Fatores pré-traumáticos

Temperamentais: incluem problemas emocionais durante a infância, por volta dos 6 anos, (por exemplo, exposição traumática, problemas de ansiedade ou de exteriorização) ou perturbações mentais prévias (por exemplo, perturbação de pânico, perturbação depressiva, ou perturbação obsessivo-compulsiva).

Ambientais: incluem baixo estatuto socioeconómico; baixo nível educacional; exposição prévia a traumas (especialmente durante a infância); adversidades na infância; (por exemplo, dificuldades económicas, famílias disfuncionais, separação dos pais, morte); características culturais (por exemplo, estratégias de coping baseadas no fatalismo ou culpabilidade); baixa inteligência; minoria racial/estatuto étnico; uma família com história psiquiátrica. O apoio social prévio ao acontecimento traumático é protetor.

Genéticos e fisiológicos: incluem o género feminino e a idade mais precoce no momento da exposição traumática (em adultos). Certos genótipos podem ser protetores ou aumentar o risco de PTSD após a exposição a acontecimentos traumáticos.

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.) (p.332). Washington, DC: Author.

Tabela 2

Fatores peritraumáticos para a PSPT com base no DSM 5

Fatores Peritraumáticos

Ambientais: incluem a gravidade (dose) do trauma (quanto maior a magnitude de um trauma, maior a probabilidade de PTSD) ameaça de vida percebida, lesão do próprio, violência interpessoal (particularmente os traumas perpetrados por um cuidador ou envolvendo uma ameaça testemunhada a um cuidador) e para os militares, ser um perpetrador, testemunhar atrocidades ou matar o inimigo. Finalmente, é um fator de risco a dissociação que ocorre durante o trauma e que depois deste persiste.

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). (p.332). Washington, DC: Author

Tabela 3

Fatores pós-traumáticos para a PSPT com base no DSM 5

Fatores pós-traumáticos

Temperamentais: incluem apreciações negativas, estratégias de coping desadequadas e o desenvolvimento de perturbação aguda de stress.

Ambientais: incluem a exposição subsequente a lembranças perturbadoras repetidas, eventos de vida adversos subsequentes a perdas financeiras ou outras perdas relacionadas com o trauma. O apoio social (incluindo, para crianças, estabilidade familiar) é um fator protetor que melhora o prognóstico.

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). (p.332). Washington, DC: Author

Os múltiplos contextos em que as adversidades da nossa vida acontecem, podem ser bastante subjetivos, pois, a situação eminente de um acontecimento se tornar

traumático para uma pessoa, pode ser irrelevante, e não ter significado nenhum para outra, além disso, um mesmo fator, seja ele de risco ou de proteção pode contribuir de forma negativa ou positiva para pessoas diferentes (Anaut, 2005).

Após o acontecimento traumático, os estímulos temidos e evitados pelas crianças e adolescentes podem ser internos e externos. No que se refere aos estímulos externos, estes podem incluir pessoas, lugares, objetos e situações que façam recordar do trauma. Os principais estímulos internos incluem as memórias, pensamentos, imagens e emoções, que aparecem de forma intrusiva e repetitiva, durante o período de vigília, pesadelos relacionados com o trauma (Dumas, 2011 & Carr, 2014).

Os dados científicos segundo Dumas (2011) são consensuais pois demonstram que *“não existe um fator que por si só, explique o porquê de certos jovens desenvolverem problemas de saúde mental”*. A explicação para a psicopatologia neste caso envolve explicações complexas, e não uma única explicação.

1.12.1 Fatores familiares e pares

As crianças muitas vezes não querem perturbar os adultos, por isso acham muito difícil falar com os pais ou o seu grupo de pares. Muitas vezes, os adultos não estão cientes de toda extensão de sofrimento dos filhos. Uma análise preliminar de casos consecutivos avaliados com a perturbação de stress pós-traumático, uma especialista infantil descobriu quando a mãe e as crianças estavam envolvidas no mesmo acidente de viação, essas crianças eram menos afetadas do que os casos em que as crianças não foram acompanhadas pela sua mãe no momento do acidente (Yule, 1999).

A natureza do acontecimento traumático, assim como o timing e a qualidade do mesmo, e as respostas familiares e da sociedade, parecem determinar tanto as consequências como as estratégias de coping das crianças (Moreira et al, 2005).

A combinação de fatores, genéticos e ambientais em interação com as experiências, contribuem para alterações biológicas, neste caso face a uma ameaça, as respostas que são dadas são de stress (Gillespie, Phifer, Bradley & Ressler, 2009).

1.12.2 Fator Idade

No estudo de Pynoos e colaboradores (1993) sobre o terramoto arménio, a idade não foi saliente na reação de índices de stress. Assim, pode-se argumentar que a idade de desenvolvimento, no sentido de compreensão cognitiva poderia agir de maneiras diferentes - as crianças mais jovens podem não apreciar plenamente os perigos que enfrentam e por isso podem ser protegidos de fortes reações emocionais. Isso implicaria que as crianças mais brilhantes teriam um risco aumentado, e isto não parece ser o caso na adolescência (Yule, 1999).

A idade que ocorre os eventos traumáticos é um fator-chave, porque o stress tem um impacto maior sobre o desenvolvimento numa criança pequena, do que numa de idade superior (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

1.12.3 Fatores de risco

Segundo Moreira (2001 e 2005) os fatores de risco são aqueles que podem proporcionar determinada condição, em função de um atributo ou característica individual, aumentando a suscetibilidade de um sujeito vir a ter algum desajuste funcional. No entanto, o conceito de fator de risco continua a ser estudado.

Os fatores de risco referem-se ao aumento da probabilidade de início, aumento da gravidade ou maior duração de um problema de saúde ou doença (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

Se os próprios pais sofrerem de stress pós-traumático grave, não são capazes de proporcionar uma atmosfera de apoio e comunicação, as reações dos filhos podem ser mais graves (Wicks-Nelson & Israel, 1997).

O contexto em que as crianças e adolescentes “amadurecem” é de enorme relevância, e para além da importância das relações, é também muito importante ter em conta outros fatores.

Monteiro (2014) é da mesma opinião em relação aos adolescentes, os eventos mais frequentes em adolescentes, estão relacionados com a violência intrafamiliar.

Uma criança ou adolescente, pode ser indiretamente influenciada pelo grau parental existente, se o pai, a mãe ou até um irmão sofrer de PSPT, considera-se que estes são fatores de risco para potencial desenvolvimento de PSPT na criança ou adolescente em causa (Kaminer, Seedat & Stein, 2005.)

Carr (2014) diz que quando os pais vivenciaram o mesmo acontecimento traumático, que os filhos, os sintomas das crianças podem perdurar mais tempo, principalmente se os pais vivenciarem sintomatologia a longo prazo de PSPT.

Martin, Revington & Seedat (2013) são da opinião que, o nível socioeconómico e escolar baixo é um dos fatores de risco, por exemplo associados ao risco aumentado de suscetibilidade de violência doméstica.

Dumas (2011) refere que não são os fatores de risco a causa direta de se sofrer de psicopatologia, mas tornam maior a suscetibilidade e a probabilidade de poder vir a sofrer de alguma patologia mental. Por exemplo, beber álcool e o excesso de velocidade, são considerados fatores de risco, podem promover maior suscetibilidade de vir a ter um acidente.

Não podemos deixar de salientar a importância da interação entre os fatores de origem genética e ambiental, pois estes fatores são importantes para compreendermos o

facto de nem todas as crianças e adolescentes manifestarem comportamentos e reações desajustadas, quando confrontadas com a potencial experiência traumática, sendo estes fatores deveras importantes na dinâmica, funcionamento neurobiológico e dos respetivos mecanismos, que estão relacionados com a vulnerabilidade e a resiliência (Gillespie, Phifer, Bradley, & Ressler, 2009).

Segundo Maia (2004) os comportamentos de risco, estão relacionados com a experiência traumática, pois defende que quanto mais comportamentos existirem desfavoráveis à saúde, maior a probabilidade de desenvolver PSPT.

Kaminer et al, (2005) diz-nos que, mais do que preocuparem-se com as respostas desajustadas da criança ou adolescente, dadas como reações comportamentais ao evento traumático, é tão ou mais importante, fazer-se uma avaliação dessas reações e através delas perceber, quais os fatores de risco associados ao desenvolvimento da perturbação, e desta forma conseguir-se prever o desenvolvimento possível de perturbações.

Quanto maior a exposição a fatores de risco, e menor exposição a fatores de proteção, maior a probabilidade de desenvolver uma perturbação. As perturbações psicopatológicas desenvolvem-se em resultado, não causas diretas de fatores de risco, mas sim do acumular dos fatores de risco (Dumas, 2011).

Tabela 4

Fatores de risco conhecidos para desenvolvimento de PSPT

Tipo de trauma	Rapto; Tortura; Situação de guerra; espancamento; morte súbita de um familiar ou amigo; desastres naturais.
Gravidade do trauma	A proximidade (é diferente observar na TV um ato terrorista do que presenciá-lo no local) e o grau de lesão física. Quando existe uma perda de consciência no momento, ou necessidade de mais que 3 meses de assistência médica o risco é muito maior.
Fatores de desenvolvimento	História familiar de doença psiquiátrica, separação precoce dos pais, pais divorciados ou separados, problemas de comportamento antes dos 15 anos e dificuldades económicas na fase da infância, todos estes fatores foram associados a fatores de risco.
Reações emocionais graves durante o trauma	Maior probabilidade de PSPT foi observada quando a reação durante o trauma é caracterizada por dissociação ou sintomas de pânico. A dissociação pode-se manifestar como, despersonalização (“não estar em si”) desrealização (“como se estivesse noutro mundo”) ou amnésia psicogénica (não me lembro do que fiz”). Os sintomas de pânico podem incluir, sensação de morte iminente, de perda de controlo, de enlouquecer ou sensações corporais (palpitações, suores, tremores, etc.).
(Más) estratégias de coping	Estratégias cognitivas de reação ao trauma como raiva, vergonha, dão prognóstico negativo para o desenvolvimento de PSPT.
Reações dos outros	Dificuldades de comunicação interpessoais ou sentir a falta de apoio da comunidade, também foram negativamente associados.

Adaptado de Frasquilho, M. A. & Guerreiro, D. (2009). *Stress, Depressão e*

Suicídio: Gestão de problemas de saúde em meio escolar (p.106). Lisboa. Coisas de

Ler.

1.12.4 Risco de Suicídio

Quando os acontecimentos traumáticos ocorrem na infância, como o abuso na infância, existe maior suscetibilidade de existir ideação suicida e provável concretização. O fato de os acontecimentos traumáticos como o abuso na infância, acontecerem precisamente nessa fase desenvolvimental, já por si só se torna um fator de relevo a ter em conta, até como fator de risco, para além de ser também uma consequência (APA, 2013).

1.12.5 Fator Género

Alguns dos fatores de maior suscetibilidade de precipitar PSPT, está relacionado com o fato de se ser do género feminino; de se ter sido exposto previamente a um ou vários estímulos traumáticos; da história pessoal e familiar associado a patologia mental, ausência de apoio familiar e social, e abuso de álcool. Fatores genéticos influenciam a forma como reagem à exposição ao evento traumático, em cerca de 20-30% (Monteiro, 2014).

Verificou-se que as raparigas têm uma pontuação mais elevada do que os rapazes nas medidas de autorrelato de reações de ansiedade, depressão e stress pós-traumático. Há apenas algumas exceções inexplicáveis para esse padrão de resultados e, como sempre, está longe de ser claro se estas são culturalmente ou biologicamente diferenças determinadas (Yule, 1999).

A PTSD é mais prevalente no género feminino, e os períodos de experimentação desta perturbação é mais longo que no género masculino, sendo que existe uma maior probabilidade de exposição a um acontecimento traumático (violação, e outros tipos de violência interpessoal) (APA, 2013).

1.12.6 Fatores de proteção

Para Richman & Fraser (2001) os fatores de proteção caracterizam-se por atributos pessoais que proporcionam ao sujeito, formas de contrariar e se ajustar positivamente, face às adversidades proporcionadas pelos fatores de risco.

Os fatores protetores referem-se a todas as condições que melhoram a saúde diminuindo a doença, a sua severidade ou duração e a resistência aos fatores de risco (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

Para Madsen & Abell (2010) os fatores de proteção são fatores que, quando nos encontramos perante as adversidades, nos habilitam a lidar com as mesmas, de forma a evitar e ultrapassar de alguma forma, as respostas negativas que pudessem provir dessas adversidades.

Os fatores de proteção, são aqueles que são favoráveis, e nos protegem de situações delicadas e ou/traumáticas neste caso, servem para atenuar o impacto de determinados acontecimentos, e para amortecer o impacto provocado pelos fatores de risco, sendo fatores que podem ajudar a inibir essa mesma condição (Moreira, 2001).

Nesta lógica de raciocínio, Monteiro (2014) apresenta como fatores protetores a família desde que seja, segura, estável, coesa e que proporcione ambiente seguro e equilibrado.

As elevadas capacidades e competências para a resolução de problemas consideram-se fatores protetores (Carr, 2014).

Se andarmos de carro podemos ter um acidente, mesmo que haja sinalização e até andemos a baixa velocidade, no entanto se usarmos o cinto de segurança estamos mais protegidos, e a gravidade pode ser menor. (Dumas, 2011).

No entanto, Monteiro (2014) diz que o conhecimento associado aos fatores protetores influentes ao potencial desenvolvimento da PSPT, ainda é muito escasso.

1.12.7 Fatores Capacidade e Realização

Em geral, maior capacidade é visto como um fator de proteção contra o desenvolvimento de psicopatologia. Existe muitos exemplos de casos individuais de crianças que desistem da escola pelos efeitos que acontecem após os traumas em momentos cruciais de desenvolvimento, e há também quem apresente sinais que, em geral, a realização acadêmica decai temporariamente após um grande trauma (Yule, 1999).

1.13 Principio da Equifinalidade

O principio da equifinalidade é importante na interpretação da variedade dos vários percursos que cada um pode seguir, em que pode levar ao mesmo resultado ou situação, ou diferentes trajetórias desenvolvimentais podem culminar num resultado semelhante. Neste caso, pode-se exemplificar dizendo que diferentes crianças ou adolescentes podem sofrer de stress pós-traumático de forma idêntica, tendo passado por situações traumáticas completamente diferentes (Bertalanffy, 1968, cit in Moreira & Melo, 2010)

1.14 Principio da Multifinalidade

O principio da Multifinalidade postula que um acontecimento (um fator) pode levar diferentes pessoas a diferentes resultados, por exemplo a morte de um familiar comum a duas crianças, pode potenciar sintomatologia de PSPT numa das crianças e na outra não (Wilden, 1980, cit in Moreira & Melo, 2005).

Entende-se que existe uma relação entre fatores de risco, fatores de proteção, resiliência e vulnerabilidade. A realidade é construída de forma interativa, abrangendo os contextos, o desenvolvimento individual, o próprio sistema de organização interna ao

sujeito, envolvendo e integrando continuamente dimensões biológicas, emocionais, cognitivas, sociais, motivacionais, e o contexto. As dinâmicas entre estes sistemas interrelacionam-se e integram-se podendo resultar desta dinâmica comportamentos adaptativos ou desadaptativos, influenciando assim, o funcionamento do indivíduo (Moreira e & Melo, 2005).

1.15 Vulnerabilidade

Quando se fala de crianças, Moreira & Melo (2005) refere que o fato de uma criança ter um comportamento que difere dos pares, é considerada mal ajustada, no entanto pode ou não, projetar no futuro algum tipo de perturbação ou padrão (des)ajustado, não sendo este (des)ajuste totalmente preditivo do seu funcionamento posterior.

A vulnerabilidade é também proporcionada por fatores e mecanismos neurobiológicos e cognitivos (Coelho, Silva & Sousa, 2015).

O acontecimento em si, acaba por ser menos relevante, em relação à importância dos mecanismos e processamento cognitivo do evento traumático, pois a interpretação, cognitiva do acontecimento é que torna determinante para potencial despoletar, manter e agravar dos sintomas consequentes do evento (Sbardelloto, Schaefer, Lobo, Caminha & Kristensen, 2012).

O que é intrínseco à infância é que a maior ou menor vulnerabilidade está diretamente dependente do apoio socio afetivo que a criança recebe, principalmente dos pais (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

Desta forma, Heinrichs (2012) é da opinião que, as crianças vítimas de acontecimentos traumáticos em geral, ficam mais vulneráveis e podem vir a sofrer de outros traumas, e de outras perturbações consequentes desse(s) evento(s) traumático(s).

A PSPT tem um profundo impacto no rendimento acadêmico da criança. A existência de dificuldades psicológicas anteriores e de múltiplos problemas familiares são fatores predisponentes de vulnerabilidade (Carr, 2014).

1.16 Resiliência

O conceito de resiliência é ainda hoje bastante discutido, ainda não existe um consenso científico, gerando enormes controvérsias entre os autores.

Anaut (2005) descreve a resiliência referenciando ser um termo associado á elasticidade, á capacidade que um individuo pode ter, após ter passado por adversidades, ser capaz de se ajustar novamente, ultrapassando as adversidades sem sofrer alterações no seu equilíbrio psicológico.

Filipe & Simões (2013) são da opinião que a resiliência para uns é vista como um traço individual e para outros é um processo complexo de características dinâmicas. Para estes autores quer os fatores de risco quer de proteção, devem ser tidos em conta, assim como os contextos múltiplos associados.

Outros autores parecem estar relativamente de acordo com as opiniões acima referidas. Conceptualizam a resiliência como sendo também a capacidade de um individuo se ajustar e adaptar ao meio, confrontando e experienciando situações menos agradáveis, que o torna psicologicamente e estruturalmente mais forte e capaz, para reagir e interagir, com perspectivas de evolução, aquisição de competências e habilidades, conseguindo recuperar, ultrapassar experiências negativas e traumáticas de forma a manter o seu funcionamento normal. Tendo em conta a exposição às adversidades, como os fatores de risco, a resiliência tem por base da superação, os fatores de proteção muito relacionados com a mesma (Soares, 2000, cit in Moreira & Melo, 2005) por isso, pessoas com respostas ajustadas de forma a neutralizar a

sintomatologia, face ao acontecimento traumático, dificilmente desenvolve patologias de stresse crónico, mantem o seu funcionamento normal e o bem-estar.

Rutter (2012) discorda, afirmando que a resiliência não dever ser tida em conta como um atributo individual de uma pessoa, mas sim como um processo.

As controvérsias que parecem existir, surgem também por isso, nem todas as pessoas expostas a situações adversas, demonstram desenvolver qualquer tipo de desajuste. (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

Experiências indesejáveis podem suscitar consequências desejáveis (Moreira et al, 2005).

A resiliência apresentaria duas variantes, uma de que era aprendida (nata) e outra de que era intrínseca ao sujeito (inata) no entanto é vista como sendo a capacidade em lidar com momentos de stress, caracterizando-se também por um conjunto dinâmico de processos inter e intrapessoais, social, do temperamento, do género do ambiente, e do contexto (Coelho et al, 2015).

1.17 Consequências funcionais da PSPT

As consequências associadas ao prejuízo funcional da PTSD são evidentes, provocam elevado nível de incapacidade social, ocupacional, física, educacional, inter-relacional e familiar, mas também requer alguns gastos económicos para suportar despesas médicas necessárias e inerentes à perturbação (APA, 2013).

Tabela 5

Diferenças de critérios entre DSM- IV-Tr e dsm5 para a PSPT em crianças e adolescentes

Alterações do DSM-IV-Tr para o DSM 5		
DSM-IV-Tr	DSM-5 - Critérios para Adultos, Adolescentes e crianças com mais de 6 anos	DSM-5 - Critérios para crianças com idade inferior a 6 anos
<p>Classificação Perturbação de ansiedade (DSM-IV-Tr);</p> <p>Crítérios de Diagnóstico Crítério A:. Explica a forma como a pessoa viveu o evento traumático (Stressor). 2 sintomas: 1) Experienciou, testemunhou ou foi confrontado com o evento traumático e; 2) Medo intenso, impotência ou horror</p>	<p>Perturbações relacionadas com Trauma e Fatores de Stress</p> <p>Crítério A: Explica a forma como a pessoa viveu o evento traumático. 1 ou mais sintomas: 1) Inclusão de: Agressão sexual / agressão grave, para além da morte real ou ameaça; 2) testemunhar / tomar conhecimento de eventos stressantes com familiares, amigos próximos, ou outras pessoas, - Crítério A2: Eliminado do DSM 5 (História de exposição a um evento traumático em que se atenda a determinações específicas (a exigência de medo, impotência ou horror). - Inclusão de 2 novos critérios 3) Tomar conhecimento de que os eventos traumáticos ocorreram a familiares ou amigos próximos; 4) Exposição repetida ou extrema a pormenores aversivos do acontecimento traumático.</p>	<p>Perturbações relacionadas com Trauma e Fatores de Stress</p> <p>Crítério A: Explica a forma como a pessoa viveu o evento traumático. 1 ou mais sintomas: 1) Inclusão de: Agressão sexual / agressão grave, para além da morte real ou ameaça; 2) Testemunhar, pessoalmente, acontecimentos que ocorreram a outras pessoas, especialmente com cuidadores primários; 3) Tomar conhecimento de que eventos traumáticos ocorreram aos pais ou outras figuras cuidadoras.</p>

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author

Adaptado de American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed. ver.). Washington, DC: Author

Tabela 5

Diferenças de critérios entre DSM- IV-Tr e dsm5 para a PSPT em crianças e adolescentes (continuação)

Alterações do DSM-IV-Tr para o DSM 5		
DSM-IV-Tr	DSM-5 - Critérios para Adultos, Adolescentes e crianças com mais de 6 anos	DSM-5 - Critérios para crianças com idade inferior a 6 anos
<p>Critério B: Reexperiência 1)lembranças perturbadoras e intrusivas recorrentes; 2)sonhos perturbadores; 3)Reações dissociativas(flashbacks); 4)mau estar psicológico intenso; 5)reatividade fisiológica a estímulos internos ou externos que se assemelhem ao acontecimento traumático;</p>	<p>Critério B: Reexperiência 1)Memórias intrusivas (angustiantes ou não, apenas representativas) espontâneas e recorrentes ou involuntárias, pesadelos repetidos com ou sem conteúdo do trauma; - Aceitação das brincadeiras de reencenação como forma de reexperiência do trauma (jogos repetitivos, agitação motora, com ou sem conteúdos associados ao trauma); 2)= 3)somando que as reações podem ser contínuas, podendo perder a consciência do ambiente envolvente 4)= 5)=</p>	<p>Critério B: Reexperiência - A reatividade fisiológica é tida em conta relativamente à experiência; 1)= 2)= 3) somando que as reações podem ser contínuas, podendo perder a consciência do ambiente envolvente. Tal representação do trauma pode ocorrer durante as brincadeiras. 4)= 5)Reações fisiológicas intensas durante a exposição à lembrança dos acontecimentos traumáticos.</p>

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author

Adaptado de American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed. ver.). Washington, DC: Author

Tabela 5

Diferenças de critérios entre DSM- IV-Tr e dsm5 para a PSPT em crianças e adolescentes (continuação)

Alterações do DSM-IV-Tr para o DSM 5		
DSM-IV-Tr	DSM-5 - Critérios para Adultos, Adolescentes e crianças com mais de 6 anos	DSM-5 - Critérios para crianças com idade inferior a 6 anos
<p>Critério C: Evitamento e Reatividade 3 ou mais sintomas: 1) esforços para evitar pensamentos, sentimentos 2) esforços para evitar atividades, locais ou pessoas 3) incapacidade para recordar um aspecto importante do trauma 4) interesse marcadamente diminuído 5) sentimento de desprendimento / estranhamento 6) afeto restrito 7) sentir se desligado ou estranho</p>	<p>Critério C: Evitamento - Sintomas de esquiva, perda de habilidades desenvolvimentais pré-adquiridas ao evento traumático evitamento de tudo o que lhes faça lembrar o evento, conversas, lugares, pessoas...; - No DSM 5, o critério C e D respetivos ao DSM-IV-Tr encontram-se separados. 1 ou 2 sintomas: 1) Evitar memórias pensamentos ou emoções 2) Evitar estímulos externos (lugares, pessoas, conversas...)</p>	<p>Critério C: Evitamento, alterações cognitivas e humor 1 ou mais sintomas: Evitamento Persistente a estímulos 1) Evitar atividades, locais ou lembranças físicas que ativem as recordações; 2) Evitar pessoas, conversas ou situações interpessoais que ativem recordações dos acontecimentos traumáticos; Alterações negativas das cognições: 3) > da frequência dos estados emocionais negativos (medo, culpa, tristeza, vergonha, confusão); 4) < significativa do interesse, em participar em atividades, inibição de brincar; 5) Comportamento de inibição social; 6) < expressão de emoções positivas.</p>

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author

Adaptado de American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed. ver.). Washington, DC: Author

Tabela 5

Diferenças de critérios entre DSM- IV-Tr e dsm5 para a PSPT em crianças e adolescentes(continuação)

Alterações do DSM-IV-Tr para o DSM 5		
DSM-IV-Tr	DSM-5 - Critérios para Adultos, Adolescentes e crianças com mais de 6 anos	DSM-5 - Critérios para crianças com idade inferior a 6 anos
<p>Critério D: Aumento da excitação persistente 2 ou mais sintomas: 1) dificuldade em manter o sono 2) irritabilidade / explosões de raiva 3) dificuldades de concentração 4) Hipervigilância 5) resposta de alarme exagerada</p>	<p>Critério D: Alterações negativas cognitivas e de Humor 2 ou mais sintomas: - Inclusão de distorções cognitivas e alterações de humor, associadas ao evento traumático, maior frequência dos estados emocionais negativos: medo culpa, tristeza, vergonha, confusão; interesse e participação diminuídos, também em jogos, comportamentos socialmente retirados; redução persistente na expressão das emoções positivas. 1) incapacidade de recordar as principais características do trauma 2) crenças negativas e expectativas sobre si e sobre o mundo 3) sentimentos de culpa e cognições distorcidas... 4) emoções negativas persistentes, relacionadas com o trauma 5) interesse diminuído 6) sentimento de desligado, e estranheza em relação aos outros; 7) alterações do afeto (incapacidade de experimentar sentimentos bons *Mantém os sintomas de entorpecimento e inclui novos sintomas, como estados emocionais negativos persistentes.</p>	<p>Critério D: Ativação e reatividade 2 ou mais sintomas: 1) Irritabilidade/Explosões de raiva (incluindo birras extremas); 2) Hipervigilância; 3) Resposta de sobressalto exagerada 4) Dificuldades de concentração; 5) Perturbação do sono (adormecer, manter ou agitação).</p>

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author

Adaptado de American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed. ver.). Washington, DC: Author

Tabela 5

Diferenças de critérios entre DSM- IV-Tr e dsm5 para a PSPT em crianças e adolescentes(continuação)

Alterações do DSM-IV-Tr para o DSM 5		
DSM-IV-Tr	DSM-5 - Critérios para Adultos, Adolescentes e crianças com mais de 6 anos	DSM-5 - Critérios para crianças com idade inferior a 6 anos
<p>Critério E: Duração - Duração dos sintomas (B, C, D e E) superior a um mês.</p>	<p>Critério E: Ativação / Excitabilidade 2 ou mais sintomas: - Hipervigilância, problemas de concentração e do sono, passaram do critério D para o E como sintomas de ativação e reatividade. * Mantém os sintomas de excitabilidade aumentada e inclui novos sintomas, como comportamento irritável ou agressivo e comportamento indiferente ou autodestrutivo. 1) Irritabilidade/Explosões de raiva 2) comportamento imprudente ou autodestrutivo 3) Hipervigilância 4) Resposta de sobressalto exagerada; 5) Dificuldades de concentração 6) Perturbação do sono (adormecer, manter ou agitação).</p>	<p>Critério E: Duração - A duração da perturbação é superior a um mês.</p>
<p>Critério F - A Perturbação causa mau estar clinicamente significativo ou deficiências do funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.</p>	<p>Critério F: Duração - Duração dos sintomas (B, C, D e E) superior a um mês. (DSM-IV-Tr correspondia ao Critério E.</p>	<p>Critério F: A perturbação causa mau estar clinicamente significativo ou défices nas relações com os pais, irmãos, pares ou outros cuidadores ou no comportamento escolar.</p>

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author

Adaptado de American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed. ver.). Washington, DC: Author

Tabela 5

Diferenças de critérios entre DSM- IV-Tr e dsm5 para a PSPT em crianças e adolescentes(continuação)

Alterações do DSM-IV-Tr para o DSM 5		
DSM-IV-Tr	DSM-5 - Critérios para Adultos, Adolescentes e crianças com mais de 6 anos	DSM-5 - Critérios para crianças com idade inferior a 6 anos
<p>Critério G - Novo critério (crianças com menos de 6 anos) relacionado como sofrimento clinicamente significativo, prejuízo inter-relacional, com pais, amigos, cuidadores ou outros... (Critério F no DSM-IV-Tr) - A perturbação não está relacionada com o consumo de substâncias e respetivos efeitos consequentes (Adolescentes)</p>	<p>Critério G: A Perturbação causa mau estar clinicamente significativo ou deficiências do funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.</p>	<p>Critério G (=)</p>
	<p>Critério H: A perturbação não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância, ou outra condição médica</p>	<p>Não existe</p>

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author

Adaptado de American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed. ver.). Washington, DC: Author

Tabela 5

Diferenças de critérios entre DSM- IV-Tr e dsm5 para a PSPT em crianças e adolescentes(continuação)

Alterações do DSM-IV-Tr para o DSM 5		
DSM-IV-Tr	DSM-5 - Critérios para Adultos, Adolescentes e crianças com mais de 6 anos	DSM-5 - Critérios para crianças com idade inferior a 6 anos
<p>Especificações: 3 tipos de especificações quanto ao aparecimento dos sintomas: aguda se < 3 meses; crónica se => 3 meses; com início dilatado se => 6 meses). o mundo é percebido como irreal / distorcido</p>	<p>Especificações novas no DSM-5: - Despersonalização: sensação de desprendimento de si, como se fosse um observador externo de si próprio; - Desrealização: sensação de irrealidade, em que o mundo é sentido como irreal, distante ou distorcido. - Com início tardio (=). - A adição de PTSD com sintomas dissociativos proeminentes (experiências de descolamento de si próprio, ou experiências nas quais parecem irrealis, onírico ou distorcidas)</p>	<p>Especificações: Com sintomas dissociativos: 1 dos seguintes sintomas: 1) Despersonalização (=); 2) Desrealização (=). Com início tardio (=).</p>

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author

Adaptado de American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed. ver.). Washington, DC: Author

Os critérios do DSM-IV-Tr (APA, 2000) apresentavam insensibilidade aos sintomas para diagnosticar PSPT em crianças jovens. Na transição do DSM-IV-Tr para o DSM 5, desenvolveram uma subcategoria de PTSD para crianças pré-escolares, sendo importante salientar que reduziram o critério C (evitação) e D (humor negativo e cognições) de pelo menos três sintomas para pelo menos um sintoma. Estas alterações foram salientadas por Mevissen, Barnhoorn, Didden, Korzilius & Jongh (2014), em que de alguma maneira acusa o DSM-IV de ser insensível, atribuindo valor significativo às alterações no novo manual.

Tabela 6

Crêterios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Crianças com idade igual ou inferior a 6 anos:

Crêterios de Diagnóstico A

- A. Em crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, a exposi o a ameaça de morte ou morte real, ferimento grave ou violência sexual em 1 (ou mais) das seguintes formas:
1. Exposi o direta a acontecimento(s) traumáticos.
 2. Testemunhar, pessoalmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas, especialmente cuidadores primários.
Nota. Testemunhar não inclui acontecimentos testemunhados apenas através dos média eletr nicos, televisão, filmes ou imagens.
 3. Tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu(ram) aos pais ou a outra figura cuidadora.
-

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Tabela 6

Critérios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Crianças com idade igual ou inferior a 6 anos (continuação)

Critérios de Diagnóstico B

- B. Presença de 1 (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s):
1. Lembranças do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes.
 2. Sonhos recorrentes geradores de mal-estar nos quais o conteúdo e/ou emoções do sonho estão relacionadas com o(s) acontecimento(s) traumático(s).
Nota. Pode não ser possível relacionar o conteúdo assustador ao acontecimento traumático.
 3. Reações dissociativas (por exemplo, flashbacks) nas quais a criança sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estive(m) a ocorrer novamente. (Tais reações podem ocorrer num contínuo, sendo que a expressão mais extrema é a perda completa de consciência do ambiente envolvente). Tal representação específica do trauma pode ocorrer durante as brincadeiras.
 4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).
 5. Reações fisiológicas intensas durante a exposição à lembrança do(s) acontecimento(s) traumático(s).

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Tabela 6

Crêterios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Crianças com idade igual / inferior a 6 anos (Continua o)

Crêterios de Diagnóstico C
<p>C. Devem estar presentes, com início ou agravamento após o(s) acontecimento(s) um (ou mais) dos seguintes sintomas que representam o evitamento persistente de estímulos associados ao(s) acontecimento(s) traumáticos(s) ou a altera�es negativas em cogni�es e humor associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s).</p> <p>Evitamento Persistente de Estímulos</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evitamento ou esforço para evitar atividades, locais ou lembranças físicas que ativem as recorda�es do(s) acontecimento(s) traumático(s).2. Evitamento ou esforço para evitar pessoas, conversas ou situa�es interpessoais que ativem as recorda�es do(s) acontecimento(s) traumático(s). <p>Altera�es negativas nas Cogni�es</p> <ol style="list-style-type: none">3. Aumento significativo da frequência de estados emocionais negativos (por exemplo, medo, culpa, tristeza, vergonha, confusão).4. Diminui�o significativa de interesse ou participa�o em atividades significativas, incluindo inibi�o em brincar.5. Comportamento de inibi�o social.6. Diminui�o persistente da expressão de emo�es positivas.

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Tabela 6

Crêterios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Crianças com idade igual / inferior a 6 anos (Continua o)

Crêterios de Diagn�sticoD
D. Altera�es na ativa�o e reatividade associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s) como � evidenciado por 2 (ou mais) dos seguintes: <ol style="list-style-type: none">1. Comportamento irritável e acessos de raiva (com a mínima ou nenhuma aprova�o) expressos tipicamente como agressividade física ou verbal para com as pessoas ou objetos (incluindo birras extremas).2. Hipervigilância.3. Resposta de sobressalto exagerada.4. Dificuldades de concentra�o.5. Perturba�o do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono ou sono agitado).

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Tabela 6

Critérios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Crianças com idade igual / inferior a 6 anos (Continuação)

Critérios de Diagnóstico E, F e G
E. A duração da perturbação é superior a um mês.
F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défices nas relações com os pais, irmãos, pares ou outros cuidadores ou no comportamento escolar.
G. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos, álcool) ou a outra condição médica.
Especificar se: Com sintomas dissociativos. Os sintomas do individuo preenchem os critérios para perturbação de stress pós-traumático e a pessoa experimenta 1 dos seguintes sintomas de forma persistente ou recorrente:
1. Despersonalização. Experiências persistentes e recorrentes de sensação de desprendimento em relação a si próprio, como se fosse um observador externo dos seus processos mentais ou corporais (por exemplo, sentir que se está num sonho, sensação de irrealidade, do próprio ou do corpo ou de que o tempo passa lentamente).
2. Desrealização. Experiências persistentes e recorrentes de irrealidade do ambiente envolvente (por exemplo, o mundo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).
Nota. Para usar este subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substancia (por exemplo, crises parciais complexas).
Especificar se: Com início tardio. Se os critérios completos de diagnóstico não estão preenchidos até pelo menos 6 meses após o acontecimento ocorrer (embora o início e a expressão de alguns sintomas estejam presentes imediatamente).

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Tabela 7

Crêterios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Adultos e Adolescentes

Crêterios de Diagnóstico A

Nota. Os seguintes cr terios aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima dos 6 anos. Para crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, ver cr terios correspondentes em baixo:

- A. Exposi o a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual em 1 (ou mais) das seguintes formas:
1. Exposi o direta a acontecimento(s) traumático(s).
 2. Testemunhas, presencialmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas.
 3. Tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu (ram) a familiares ou amigo, o(s) acontecimento(s) deve(m) ter sido violento(s) ou acidental (ais).
 4. Exposi o repetida ou extrema a pormenores aversivos do(s) acontecimento(s) traumático(s) (por exemplo, os primeiros a recolher restos humanos, agentes de polícia repetidamente expostos a pormenores de abuso de crianças).

Nota. O cr terio A4 não se aplica   exposi o através dos media eletr nicos, televisão, filmes ou imagens, a menos que esta exposi o esteja relacionada com o trabalho.

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Critérios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Adultos e Adolescentes

(Continuação)

Critérios de Diagnóstico B

B. Presença de 1 (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos cujo início é posterior ao(s) acontecimento(s) traumático(s) aos quais estão associados:

1. Lembranças do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes.

Nota. Em crianças com mais de 6 anos, podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s) são expressos.

2. Sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com os acontecimentos traumáticos.

Nota. Em crianças, podem existir sonhos perturbadores sem conteúdo reconhecível.

3. Reações dissociativas (por exemplo, flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivessem a ocorrer novamente. (Tais reações podem ocorrer num contínuo, sendo que a expressão mais intensa envolve a perda completa de consciência do ambiente envolvente.)

Nota. Em crianças, podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático durante as brincadeiras.

4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).

5. Reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author

Tabela 7

Critérios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Adultos e Adolescentes

(Continuação):

Critérios de Diagnóstico C

- C. Evitamento persistente de estímulos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s) com início após o(s) acontecimento(s) traumático(s) como indicado por 1 ou ambos dos seguintes:
1. Evitamentos ou reforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente relacionados.
 2. Evitamento ou esforço para evitar estímulos externos (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações) que despertam memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente associados.

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Tabela 7

Critérios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Adultos e Adolescentes

(Continuação)

Critérios de Diagnóstico D

- D. Alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s) com início ou agravamento após os(s) acontecimento(s) traumático(s) como é indicado por 2 (ou mais) dos seguintes:
1. Incapacidade para lembrar um aspeto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s) (tipicamente devido a amnésia dissociativa e não devido a outros fatores como traumatismo cranioencefálico, álcool ou drogas).
 2. Crenças ou expectativas sobre o próprio, dos outros ou do mundo, exageradamente negativas e persistentes (por exemplo, “eu sou mau”, “não se pode confiar em ninguém”, “o mundo é inteiramente perigoso”, “todo o meu sistema nervoso esta permanentemente arruinado”).
 3. Cognições distorcidas persistentes acerca das causas ou consequências do(s) acontecimento(s) traumáticos(s) que levam a pessoa a culpar-se a si própria ou aos outros.
 4. Estado emocional negativo persistente (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa ou vergonha).
 5. Interesse ou participação em atividades significativamente fortemente diminuídos.
 6. Sensação de estar desligado ou de estranheza em relação aos outros.
 7. Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (por exemplo, incapacidade de experimentar felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos).

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Tabela 7

Crêterios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Adultos e Adolescentes

(Continua o)

Crêterios de Diagnóstico E
E. Altera�es significativas da ativa�o e reatividade associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s) com inicio ou agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s) como � indicado por 2 (ou mais) dos seguintes: <ol style="list-style-type: none">1. Comportamento irritável ou acessos de raiva (com a mínima ou mesmo sem aprova�o) tipicamente expressos através de agressões físicas ou verbais para com as pessoas ou objetos.2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.3. Hipervigilância.4. Resposta de sobressalto exagerada.5. Dificuldade de concentra�o.6. Perturba�o do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono ou sono agitado).

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Tabela 7

Crítérios de Diagnóstico adaptado do DSM 5 para Adultos e Adolescentes

(Continuação)

Crítérios de Diagnóstico F, G e H

- F. A duração da perturbação (Crítérios B, C, e E) é superior a um mês.
- G. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice do funcionamento social, ocupacional ou em outra qualquer área importante.
- H. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos, álcool) ou a outra condição médica.

Especificar se:

Com sintomas dissociativos. Os sintomas do individuo preenchem os critérios para a perturbação de stress pós-traumático, além disso, em resposta a um fator de stress, o individuo experimenta um dos seguintes sintomas, de forma recorrente ou persistente:

1. **Despersonalização.** Experiencias persistentes ou recorrentes de sensação de desprendimento em relação a si próprio, como se fosse um observador externo dos seus processos mentais ou corporais (por exemplo, sentir que se está num sonho, sensação de irrealidade do próprio ou do corpo ou de que o tempo passa lentamente).
2. **Desrealização.** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente envolvente (por exemplo, o mundo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota. Para usar este subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, blakouts, comportamento durante a intoxicação alcoólica) ou outra condição médica (por exemplo, crises parciais complexas).

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author

Tabela 8

Diagnóstico Diferencial entre PSPT e outras perturbações adaptado do DSM 5

Perturbações de ajustamento:

Nas perturbações de ajustamento, o fator de stress pode ser de qualquer tipo ou gravidade, não sendo o que acontece no critério A da PSPT. Na perturbação de ajustamento pode coincidir o critério A e os outros não, ou cumprir com alguns dos outros critérios e não com o A.

Outras perturbações e condições pós-traumáticas:

Nem toda a psicopatologia apresentada por indivíduos expostos a um fator de stress grave deve ser necessariamente atribuída a PSPT. O diagnóstico requer que a exposição ao trauma preceda o início ou a exacerbação de determinados sintomas. Além disso, se o padrão de resposta sintomática a um fator de stress cumpre os critérios para outras perturbações mentais, estes diagnósticos devem ser considerados em vez da ou além da PSPT. Outros diagnósticos e condições são excluídos se forem mais bem explicados pela PSPT (por exemplo, sintomas da perturbação de pânico que ocorrem apenas após a exposição a lembranças traumáticas). No entanto, se a apresentação for grave, o padrão de resposta sintomática a um fator de stress extremo pode requerer um diagnóstico separado (por exemplo, amnésia dissociativa).

Perturbação aguda de stress:

A Perturbação aguda de stress distingue-se da PSPT porque na perturbação aguda de stress o padrão de sintomas restringe-se a uma duração de 3 dias a 1 mês após a exposição ao acontecimento traumático.

Perturbações de ansiedade e perturbação obsessivo-compulsiva:

Na Perturbação obsessivo-compulsiva existem pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes enquadram-se na definição de obsessão. Além disso, os pensamentos intrusivos não estão relacionados com acontecimentos traumáticos vividos, as compulsões estão com frequência presentes e outros sintomas de PSPT ou perturbação aguda de stress estão em geral ausentes. Quer os sintomas dissociativos de ativação da perturbação de pânico quer o evitamento, irritabilidade e ansiedade da perturbação de ansiedade generalizada não estão associados a um acontecimento traumático específico. Os sintomas da perturbação de ansiedade de separação estão claramente relacionados com a separação da família ou da casa e não com um acontecimento traumático.

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.) (pp. 334-335). Washington, DC: Author

Tabela 8

Diagnóstico Diferencial entre PSPT e outras perturbações adaptado do DSM

5(Continuação)

Perturbação depressiva major:

A depressão pode ou não ser precedida de um acontecimento traumático e deve ser diagnosticada se os sintomas de PTSD estiverem ausentes. Especificamente, a perturbação depressiva major não inclui nenhum dos sintomas presentes nos critérios B e C para PSPT. Também não inclui vários sintomas presentes nos critérios D e E para PSPT:

Perturbações da personalidade:

Dificuldades interpessoais que tiveram início ou agravamento, após a exposição a um acontecimento traumático constituem uma indicação de PSPT ao contrário do que sucede nas perturbações da personalidade, nas quais tais dificuldades seriam expectáveis independentemente de qualquer exposição traumática.

Perturbações dissociativas:

A amnésia dissociativa, a perturbação dissociativa de identidade e a perturbação de despersonalização-desrealização podem ou não ser precedidas pela exposição a acontecimentos traumáticos e podem ou não ser acompanhados por sintomas de PSPT. No entanto, quando todos os critérios de PSPT são cumpridos, deve ser considerado o subtipo de PSPT “com sintomas dissociativos”.

Perturbação de conversão (Perturbação de sintoma neurológico funcional):

O aparecimento de sintomas somáticos de novo no contexto de mal-estar pós-traumático pode constituir uma indicação de PSPT e não de perturbação conversiva (perturbação de sintoma neurológico funcional).

Perturbações psicóticas:

Na PSPT, os flashbacks devem ser distinguidos das ilusões, alucinações e outras perturbações perceptivas que podem ocorrer na esquizofrenia, perturbações psicóticas breves e noutras perturbações psicóticas; perturbações depressivas e bipolares com características psicóticas; delirium; perturbações induzidas por substâncias/ medicamentos; e perturbações psicóticas devidas a outras condições médicas.

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.) (pp.334-335). Washington, DC: Author

Tabela 8

Diagnóstico Diferencial entre PSPT e outras perturbações adaptado do DSM 5(Continuação)

Lesão cerebral traumática:

Quando ocorre uma lesão cerebral em contexto de um acontecimento traumático (por exemplo, acidente traumático, explosão de bomba, traumatismos por aceleração/desaceleração) podem surgir sintomas de PSPT. Um acontecimento que cause traumatismo craniano pode também ser um acontecimento psicologicamente traumático, e os sintomas neurocognitivos relacionados com lesão cerebral traumática, não são mutuamente exclusivos e podem ocorrer em simultâneo com PSPT. Os sintomas anteriormente designados como pós-concussionais (por exemplo, cefaleias, tonturas, sensibilidade à luz ou ao som, irritabilidade, défices de concentração) podem ocorrer quer em populações com lesões cerebrais quer em populações sem lesões cerebrais, incluindo indivíduos com PSPT. Uma vez que pode haver sobreposição entre sintomas de PSPT e sintomas neurocognitivos relacionados com lesão cerebral traumática, o diagnóstico diferencial é possível baseado na presença de sintomas característicos de cada uma das apresentações. Enquanto, o evitamento e o reexperienciar são característicos da PSPT e não efeitos da lesão cerebral traumática, a desorientação e confusão persistentes são mais específicas da lesão cerebral traumática (efeitos neurocognitivos) do que da PSPT.

Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.) (pp.334-335). Washington, DC: Author

Mercer & Despert (1943, cit in Cohen et al, 1998) comprovaram a existência de terrores noturnos, evitamento, reatividade psicológica, dificuldades de concentração e dificuldades escolares em crianças francesas que tinham sido expostas a situações de guerra. Braduer (1943, cit in Cohen et al, 1998) também relatou a existência desta sintomatologia em crianças cujas famílias foram transferidas pelo regime soviético durante a guerra Russo-Finlandesa para áreas desconhecidas, durante a noite, em carruagens de comboio sobrelotadas (Pires, 2003).

A descrição de Terr (1979,1983) sobre as reações de 26 crianças que tinham sido sequestradas dentro de um autocarro escolar na Califórnia foi um estudo que influenciou como se compreendiam as respostas pós-traumáticas das crianças. O motorista e as crianças foram retidas dentro do autocarro durante sete horas, sem consequências fatais. Terr entrevistou as crianças e pelo menos um dos progenitores de cada criança durante um período de cinco a treze meses após o sequestro. Através do estudo encontrou que todas as crianças tinham sintomas, das quais 73% manifestava reações moderadas e graves. Após dois a cinco anos do sequestro, voltou a realizar outro estudo que revelou que muitos dos sintomas persistiam em todas as crianças, entre os quais incluíam medos (Caballo & Simón, 2001; Wicks-Nelson & Israel, 1997).

Outro tipo de trauma bastante estudado é o de acidentes/desastres. Loringan et al, (1991) três meses após a devastação provocada pelo furacão Hugo na Carolina do Sul, administrou uma versão modificada do “Reaction Index” (instrumento psicométrico) a 5687 crianças e jovens (entre os 9 e 19 anos). Verificaram os seguintes níveis de PSPT: 5% para a não exposição, 25% para moderada exposição e 29% para o grupo que exposto de maneira moderada ao furacão (Pires, 2003).

Pynoos et al, (1987) também realizaram um estudo com crianças com uma média de idades de 9,2 anos, de um colégio na Califórnia, dos quais haviam sido expostos a um tiroteio, aonde faleceu uma criança e um funcionário e treze crianças ficaram feridas. As crianças que ficaram expostas ao tiroteio manifestaram efeitos muito maiores que aquelas que tinham abandonado os corredores imediatos ao tiroteio ou as que não se encontravam naquele dia no colégio. Passado 14 meses, fizeram de novo um estudo em que detetaram que 74% crianças que foram expostas ao tiroteio apresentavam sintomas moderados e graves da PSPT, entretanto 81% das crianças que não foram expostas não manifestavam nenhuma perturbação (Wicks-Nelson & Israel, 1997).

Entretanto, no abuso sexual, Kendall-Tackett et al, (1993) publicaram uma revisão acerca de 45 estudos e chegaram à conclusão que crianças vítimas deste tipo de violência apresentam mais sintomas do que outras crianças.

Deste modo, hoje em dia, é um facto aceite que a violência física e sexual, têm uma prevalência e incidência muito maior em crianças e adolescentes, relativamente ao que se passava há uns anos atrás (Pires, 2003).

Tabela 9

Instrumentos de Avaliação de PSPT

Instrumento	Publicação	Comentários
Childhood PTSD Interview-Child Form	Fletcher, K. (1997) Childhood PTSD interview – child form. In E. Carlson (Ed.) <i>Trauma Assessments: A Clinician's Guide</i> (pp. 248-250). New York: Guilford.	Entrevista semiestruturada com boa fiabilidade e que permite realizar um diagnóstico de PSPT baseado no DSM.
Clinical Administered PTSD Scale for Children (CAPS-C)	Nader, K., Blakem D., Kriegeler, J. & Pynnos, R. (1994). <i>Clinician Administered PTSD Scale Children (APS-C)</i> . Los Angeles: UCLA Neuropsychiatric Institute and National Center for PTSD.	Entrevista semiestruturada com boa fiabilidade que permite efetuar um diagnóstico de PSPT baseado no DSM.
Child and Adolescent Trauma Survey (CATS)	Maqrch, J. (1999). Assessment of pediatric post-traumatic stress disorder. In P. Saigh & D. Bremner (Eds.) <i>Posttraumatic Stress Disorder</i> (pp.199-218). Washington, DC: American Psychological Press.	Escala de autorrelato para crianças sobre PSPT, segundo o DSM.
Change-Sensitive PTSD Symptom Scale	March, J., Amaya-Jackson, L., Murray, M. & Schulte, A. (1998). Cognitive behavioural Psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder following a single incidente stressor. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 37, 585-593.	Escala de autorrelato destinada a crianças, sensível à mudança da PSPT segundo o DSM-IV.

Adaptado de Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma abordagem Contextual* (pp-469-470). Braga: Psiquilibrios edições.

Tabela 9

Instrumentos de Avaliação de PSPT (Continuação)

Impacto of Events Scale	Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale. A measure of subjective stress. <i>Psychosomatic Medicine</i> , 41, 209-218.	Instrumento de medida do stress pós-traumático composto por 15 itens e que permite obter resultados em duas subescalas, intrusões e evitamento, assim como uma pontuação geral.
Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory	Saigh, P. (1989). The development and validation of the Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory. <i>International Journal of Special Education</i> , 4, 75-84.	Entrevista estruturada com 17 itens que permite realizar um diagnóstico de PSPT com base nos critérios do DSM.
Child PTSD Symptom Scale	Foa, E., Johnson, K., Feeney, N., Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminar examination of its psychometric properties. <i>Journal of Clinical Child Psychology</i> , 30, 376-384.	Escala com 24 itens que permitem efetuar um diagnóstico de PSPT com base nos critérios do DSM-IV.
Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index	Fredrick, C., Pynoos, R. & Nader, K. (1992). <i>The Child Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index</i> . Los Angeles, CA: UCLA Dept of Psychiatry and behavioural Sciences, 760 Westwood Plaza, LA, CA 90024.	Este instrumento de autorrelato ou entrevista abrange sintomatologia incluída no DSM e a sua pontuação indica a gravidade geral dos sintomas.
Child PTSD Interview	Pynoos, R. & Eth, S. (1986). Witness to violence: The child interview. <i>Journal of the American of Child Psychiatry</i> , 25, 306-319.	Conjunto de orientações para uma entrevista clínica semiestruturada que contém informações sobre o uso de desenhos e outras técnicas de entrevista.

Adaptado de Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma abordagem Contextual* (pp-469-470). Braga: Psiquilibrios edições.

1.18 Modelos explicativos da PSPT

Na avaliação da PSPT, a informação deve advir de várias fontes, recolher informação da história clínica e dos sintomas. Deve ter-se em consideração as diversas dimensões, que possam ser suscetíveis de avaliação, com importância para uma avaliação mais completa, e por isso recolhe-se informação de sintomas cognitivos, emocionais, comportamentais, sociais, da linguagem expressiva, de fatores familiares, da comunidade e do funcionamento geral (Monteiro, 2014).

Carr (2014) faz referência ao condicionamento clássico, considera que através dos estímulos presentes no momento do evento traumático, e que foram emparelhados com experiências do trauma que possam ter provocado ansiedade, num período posterior desencadeia memórias intrusivas e ansiedade pós-traumática.

No condicionamento operante, a exposição repetida aos estímulos promoveria a extinção, mas no caso das crianças com PSPT, estas evitam os estímulos, sendo assim o evitamento reforçado negativamente por via do condicionamento operante. Desta forma, ao reforçar negativamente uma resposta, acaba por a tornar mais forte (Caballo & Simón, 2001).

No modelo Psicodinâmico, os fatores externos são responsabilizados, são tidos em conta aspetos inconscientes e reprimidos ou as experiências precoces. Quanto ao modelo humanista, refere que o indivíduo é o principal responsável, sendo este monitorizador do comportamento, com a possibilidade de decidir o seu comportamento. O modelo sistémico (familiar) partilham responsabilidade entre eles relativamente ao sujeito em causa, e ao seu problema. O Modelo Cognitivo-Comportamental, é um modelo que se define por via de autossuficiência, as pessoas aceitam as responsabilidades pelos seus atos, com um locus de controlo interior, responsabilizam e atribuem ao meio, às aprendizagens adquiridas, e às representações mentais, maior parte

da responsabilidade comportamental, sendo assim mais valorizados fatores externos, a história prévia, a interação entre o ambiente e as crenças (Cardoso, 2014).

A intervenção comportamental baseada na formulação envolve a exposição a estímulos relacionados com o evento traumático, e a prevenção de respostas de evitamento.

Existem diversas teorias que procuram explicar a Perturbação de Stress Pós-traumático, o modelo biológico, que procuram explicar a PSPT através da ativação fisiológica do sistema nervoso simpático, assim como as perspectivas cognitivas, com os modelos construtivistas baseados em esquemas mentais, em que as pessoas é que constroem a sua realidade, envolvendo as suas crenças influenciando assim a forma como pensa e acredita que a realidade é (Caballo & Simón, 2001).

O modelo biopsicossocial é um modelo construtivista, que vem opor-se ao modelo biomédico, que postula que a realidade não existe independente ao individuo, e que essa realidade resulta da sua individualidade em interação com a sociedade, sendo um processo de construção com base nas experiências. Então esta perspectiva define que nós somos e vivemos a realidade tendo por base dimensões biológicas, sociais e individuais, não sendo então as doenças mentais e neste caso a PSPT resultado apenas de fatores orgânicos, mas sim resultado de uma suma de experiências cumulativas biopsicossociais, que contribuem para a realidade de cada um (Moreira & Melo, 2005).

O modelo biomédico é o modelo que desresponsabiliza o individuo pelos seus comportamentos, atribuindo ás causas do problema, umas alterações meramente genéticas, bioquímicas individuais (Cardoso, 2014).

Modelos explicativos de crenças implícitas na mudança dos fatores psicológicos

Modelos	Comportamentos	Causas	Mudança
Biomédico	Desregulação de processos bioquímicos	Caraterísticas genéticas Funções biológicas Processos bioquímicos Experiências associadas	Alteração Processos bioquímicos (medicamentos)
Psicodinâmico	Aspetos inconscientes/ influência negativa das experiências passadas	Experiências de infância/ figuras próximas	Resolução de conflitos inconscientes
Humanista	Incapacidade de integração harmoniosa	Tomada de decisões Escolhas próprias	Condições Necessárias Realização Assunção Responsabilidade Integração Harmoniosa
Cognitivo-Comportamental	Representações distorcidas / Inadequadas	Meio Aprendizagem Representações	Alteração de pensamentos
Sistémico	Família disfuncional Relações familiares inadequadas	Estrutura/ Dinâmica/ Relações familiares	Ajuste relações familiares

Adaptado de Cardoso, M.G. (2014). Caraterísticas psicométricas do inventário de crenças implícitas acerca das causas dos problemas psicológicos. *Dissertação*, (pp.80), Universidade Lusíada do Porto. Porto.

1.19 Intervenção

A intervenção com crianças e adolescentes com PSPT deve ser feita em conjunto com o apoio da família, escola e pares, de forma a proporcionar oportunidade para processar emocionalmente o trauma através da exposição de estímulos internos e externos. Quando a família também está envolvida no acontecimento traumático, pode ser dada a oportunidade a cada familiar de expressar as suas lembranças da situação, tornando-os aptos para prestar apoio à criança. Poderá ser realizado o treino parental comportamental, no sentido de ajudar a proporcionar à criança ou adolescente o apoio necessário ao longo das sessões. Este processo inicia-se com a identificação de objetivos comportamentais, que incluem a realização em casa de tarefas de exposição diária, a assiduidade escolar, o envolvimento em interações sociais diárias com os pares, dormir na própria cama, a regulação de sentimentos de raiva intensa através de exercícios respiratórios e de relaxamento, e o controlo de impulsos sexuais de forma socialmente apropriada. É importante referir que não deve ser estabelecido mais do que três objetivos comportamentais, divididos em metas mais pequenas e facilmente alcançáveis com recurso a um sistema de recompensas. No caso de crianças mais novas poderá ser utilizado um sistema de fichas, enquanto para os adolescentes um sistema de pontos será o mais adequado. A prevenção de recaída envolve ajudar o adolescente e os pais anteciparem situações em que a recaída pode acontecer, a planear estratégias e para deteção precoce de potenciais recaídas e a elaborar um plano de gestão das mesmas. (Carr, 2014).

Tabela 11

Abordagens Cognitivo-Comportamentais para a PSPT

Terapia Cognitivo – Comportamental – Focada no Trauma(TCC-FT)

A TCC- FT, é o tratamento de primeira linha na PSPT na idade Pediátrica. Compreende módulos específicos, nomeadamente:

- Psicoeducação;
- Treino de competências parentais para os problemas de comportamento: usar o elogio, o reforço positivo, a atenção seletiva e medidas de reforço contingente;
- Aprendizagem de gestão do stress e de competências de relaxamento;
- Competências de modulação dos afetos: expressão dos sentimentos, competências sociais, resolução de problemas, uso de imagens de paz, interrupção do pensamento e verbalizações de autorreforço positivo (ajudar na redução da culpa acerca do evento);
- Processamento e coping cognitivo: reconhecer a relação entre os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos e mudança dos pensamentos negativos;
- Narrativa do trauma: criar uma narrativa das experiências traumáticas, corrigindo as distorções cognitivas. Na criança, a interpretação do seu jogo estereotipado pode ser facilitada pelo uso de brinquedos que ela utilizou;
- Dessensibilização sistemática de medos, exposição gradual ao estímulo temido;
- Reunião dos pais e criança/adolescente nas sessões;
- Prevenção de um trauma futuro e estimular o regresso à trajetória de desenvolvimento normal.
- Terapia de grupo: utilizada quando várias crianças foram confrontadas em conjunto com um trauma (acidente escolar).

Adaptado de Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda. (pp. 201).

Adaptado de Heinrichs, N. (2012). *Treatment of Posttraumatic Stress Related Disorders in Children and Adolescents*. 1-11.

Adaptado de Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi editores.471-480.

Tabela 12

Estratégias de intervenção em PSPT

Psicoeducação	Através da Psicoeducação podemos constituir uma base racional e dissipar os medos dos pais e da criança ou adolescentes relacionados com o facto de este poder estar a “enlouquecer”. Durante as sessões deve ser explicado: a necessidades de reestabelecer rotinas de sono e de vida diária; a necessidade da criança em relação ao suporte familiar, amigos, professores e funcionários da escola; Necessidade dos pais desenvolverem estratégias de gestão de problemas de comportamento que possam ter evoluído após o evento traumático; se eventualmente o adolescente estiver a consumir drogas ou álcool desenvolver estratégias para controlar os sintomas da PSPT;
Registo de Eventos	Pode ser proposto ao adolescente e/ou aos pais que elaborem diários estruturados, nos quais registem a frequência e intensidade de determinados sintomas, o número de “flashbacks” por dia e de pesadelos durante a noite. Os sintomas de hiperativação podem ser classificados através de um “termómetro do medo”, com 100 unidades subjetivas de desconforto. No qual, 0 = perfeitamente relaxado e tranquilo e 100 = a pior ansiedade e angústia que se possa imaginar. Estes registos podem ser feitos em horários fixos ou em momentos críticos (durante os flashbacks ou após um pesadelo). Pode também registar o tempo que levou a recuperar da intrusão.
Treino de Estratégias de Coping	A estratégia de coping pode ser utilizada para fornecer aos jovens, competências para controlar a ansiedade associada aos flashbacks e pesadelos, assim como a ansiedade gerada pela exposição terapêutica a estímulos e memórias relacionadas com o trauma. Este tipo de treino envolve a aprendizagem de técnicas de relaxamento e cognitivas de coping.
Exposição Gradual	A exposição gradual é um mecanismo terapêutico que evoca as memórias traumáticas o mais consciente possível e a tolerar a intensa ansiedade a elas associada, até que a habituação ocorra.
Exposição a Estímulos	A exposição a estímulos é utilizada para trazer as memórias traumáticas ao consciente, sendo que para isso poderá ser visitado o local do acontecimento. Para ajudar a criança a manter as memórias num nível consciente, podem ser utilizadas técnicas como a visualização, o desenho, a escrita e atividades lúdicas com bonecos. Este processo é realizado de forma gradual, sendo a criança exposta a uma hierarquia de situações cada vez mais geradora de ansiedade.
Exposição Imaginária	Na exposição imaginária a memórias traumáticas ou pesadelos relacionados com o trauma, é pedido ao jovem que se sente numa posição confortável e com os olhos fechados, realize exercícios de relaxamento e de respiração, e a visualizar o acontecimento (trauma ou pesadelo). É conveniente iniciar a sessão com a exposição com cenas que causem menos ansiedade, e à medida que é criada a habituação, progredir para cenas que gerem mais ansiedade.
Exposição Assistida	Na exposição assistida por meios de comunicação, as memórias traumáticas são evocadas através de gravações de vídeos ou de fotografias de estímulos relacionados com o trauma, podendo ser utilizados excertos de programas de televisão ou de filmes que relembram o trauma real. Em qualquer das exposições referidas é necessário o questionamento detalhado sobre a experiência sensorial de forma a ajudar na elaboração de memórias e facilitar o processo de habituação.

Adaptado de Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma abordagem Contextual*. Braga: Psiquilibrios edições.

A PSPT é uma perturbação que tem sido estudada muito mais em adultos que em crianças e adolescentes, e sendo os estudos muito escassos. Os estudos existentes prendem-se maioritariamente com as crianças vítimas de abusos sexuais, em que as intervenções que predominam são as cognitivo-comportamentais, sendo da opinião que são as que conseguem reduzir alguma da sintomatologia em crianças e adolescentes. A estratégia de excelência é a exposição, tanto imaginada como ao vivo (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez & Bernal, 2010).

Sheeringa et al, (2011) referiu que num estudo com 64 crianças intervencionadas com TCC, vítimas de um evento traumático, entre os 3 e os 6 anos, apenas 31 que concluíram a intervenção, e apresentaram melhorias ao nível da sintomatologia.

Pires (2003) propôs como terapia para PSPT uma terapia denominada Dessensibilização e Reprocessamento por Movimento Ocular (EMDR-termo Inglês). Refere esta terapia como sendo complexa, baseada numa estimulação do ritmo ocular.

É uma forma, de proporcionar que as memórias relacionadas com o evento traumático sejam ativadas, através de estímulos bilaterais, alternando o foco visual, movimentando os olhos de um lado para o outro, alternado a atenção e ativando, processando e integrando essas memórias (traumáticas) de forma adequada, como se dispersassem a carga de significado negativo a que estariam associadas, sendo desta forma possível a “ressignificação” das mesmas, e aceites pela pessoa, de forma a permitir a diminuição das respostas fisiológicas e psicológicas (Brunnet et al, 2014).

Moreira et al, (2005) refere que a terapia de exposição, como a dessensibilização sistemática, inundação do pensamento, exposição prolongada e a terapia implosiva, em conjunto com estratégias cognitivo comportamentais, se mostram como tratamentos de eleição para a PSPT. Apresenta também como tratamento, advindo dos Estados Unidos, a Dessensitização do Movimento Ocular e Reprocessamento (EMDR) apesar deste tipo

de intervenções, parece manifestar maior ênfase a combinação de tratamentos farmacológicos e psicossociais, por estes revelarem resultados bastante positivos, considerando desta forma o tratamento de eleição.

Monteiro (2014) refere que a (EMDR) é um tratamento efetivo em adultos com PSPT, mas não existe ainda evidências científicas que suportem qualquer eficácia em crianças. Da mesma opinião partilha Pires (2003) que também diz que os resultados e pesquisas existentes em EMDR são contraditórios, não existindo consenso entre os psicólogos, quanto à natureza desta terapia.

Heinrich (2012) opõe-se à opinião de Monteiro (2014) e Pires (2003) quanto à eficácia da EMDR, alegando que a EMDR comparada com TCC, manifesta uma ligeira vantagem ao nível da eficácia terapêutica.

Monteiro (2014) refere que o tratamento é multimodal, e que o tratamento passa por psicoterapia centrada nos sintomas da PSPT, baseando-se na terapia Cognitivo Comportamental, na psicoterapia dinâmica, e terapia familiar. Para além destas, sugere intervenção na escola, caso seja necessário e apropriado, e/ou farmacoterapia. Caso exista alguma comorbilidade com outras perturbações devem tratar-se também para se conseguir maior eficácia, assim como reforçar das estratégias de coping na criança/adolescente e dos cuidadores; identificar e diminuir a exposição aos stressores, de forma a reduzir o impacto dos mesmos, e favorecer a segurança da criança/adolescente.

Outra das ferramentas estratégicas para surtir efeitos desejados nos comportamentos das crianças e adolescentes, está relacionado com estratégias no seio familiar, de forma indireta, sugerindo falar sobre aquele acontecimento, em que o objetivo seria reduzir potenciais sentimentos de culpa da criança ou adolescente, reduzir

pensamentos acerca do trauma, fazer com que a criança se sinta compreendida, e desvalorizar desta forma o acontecimento (Hernández, et al 2010).

Na sequência do raciocínio anterior, o uso de técnicas cognitivas e comportamentais de forma indireta, também tem sido utilizadas para aliviar tensão, em que o objetivo é compreender de forma significativa e coerente a experiência traumática, promovendo a auto estima e estratégias de coping eficazes (Moreira & Melo, 2005).

Os pais são mediadores por via da relação com os filhos, são usados indiretamente para melhorar as funções cognitivas, emocionais, sociais da criança. Estes são essenciais, através do foco na segurança, na regulação do afeto, na construção articulada da narrativa do trauma e na participação em atividades apropriadas ao desenvolvimento. A intervenção psicoterapêutica entre pais e crianças é específica, usa-se a teoria cognitivo comportamental e as teorias da aprendizagem social.

O tratamento por via farmacológica em crianças e adolescentes só deve ser aplicada quando os sintomas são muito severos, e em comorbilidade com Perturbação depressiva e/ou perturbação de ansiedade (Monteiro, 2014).

1.20 Breve descrição da Escala de Índice de Reatividade de PSPT da UCLA para Crianças e Adolescentes

A escala de Índice de Reatividade de PSPT da UCLA, é um instrumento psicométrico de autorrelato, em que a sua finalidade passa por avaliar sintomatologia relacionada com stress pós-traumático em crianças e adolescentes, com base nos critérios do DSM-IV, abrangendo as diversas tipologias de eventos traumáticos. Existe uma versão para crianças com idade escolar entre os 7 e os 12 anos com 20 perguntas, e a versão dos pais que ajuda a complementar a sintomatologia das crianças entre os 7 e

os 12 anos com 21 questões, sendo a informação cedida pelos pais muito importante, no que respeita às brincadeiras e às alterações da forma de estar da criança, jogos repetidos, interesse e participação diminuídos, problemas do sono, irritabilidade, problemas de concentração, hipervigilância, e toda a sintomatologia que faz parte da perturbação. A versão para adolescentes é idêntica à versão de crianças, contém 22 perguntas, e apresenta alterações relativamente às frases, adaptadas à idade dos 13 anos ou mais. As questões do instrumento passam por recolher informação relacionada com a exposição ao evento traumático e respetivas consequências, as reações inerentes ao(s) acontecimento(s) através das questões procurar o(s) evento(s) que os preocupam, quando ocorreu, e refletem-se os critérios do DSM-IV nessas mesmas questões, relativamente à frequência da sintomatologia, no que respeita ao momento da vivência da experiência, a consequência ou efeito após o acontecimento, envolvendo questões acerca do medo, desamparo, horror, comportamento agitado ou desorganizado, reações no momento do evento. As questões da parte I têm opção de resposta “sim” e “não” para as crianças ou adolescentes, e só os pais têm a opção de resposta “não sei”

Os investigadores definiram as seguintes dimensões: Critério B: Reexperiência (Itens: 2, 3, 5, 6 e 18); Critério C: Evitamento (Itens: 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19 e 21) Critério D: Hiperativação (Itens: 1, 4, 12, 13 e 20) (Rodriguez, Steinberg, Pynnos & August, 1999).

No estudo de Elhai, Layne, Steinberg, Brymer; Briggs, Ostrowinski & Pynnos, (2013) a escala tem por base o DSM-IV, mas a Escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes adaptada por Moreira (2015) as dimensões foram redefinidas utilizando o DSM-5, e as dimensões definidas foram: Reexperiência(itens 18, 10, 5, 11 e 14); Evitamento (itens 13 e 3); Entorpecimento (itens 23, 2, 9, 16, 15, 19,

6, 22, 25, 27, 7, 17 e 12); Ativação disfórica (itens 4, 20, 26, 1, 24, 8 e 21) e Ativação ansiosa (itens 28, 29, 30, e 31).

A escala utilizada corresponde à parte II e é composta por 31 itens para avaliar sintomatologia de stress pós-traumático em crianças e adolescentes.

A amostra foi constituída por 652 sujeitos, com uma média de idades de 16 anos, um D.P. de 1,92. Os índices de consistência interna variaram entre 0,630 e 0,905 e 0,954 para a escala total.

A escala possui uma classificação numa escala de 5 pontos (likert) variando de 0 (nenhuma vez) a 4 (sempre)

1.21 Objetivo e hipótese do estudo

O objetivo deste estudo empírico foi avaliar as características psicométricas da versão Portuguesa (Moreira, 2015) da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA em crianças e adolescentes (Elhai et al, 2013).

Testou-se as seguintes hipóteses:

H1- O modelo da estrutura fatorial da Versão Portuguesa da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA, apresenta níveis de ajustamento adequados a uma amostra de crianças e adolescentes.

H2 – A versão Portuguesa da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA apresenta níveis adequados de fidelidade (as subescalas apresentam valores de alfa de Cronbach adequados).

2. Metodologia

2.1 Participantes

Para o estudo da versão Portuguesa do Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes (Moreira, 2015) foi tida em conta uma amostra de conveniência de 652 crianças e adolescentes do Norte e Centro do País. No seu conjunto a amostra tem 333 do sexo feminino (51,1%) e 306 participantes do género masculino (46,0%) e 13 não identificados (2,0%). No que diz respeito às idades, estão compreendidas entre os 11 e 18 anos com uma média de idades de 15,60 anos e um desvio padrão de 1.92.

Tabela 13

Caraterização da amostra da versão Portuguesa da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes

Género	n	%
Masculino	306	46,9
Feminino	333	51,1
Total	639	98,0
Omissos	13	2,0
Total	652	100,0

Tabela 14

Caraterização da idade da amostra da versão Portuguesa da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes:

Idade		
N	Válido	652
	Ausente	0
	Média	15,604
	Desvio Padrão	1,9240
	Mínimo	11,0
	Máximo	18,0

2.2 Instrumentos de avaliação:

A seguir, apresentar-se-á a descrição dos instrumentos que foram utilizados na avaliação dos participantes:

2.2.1 Questionário de caracterização sociodemográfico

Para obtenção das caraterísticas sociodemográficas da população em estudo foi aplicado um questionário específico, que inclui: informação pessoal (idade, sexo, religião, doença e toma de medicação) e informação sobre a família (com quem vive,

número de irmãos, transporte próprio, se dorme sozinho, se já foi de férias e, por fim, se tem computador).

2.2.2 Escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes (Elhai et al, 2013).

A escala Índice de reatividade da PSPT da UCLA (parte II) é um instrumento de autorrelato relativamente ao stress pós-traumático. Foi utilizada na investigação para avaliar crianças e adolescentes sendo constituída por 31 itens agrupados em 5 fatores, e classificados numa escala de Likert de 5 pontos: Nenhuma vez (0) Poucas vezes (1) Algumas vezes (2) muitas vezes (3) até Sempre (4). Aos participantes é pedido que indiquem em que medida sentem que cada item reflete a sua experiência pessoal.

Os 5 fatores agrupam-se num conjunto de itens, formulados e baseados no DSM 5: Reexperiência (item 18, 10, 5, 11 e 14) Evitamento (item 13 e 3) Entorpecimento (item 23, 2, 9, 16, 15, 19, 6, 22, 25, 27, 7, 17 e 12) Ativação disfórica (Item 4, 20, 26, 1, 24, 8 e 21) e ativação ansiosa (item 28, 29, 30 e 31). O autor seguiu a estrutura dos critérios do DSM 5 para a criação dos fatores da escala.

2.3. Procedimentos

2.3.1. Recolha de dados

Num primeiro momento, procedeu-se ao contacto direto com os Diretores do Conselho Executivo dos respetivos Agrupamento de Escolas, de modo a informar sobre o objetivo do estudo e com vista a obter a respetiva autorização para o seu desenvolvimento. A partir deste acordo foi lavrado um consentimento informado para ser entregue aos pais, sobre os objetivos do estudo e a devida autorização de

participação do seu educando, no estudo empírico. Obtida a assinatura dos respectivos consentimentos, procedeu-se à aplicação dos instrumentos.

2.3.2 Análise dos dados

As análises estatísticas descritivas (tamanho da amostra, média, D.P. e percentagem) foram analisadas através do programa estatístico SPSS – versão 20.0. A análise confirmatória, (AFC) realizou-se através do programa AMOS- versão 20.0.

Relativamente à análise fatorial confirmatória, esta apresenta índices de qualidade de ajustamento que permitem avaliar o quão bem o modelo teórico é capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis manifestas (Marôco, 2010).

Para que seja possível avaliar o nível de adequabilidade do modelo é importante clarificar os índices que foram analisados para a análise dos dados:

X^2/gl , faz referência à divisão do X^2 pelos graus de liberdade, em que os valores obtidos, para serem ajustados devem ser preferencialmente inferiores a 3, sendo preferíveis, enquanto que valores abaixo de 5 são valores toleráveis (Marsh & Hocevar, 1985; Byrne, 2001).

RMR, é a raiz quadrada da matriz, quanto menor o RMR, melhor o ajustamento. Se $RMR = 0$ (ajustamento perfeito). Um modelo de bom ajustamento deve apresentar valores menor ou iguais a 0,05 (Byrne, 2001).

CFI, é um índice de ajustamento de comparação, que tem em sua consideração o nível de complexidade do modelo e tem em consideração o tamanho da amostra. Valores superiores a 0,95 são desejáveis, quanto mais próximos forem os valores de 1, maior o ajustamento (Thomson, 2004). Segundo Byrne (2001) e Marôco (2010), se CFI menor que 0,8 (ajustamento mau); se o CFI se compreender entre 0,8 e 0,9 (ajustamento razoável); se o CFI estiver compreendido entre 0,9 e 0,95 (ajustamento muito bom).

GFI, é um índice de qualidade de ajuste, é um coeficiente de determinação geral, para modelos de equações estruturais, que indica a proporção da covariância e variância explicada pelo modelo. Valores maiores que 0,9 são indicadores de uma boa adequação ao modelo, sendo a variação deste indicador entre 0 e 1. (Tanaka, 1993). Segundo Byrne (2001) e Marôco (2010) se GFI menor que 0,8 (ajustamento mau); se o GFI se compreender entre 0,8 e 0,9 (ajustamento razoável); se o GFI estiver compreendido entre 0,9 e 0,95 (ajustamento muito bom).

AGFI, considera-se este índice parecido com o GFI, embora seja ajustado através do número de graus de liberdade do modelo específico, sendo o seu valor parecido com o deste, quanto mais pequeno for o número de parâmetros em causa, e é também influenciado pelo aumento da amostra (Tanaka, 1993).

RMSEA, é o índice da raiz média dos quadrados dos erros de aproximação, é o índice que melhor demonstra a adequação do ajustamento do modelo à população. Valores inferiores a 0,08 são considerados desejáveis e valores menores que 0,05 são considerados muito bons, inferiores a 0,06 podem considerar-se razoáveis (Thompson, 2004). É um índice que tende a rejeitar amostras pequenas.

Na consistência interna é calculado o alfa de Cronbach, para verificar a fiabilidade da escala numa amostra. O alfa pode variar entre 0 e 1 sendo estes valores de boa fidelidade e 0.6 e 0.7 sendo estes valores de fiabilidade reduzida (Pereira e Patrício, 2013).

3 Resultados

3.1. Análise fatorial confirmatória

Através da análise fatorial confirmatória da versão Portuguesa da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes (Elhai et al, 2013) obteve-se os seguintes índices de ajustamento: $\chi^2/gl = 3,811$, CFI = 0,891, GFI = 0,853, AGFI = 0,827, RMSEA = 0,066 e AIC = 1756,350.

Tabela 15

Análise Fatorial Confirmatória: Índices de ajustamento par a Escala de Índice de Reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes para a versão portuguesa

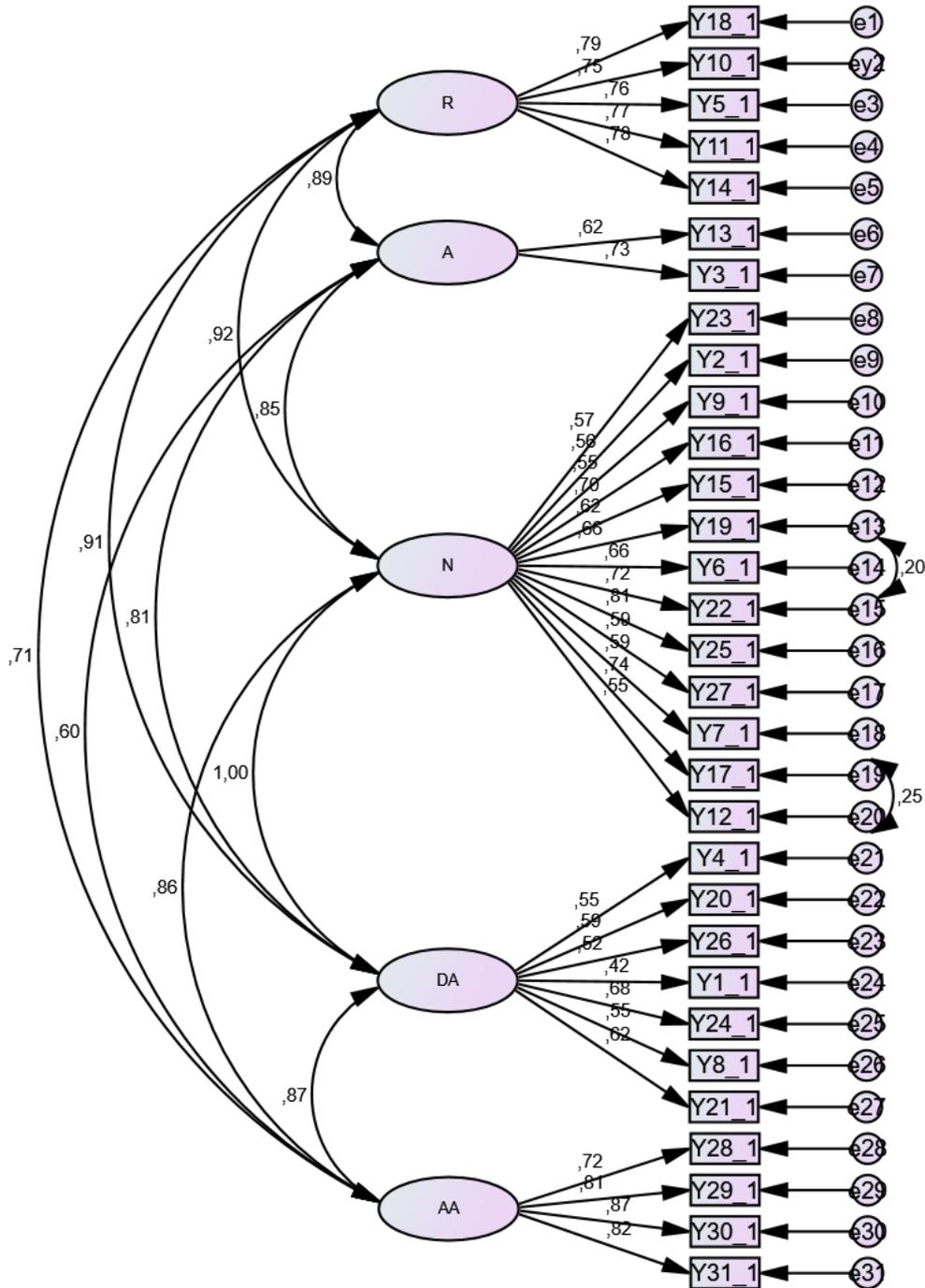
Modelo	χ^2/gl	P	RMR	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	AIC
	3,811	,000	,053	,853	,827	,891	,066	1756,350

Com base nos dados da tabela acima apresentados, pode verificar-se que o modelo se ajusta de forma adequada aos dados.

A seguir, na fig. 1 é apresentada a estrutura fatorial resultante (solução padronizada) desta análise.

Figura 1

Análise Fatorial Confirmatória do Modelo Multifatorial da Escala Índice de Reatividade de PSPT da versão portuguesa da UCLA para crianças e adolescentes para a versão portuguesa



3.2 Consistência interna

A consistência interna foi calculada através do alfa de Cronbach para cada fator da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes para a versão portuguesa. O alfa de Cronbach total é 0,954 para 31 itens. Calculou-se também o alfa de Cronbach por fator. A distribuição de itens por fator: fator 1) 0,881 para 5 itens; fator 2) 0,630 para 2 itens; fator 3) 0,905 para 13 itens; fator 4) 0,765 para 7 itens e fator 5) 0,880 para 4 itens.

Tabela 16

Consistência interna para a versão portuguesa por fator

Dimensão	Número de itens	Alfa de Cronbach
1	5	,881
2	2	,630
3	13	,905
4	7	,765
5	4	,880

Foi também calculada a consistência interna global para a versão Portuguesa da escala Índice de Reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes:

Tabela 17

Consistência interna total para a versão portuguesa

Alfa de Cronbach	N de itens
,954	31

4. Discussão Resultados

O objetivo deste estudo centrou-se em avaliar as características psicométricas da versão Portuguesa da escala do Índice de Reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes, tem como base a proposta fatorial e consistência interna desenvolvida por Elhai et al, (2013).

Vamos discutir os resultados por hipóteses:

H1- O modelo da estrutura fatorial da Versão Portuguesa da escala Índice de Reatividade de PSPT da UCLA, apresenta níveis de ajustamento adequados a uma amostra de crianças e adolescentes.

O modelo da estrutura fatorial confirmatória da versão Portuguesa adequa-se aos dados de uma amostra de crianças e adolescentes da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA. A discussão dos índices de ajustamento da análise fatorial só pode ser analisada em comparação com modelo original de Elhai et al, (2013) relativamente ao índice de CFI e RMSEA, mas não da escala aplicada à população da Zâmbia, uma vez que esse estudo não disponibiliza a análise fatorial confirmatória, mas sim da consistência interna.

Os índices de qualidade de ajustamento da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes para a população portuguesa foram: $\chi^2/g.l = 3,811$, que segundo (Marsh & Hocevar, 1985; Byrne, 2001) é um valor aceitável (inferior a 5 e superior a 3). Na versão original (Elhai et al, 2013), este índice é menor, $\chi^2/g.l = 2,128$ apresentando melhor ajustamento.

O RMR = 0,053 apresenta um bom ajustamento, uma vez que deve encontrar-se entre 0 e 0,05 (Byrne, 2001).

O GFI = 0,853 Segundo Byrne (2001) e Marôco (2010) o modelo apresenta um ajustamento razoável, apresenta-se com um valor entre 0,8 e 0,9. Para ser um

ajustamento muito bom teria de se situar acima de 0,90 Tanaka (1993) refere que se os valores se encontrarem entre 0 e 1 se considera que é bem ajustado.

O CFI= 0,891 segundo Byrne (2001) e Marôco (2010) referem que valores entre 0,8 e 0,9 indicam que o ajustamento é razoável. Na escala original de (Elhai et al, 2013), o CFI=0,950 apresentando um ajustamento ótimo, melhor que o da versão portuguesa. O RMSEA=0,066 é o índice que melhor demonstra a adequação do ajustamento do modelo à população. Apresenta um valor inferior a 0,08 é considerado desejável (Thompson, 2004). O RMSEA da escala original (Elhai et al, 2013) apresenta um bom ajuste, com valores abaixo de 0,5 demonstrando melhor ajustamento que o da versão portuguesa.

Tendo por base estes indicadores, o modelo para a população portuguesa de 5 fatores, apresenta melhor ajustamento que o modelo original.

Na tabela seguinte, serão apresentados os índices das análises confirmatórias relativamente à escala índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes, para a população Portuguesa, em comparação com a original (Elhai et al, 2013).

Tabela 18

Comparação dos Índices de ajustamento para a versão portuguesa e para a versão Original da UCLA.

Modelo	χ^2/df	<i>P</i>	RMR	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
Versão Portuguesa	3,811	,000	,053	,853	,827	,891	,066
Elhai e tal, (2013)	2,128	,001	-	-	-	,950	,040

H2 – A versão Portuguesa da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA apresenta níveis adequados de fidelidade (as subescalas apresentam valores de alfa de Cronbach adequados).

Aversão portuguesa da escala Índice de Reatividade de PSPT da UCLA para as crianças e adolescentes, foi administrada a uma amostra (N=652) e o resultado da consistência interna do alfa de Cronbach geral foi de ($\alpha = .95$), levando-nos a concluir que a escala tem uma boa consistência interna, logo tem boa fidelidade. O alfa conseguido na versão portuguesa é superior ao da escala da Zâmbia ($\alpha = .90$) de (Murray et al, 2011), que foi administrado a uma amostra (N= 352). A fiabilidade da versão portuguesa supera a da versão da Zâmbia, logo é mais fiável.

A diferença ao nível do alfa de Cronbach, podem ser justificadas pelo tamanho da amostra, pois a em Portugal (N= 652) o ($\alpha = .95$), e na Zâmbia (N=352) e ($\alpha = .90$). Quanto maior a amostra, maior a probabilidade do alfa aumentar. Como se verifica a amostra portuguesa é quase o dobro que a da Zâmbia.

Tabela 19

Comparação da consistência interna entre a Zâmbia, a UCLA e versão portuguesa (Alpha de Cronbach geral)

Autores	Amostra	País	Ítems	Fatores	α
Murray et al, (2011)	(N=352)	Zâmbia	20	5	($\alpha = .90$)
Elhai et al, (2013)	(N=6591)	Estados Unidos América	20	5	-
Versão Portuguesa	(N=652)	Portugal	31	5	($\alpha = .95$)

A versão portuguesa da escala Índice de reatividade de PSPT da UCLA para crianças e adolescentes, apresenta um total de 31 itens na versão portuguesa, e 20 itens na versão original. Nas duas versões os itens são agrupados e distribuídos pelos respetivos fatores. O fator 1 inclui itens cujo conteúdo avalia a reexperiência de um acontecimento traumático, o fator 2 agrupa itens de conteúdo relacionado com o evitamento inerente a uma experiência traumática, o fator 3 integra itens relacionados com o entorpecimento, o 4 fator diz respeito a um conjunto de itens de conteúdo relacionado com a ativação disfórica e por último, o 5 fator agrupa itens com conteúdo relacionado com ativação ansiosa. Os fatores estão todos inter-relacionados e correspondem aos 5 critérios do DSM 5. Em ambas as versões, quer a portuguesa quer a da UCLA (original), apresentam um alfa abaixo de 0,70 (não sendo totalmente fiéis). O alfa de Cronbach na versão portuguesa varia entre 0,630 (2º fator) e 0,905 (3º fator). Na versão original o alfa de Cronbach varia entre 0,048 (5º fator) e 0,820 (1º fator).

Na versão portuguesa existe uma discrepância de itens, pois esta escala contém mais 11 itens que a escala original. Os Alphas de Cronbach também variam em função desses itens que constituem os respetivos fatores. O fator 1 mantém o número de itens em ambas, no entanto apresenta maior fiabilidade o da versão portuguesa com um alfa de 0,881, sendo então mais ajustado para a população portuguesa. O fator 2, também nas duas escalas apresenta congruência ao nível do alfa, na versão portuguesa manifesta-se com maior fiabilidade ($\alpha=0,630$), e na versão original ($\alpha=0,600$). Estes Alphas podem ser justificados, pelo fato destes fatores integrarem apenas 2 itens em relação aos outros fatores, os outros apresentam maior número de itens e por isso discriminam melhor. O fator 5 na escala original, ($\alpha=0,048$), parece demonstrar neste valor, alguma atipicidade quando comparado com o fator 5 da versão portuguesa, que

apresenta ($\alpha=.0,880$), revelando boa fidelidade e bom ajustamento relativamente à consistência interna, no entanto também só se constitui por 2 itens.

Tabela 20

Comparação dos resultados da versão portuguesa e da versão original por fatores

	Dimensão	Número de itens	Alfa de Cronbach
Versão	1	5	,881
Portuguesa	2	2	,630
	3	13	,905
	4	7	,765
	5	4	,880
	Elhai et al, (2013)	1	5
	2	2	,600
	3	7	,790
	4	4	,680
	5	2	,048

A Análise da fiabilidade do instrumento foi avaliada através do alfa de Cronbach. Os resultados destes estudos empíricos demonstram que as duas versões, a portuguesa e a original apresentam características psicométricas adequadas no que diz respeito à fidelidade. Desta forma permite-nos perceber que são ferramentas confiáveis, com índices de ajustamento adequados para medir o stress pós-traumático. No caso da versão portuguesa, pode ser utilizada como base, para identificar crianças e adolescentes propensos à reatividade de stress pós-traumático.

5. Limitações e futuras investigações

Este estudo apresenta algumas características que podem limitar, tendo em conta os resultados obtidos. A amostra e respetiva seleção, poderia ser outra que não a de conveniência, por exemplo uma amostra aleatória estratificada. Também seria importante ponderar estudar uma amostra mais representativa, e que não fosse apenas do norte e centro do país, mas de todo o território de Portugal. Além disto, seria importante alargar a faixa etária, abrangendo um maior número de crianças com outras idades. Elhai et al, (2013) utilizou uma faixa etária que compreende as idades dos 8 aos 18 anos, enquanto que, Moreira (2015) considerou a faixa etária dos 11 aos 18. O fato da amostra ser apenas destas duas regiões, pode influenciar os resultados.

Poderiam ser efetuadas novas investigações com base noutros indicadores de validade, tais como a sensibilidade, requerendo outro tipo de analogia, informando-nos assim até que ponto o instrumento consegue discriminar diferentes desempenhos de um sujeito, diferenciando-os entre si, quanto aos seus resultados. No seguimento da sensibilidade serviria para ter em conta assimetria e a curtose, uma vez que existem dados no modelo que revelam alguma fragilidade no que se refere ao ajustamento, desta forma os resultados seriam mais claros.

Além disto, a avaliação poderia ser complementada com uma entrevista clínica, promovendo maior compreensão do fenómeno em causa, de forma mais individualizada com vista a implementar um potencial plano de intervenção psicológica.

6. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3 rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3 rd ed. rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed. rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5h ed.). Washington, DC: Author.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anuniação, C. (2010). *Coping e Stress Traumático em Combatentes*. Lisboa: Liga dos Combatentes.
- Brehm, S. S. & Brehm, J. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*, 55(7), 626-632.
- Brunnet, A. E., Silva, T. L., Soares, T., Guimarães, E. R. & Pizzinato, A. (2014). Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) para transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7(1), 119-131.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Caballo, V. E. & Simón, M. A. (2001). *Manual de Psicología Clínica e Infantil y Del Adolescente*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Campos, B. P. (1990). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Cardoso, M.G. (2014). *Caraterísticas psicométricas do inventário de crenças implícitas acerca das causas dos problemas psicológicos*. Dissertação, (pp.80), Universidade Lusíada do Porto. Porto.
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente. Uma abordagem conceptual*. Braga: Psiquilibrios edições.
- Coelho, N. L., Silva, H. P. A. & Sousa, M. B. C. D. (2015). Stress response: II. Resilience and vulnerability. *Estudos de Psicologia*, 20(2), 72-81.
- Costa, M. E. (s/d). *Desenvolvimento da identidade. Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Dicionário da Língua Portuguesa. (2016). Porto: Porto Editora.
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Dutra, J. D. N., Kluwe-Schiavon, B.& Grassi-Oliveira, R. (2013). Conceito e diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático em crianças. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(1), 102-113.
- Elhai, J. D., Layne, C. M., Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Briggs, E. C., Ostrowinski, S. A. & Pynnos, R. S. (2013). Psychometric Properties of the UCLA PTSD Reaction Index. Part II: Investigating Factor Structure Findings in a National Clinic-Referred Youth Sample. *Journal of traumatic stress*, 26, 10-18.
- Filipe, S. & Simões, C. (2013). Study of the Psychometric properties of the prince-embury resiliency scales. *Journal of child and adolescent. Psychology*, 4 (2), 73-93.
- Frasquilho, M. A. & Guerreiro, D. (2009). *Stress, Depressão e Suicídio: Gestão de problemas de Saúde em Meio Escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Freitas, M., Passos, Z. & Fontenelle, L. F. (2011). Transtorno de estresse pós-traumático de início tardio? Reflexões diagnósticas baseadas em um relato de caso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60, 64-66.
- Garcia, V. A.& Silva, A. T. B. (2015). Transtorno de estresse pós-traumático e terapia comportamental: estudo de caso. *Ata comportamentalia; Revista Latina del Comportamiento*, 23(2), 167-183.
- Gillespie, C. F. Phifer, J. Bradley, B. & Ressler, K. J. (2009). Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depression and anxiety*, 26(11), 984-992.

- Hagenars, M. A. Fisch, I., & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of affective disorders*, 132(1) 192-199.
- Heinrichs, N. (2012). Treatment of posttraumatic stress disorders in children and adolescents. Nina Heinrichs. 1-11.
- Hernández, L. Benjet, C. Andar, M. A. Bermúdez, G. Gil, F. (2010). Clínica para el tratamiento Psicológico de transtornos Psiquiátricos en niños y adolescentes. In. S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, ME Medina-Mora(Eds). México: *Instituto Nacional de Psiquiatría*.
- Horowitz, M. J. (2011). *Stress response syndromes: PTSD, grief, adjustment, and dissociative disorders*. (5th ed.) British: Jason Aronson.
- Kaminer, D., Seedat, S., & Stein, D. J. (2005). Post-traumatic stress disorder in children. *World Psychiatry*, 4(2) 121-125.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161- 197.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 1, 164-180.
- Langhout, R. (2005). Acts of resistance: Student (in)visibility. *Culture Psychology*, 1, 123-158.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1990). *Vocabulário de Psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The constructo Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71 (3) 543-562.
- Madsen, M. D., Abell, N. (2010). Trauma Resilience Scale: Validation of Protective Factors Associates With Adaption Following Violence. *Reasercc on Social Work Practise*, 20 (2) 223-233.
- Maia, Â. (2004). *Trauma, PTSD e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maia, Â., & Fernandes, E. M. (2003). *Epidemiologia da perturbação pos stress traumático (PTSD) e avaliação de resposta ao trauma*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. P. (2012). Perturbação de Stress pós-traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress

- Disorder Checklist –Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*,30(1) 71-75.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marsh, H.W., & Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self concept: First and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin*, 97, 562-582.
- Martin, L., Revington, N., & Seedat, S. (2013). The 39-item Child Exposure to Community Violence (CECV) scale: Exploratory factor analysis and relationship to PTSD symptomatology in trauma-exposed children and adolescents. *International journal of behavioral medicine*, 20(4) 599-608.
- Marx, M. H. & Hillix, W. A. (2012). *Sistemas e Teorias em Psicologia*. São Paulo: Cultrix.
- Mevissen, L., Barnhoorn, E., Didden, R., Korzilius, H. & Jongh, A. (2014). Clinical assessment of PTSD in children with mild to borderline intellectual disabilities: A pilot study, *Developmental Neurorehabilitation*, 17(1) 16–23.
- Mevissen, L., Barnhoorn, E., Didden, R., Korzilius, H. P. L. M., & De Jongh, A. (2014). Clinical assessment of PTSD in children with mild to borderline intellectual disabilities: A pilot study. *Developmental neurorehabilitation*, 17(1) 16-23.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). Faz sentido falar-se de prevenção em saúde mental? In P. Moreira, & A. Melo (Eds), *Saúde mental do tratamento à prevenção*, (pp.144-205). Porto: Porto editora.
- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Moreira, P. Gonçalves, & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de seleção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. (2015). Escala Índice de Reatividade da Perturbação de Stress Pós-Traumático da UCLA para crianças e Adolescentes.
- Murray, L. K., Bass, J., Chomba, E., Imasiku, M., Thea, D., Semrau, K., Cohen, J. A., Carrie, L., & Bolton, P. (2011). Validation of the UCLA Child Post traumatic stress disorder-reaction index in Zambia. *International journal of mental health systems*, 5(1), 1.

- Pereira, A. & Patrício, T. (2013). *SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Sílabo.
- Pires, C. M. L. (2003). *Noções de Psicopatologia*. Lisboa: Universidade aberta.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of traumatic stress*, 22(5) 391-398.
- Ribeiro, J. (2007). A resistência olha a resistência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23, 73-78.
- Ribeiro, J. L. P. (s/d). *Desenvolvimento corporal. Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*. Lisboa: Universidade aberta.
- Richman, J. M. & Fraser, M. W. (2001). Resilience in childhood: The role of Risk and Protection. In J. M. Richman & M. W. Fraaser (Eds.) *The context of Youth Violence Resilience, Risk and Protection*. Pp. 1-12. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Roberts, J. C., deRoon-Cassini, T. A., & Brasel, K. J. (2010). Posttraumatic stress disorder: a primer for trauma surgeons. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*, 69(1) 231-237.
- Rodriguez, N., Steinberg, A. & Pynoos, R. S. & August, M. D. (1999). UCLA PTSD Index for DSM IV. UCLA Trauma Psychiatry Service.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24 (2) 335-344.
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Lobo, B. O. M., Caminha, R. M. & Kristensen, C. H., (2012). Processamento cognitivo no transtorno de estresse pós-traumático: um estudo teórico. *Interação em Psicol*, 12(2) 261-269.
- Scheeringa, M.S., Weems, C. F., Cohen, J. A., AMaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 52, 853-860.
- Sousa, A. M. (2014). Características Psicométricas da versão portuguesa da escala de resistência psicológica, *Dissertação*, Universidade Lusíada do Porto, Porto.
- Steinberg, L. & Monahan, K. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*, 43, 1531-1543.

- Tanaka, J.S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models (pp.136-162). In K.A. Bollen, & J.S. Long (eds.) Testing structural equation models. Newbury Park, CA: Sage.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis*. Washington, DC: APA.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., &Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 32(2) 122-38.
- Viola, T. W., Kluwe-Schiavon, B., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2010). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1) 55-62.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Yule W. (1999). *Post-traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy*. New York: Wiley.