

Avaliação de Stress Pós-traumático na Adolescência e Relação com Gestão de Conflitos no Contexto Escolar.

Vânia Raquel Ferreira Silva

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Orientação: Professor Doutor José Carlos Rocha

**Avaliação de Stress Pós-traumático na
Adolescência e Relação com Gestão de Conflitos
no Contexto Escolar.**

Vânia Raquel Ferreira Silva

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, sob a orientação do Professor Doutor José Carlos Rocha

Gandra, setembro de 2020

Declaração de integridade

Vânia Raquel Ferreira Silva, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração desta Dissertação de Mestrado.

Asseguro que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual o indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais confirmo que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo, neste caso, colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

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

Aos **meus pais** pela confiança que depositaram em mim, por tudo o que me ensinaram e pelo esforço que fizeram para poder concluir esta etapa na minha vida.

À **minha irmã** pelo apoio e por nunca deixar de acreditar em mim.

Ao **Fábio** pelo apoio e incentivo e por nunca me deixar desistir.

Ao **Professor Doutor José Carlos Rocha** pela orientação, transmissão de conhecimentos, conselhos e apoio ao longo da minha formação.

À **Fátima** pelo carinho, colaboração e apoio em todas as horas.

À **Maria** pela disponibilidade e colaboração.

A todos os **profissionais e alunos** da EPT-Profensino pela disponibilidade e colaboração.

Obrigado!

Índice Geral

Introdução	1
Parte I - Versão Portuguesa da Clinician-Administered PTSD Scale for dsm-5 Child/adolescent (CAPS-CA-5):Propriedades Psicométricas.....	2
Parte II - Os efeitos da exposição traumática no desenvolvimento de gestão de conflitos em adolescentes	76

Índice de Anexos

Anexo I – Consentimento informado do Encarregado de Educação;

Anexo II – Questionário Sociodemográfico;

Anexo III – Lista de Acontecimentos Geradores de Stress Crianças e Jovens - LAGS-CJ;

Anexo IV - Children's Impact of Event Scale – CRIES-13;

Anexo V - Clinician-Administered PTSD Scale for dsm-5 Child/adolescent - CAPS-CA-5;

Anexo VI - Questionário Formativo sobre Gestão de Conflitos - QFGC.

Introdução

A Perturbação de Stress Pós-traumático é uma das consequências mais comuns a nível psicológico e psiquiátrico quando se presencia um acontecimento angustiante (Pereira, 2012) o que, atendendo ao elevado número de catástrofes que têm vindo a ser reportados diariamente nos meios de comunicação, se torna das perturbações mais importantes nos nossos dias sendo, por isso, fundamental o seu conhecimento. Cerca de 70% dos indivíduos sofreram um, ou mais, traumas ao longo da vida (Benjet, Bromet, Karam, Kessler, McLaughlin, Ruscio, *et al.*, 2016).

A presente dissertação estuda a perturbação de stress pós-traumático, considerando o diagnóstico e a gestão de conflitos.

Dado o impacto da perturbação no funcionamento psíquico, a presente dissertação explora a temática através de dois manuscritos. O primeiro intitulado “Versão Portuguesa da Clinician-Administered PTSD Scale for dsm-5 Child/adolescent” (CAPS-CA-5): Propriedades Psicométricas” tem como objetivo traduzir e validar a escala diagnóstica de PSPT e encontra-se na primeira parte da dissertação. O segundo intitulado “Os efeitos da exposição traumática no desenvolvimento de gestão de conflitos em adolescentes” compreende a validação e tradução do questionário formativo sobre gestão de conflitos e por conseguinte verificar que acontecimentos traumáticos tem impacto na gestão de conflitos e localiza-se na segunda parte da dissertação.

Em conjunto, estes estudos clarificam o impacto da PSPT na população alvo, bem como a importância de uma intervenção precoce.

Versão Portuguesa da Clinician-Administered PTSD Scale for dsm-5

Child/adolescent (CAPS-CA-5): Propriedades Psicométricas

Vânia, S.,¹ & Rocha, J.¹

¹Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde (IINFACTS), Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, 116 Gandra PRD, Portugal.

Resumo

Objetivo: O desenvolvimento da escala “Clinician-Administered PTSD Scale for dsm-5 Child/adolescent” (CAPS-CA-5) é baseado na necessidade de avaliar stress pós-traumático nas crianças e adolescentes.

Assim, pretendemos traduzir, adaptar e caracterizar psicometricamente o instrumento: CAPS-CA-5.

Método: Após o consentimento informado, 50 estudantes em contexto escolar, em Portugal, preencheram um inquérito sociodemográfico, a Lista de Acontecimentos Geradores de Stress em Crianças e Jovens LAGS-CJ, a Escala de Impacto de Eventos Revisto para Crianças CRIES-13 e a entrevista diagnóstica *Clinician-Administered PTSD Scale for dsm-5 Child/adolescent* - CAPS-CA-5.

Resultados: A CAPS-CA-5 Português demonstrou boa consistência interna, fidelidade *interrater* e validade convergente.

Conclusão: A versão da CAPS-CA-5 Português é tão fiável e válida como as versões originais em inglês e holandês.

Palavra-chave: Perturbação de Stress Pós-Traumático; Adolescência; CAPS-CA-5.

Abstract

Objective: The development of the “Clinician-Administered PTSD Scale for dsm-5 Child / adolescent” scale (CAPS-CA-5) is based on the need to assess post-traumatic stress in children and adolescents.

Thus, we intend to translate, adapt and psychometrically characterize the instrument: CAPS-CA-5.

Method: After informed consent, 50 students in a school context, in Portugal, completed a sociodemographic survey, the Lista de Acontecimentos Geradores de Stress em Crianças e Jovens LAGS-CJ, the Revised Events Impact Scale for Children CRIES-13 and the diagnostic interview Clinician-Administered PTSD Scale for dsm-5 Child / adolescent - CAPS-CA-5.

Results: CAPS-CA-5 Portuguese demonstrated good internal consistency, interrater fidelity and convergent validity.

Conclusion: The CAPS-CA-5 Portuguese version is as reliable and valid as the original versions in English and Dutch.

Keyword: Post Traumatic Stress Disorder; Adolescence; CAPS-CA-5.

Introdução

As crianças e adolescentes sofrem eventos traumáticos como agressão, abuso sexual, desastres naturais ou acidentes diários. Aproximadamente 10.35% das crianças desenvolvem Perturbação de Stress Pós-Traumático (Berman, Kurtines, Silverman, & Serafini, 1996; Kilpatrick *et al.*, 2003).

Linden & Maercker (2011) definem eventos traumáticos como situações objetivas de extremo perigo que estão fora do alcance da experiência humana usual. Estes incluem desastres naturais, como terremotos e inundações, desastres causados pelo homem, como guerras e acidentes nucleares, acidentes catastróficos, tais como acidentes de carro ou avião, e agressões físicas, como abuso sexual ou tentativa de homicídio. A característica que define um acontecimento traumático é a sua capacidade para provocar o medo, impotência ou horror em resposta à ameaça de lesão ou morte. Assim, um evento traumático pode ser reexperimentado de inúmeras formas e, de modo comum, existem esforços intencionais dos indivíduos para evitar pensamentos, lembranças, sentimentos, diálogos ou outra situação que se associe ao acontecimento traumático (American Psychiatric Association, 2014). Estudos indicam que 16% das crianças e adolescentes expostos ao trauma desenvolvem a Perturbação de Stress Pós-Traumático (Alisic, 2014). Assim, este é um grupo de alto risco para quem a avaliação do PSPT é essencial. A PSPT é uma perturbação enquadrada na classe dos traumas e transtornos relacionados com o stress no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações mentais (American Psychiatric Association, 2014). Barlow (2016) refere que a PSPT é caracterizada a partir da ocorrência de um evento stressante, do qual a vítima não consegue recuperar, onde o indivíduo vivência, testemunha ou se depara, de qualquer maneira, com um evento que envolve morte real ou ameaça, lesão grave ou violência. Justo (2011) delimitam a PSPT como um conjunto de manifestações que abrangem crises com altos níveis de ansiedade,

juntamente com ocasiões em que o indivíduo tem a sensação de estar a reviver o acontecimento traumático experienciado. A expressão clínica da PSPT varia consoante os indivíduos, alguns experienciam sintomas de medo, revivência emocional e comportamental, outros humor disfórico e cognições negativas, outros apresentam sintomas dissociativos, e há ainda outros indivíduos que revelam combinações de todos os padrões descritivos (American Psychiatric Association, 2014). Uma característica peculiar da PSPT é o desenvolvimento de sintomas individuais após a exposição a um ou vários acontecimentos traumáticos (American Psychiatric Association, 2014). Associada a exposição a acontecimentos traumáticos, a PSPT é o quadro psicopatológico mais frequente em crianças e adolescentes (Bal & Jensen, 2007; Ehlers, Mayou, & Bryant, 2003; Linning & Kearney, 2004; Runyon, Faust, & Orvaschel, 2002; Ziegler, Greenwald, DeGuzman, & Simon, 2005). Durante as últimas décadas, tem sido cada vez mais reconhecido que as crianças e os adolescentes podem apresentar sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático após a exposição a uma diversidade de acontecimentos traumáticos e que apresentem risco de vida (Giannopoulou, Smith, Ecker, Strouthos, Dikaiakou, e Yule, 2006). Num estudo dinamarquês entre 25% e 87% dos jovens relatam ter experimentado pelo menos um evento traumático antes dos 20 anos, sendo que o género feminino relata mais episódios (Elklit, 2002). Estudos epidemiológicos têm sugerido que a PSPT pode ser mais prevalente entre o sexo feminino do que entre sexo masculino (Breslau, Anthonu 2007 & Tolin, 2006). No decurso do ciclo vital, são diversos os acontecimentos e mudanças que os indivíduos experienciam. Nas crianças e jovens ocorrem acontecimentos de vida que podem ser seres normativos, como a entrada para a escola, o nascimento de um irmão, as primeiras amizades, no entanto, outras experiências menos comuns poderão ocorrer, tais como maus tratos infantis, violência doméstica, violência escolar e na comunidade, perda e luto, intervenção médica, guerra e catástrofes

naturais (Fridman, Keane, & Resick, 2007). Deste modo, a exposição a um ou mais eventos stressantes pode desenvolver a Perturbação do Stress Pós-Traumático (Wimalawansa, 2014). Ziegler, Greenwald, DeGuzman, & Simon (2005) refere que as crianças e os adolescentes estão mais vulneráveis a desenvolver sintomas de stress e mesmo PSPT comparativamente com a população adulta face à exposição a situações traumáticas, por motivos de imaturidade psicológica e cognitiva que possuem. Outra característica que difere as crianças e adultos é o facto de estas possuírem níveis de desenvolvimento mais iniciais, ao inverso dos adultos que já tem aquisições fulcrais adquiridas (Aberto,2009). A presença de um trauma na infância e adolescência pode interferir de forma mais desastrosa no indivíduo, uma vez que atrasa a aquisição de determinadas capacidades e atitudes, e faz perder aquisições já feitas anteriormente (Aberto,2009). Indivíduos com PSPT tendem a irritar-se facilmente, podendo ocorrer comportamentos físicos ou verbais violentos, que podem ser autodestrutivos.

A edição do DSM-V trouxe alterações para os critérios da Perturbação de Stress Pós-traumático, com destaque para a eliminação das reações de medo, desamparo e horror como forma de resposta à experiência traumática e a adição do subtipo clínico “sintomas dissociativos”, com o intuito de nomear indivíduos com experiência de despersonalização e desrealização (Walton, Cuccurullo, Raines, Vidaurri, Allan, Maieritsch, & Franklin, 2017). A pesquisa sobre a resposta ao stress requer uma avaliação vigorosa tanto do impacto que os acontecimentos produzem na vida dos indivíduos, como no impacto subjetivo que originam. A avaliação de acontecimentos de vida é possível através de questionários que listam este impacto, bem como de situações de mudança que dão origem a estimativas quantitativas do impacto cumulativo de tais episódios em indivíduos e/ou grupos (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979).

Como supracitado, o DSM-5 coloca a PSPT na secção de perturbação relacionada com o trauma e descreve oito critérios para diagnóstico.

O **critério A** caracteriza um evento traumático que envolve morte real ou ameaça, ferimentos graves ou violência sexual. Um indivíduo pode ser exposto a um evento traumático experienciando diretamente um trauma, testemunhando um trauma, conhecendo a história de um evento que aconteceu a um familiar próximo ou amigo íntimo, e exposição repetida e/ou extrema a detalhes aversivos do trauma de outra pessoa.

O **critério B** caracteriza a revivência da experiência traumática e define-se pela presença de um ou mais dos seguintes sintomas de intrusão, com início após a ocorrência do acontecimento traumático: (B1) memórias angustiantes recorrentes involuntárias, intrusivas e angustiantes do acontecimento traumático; (B2) sonhos perturbadores recorrentes sobre o acontecimento; (B3) reações dissociativas (por exemplo, *flashback*) em que o indivíduo se sente ou age como se o acontecimento traumático fosse recorrente; (B4) sofrimento psicológico intenso ou prolongado na exposição e sinais internos ou externos que simbolizam ou relembram um aspeto do trauma; (B5) reações fisiológicas marcadas a estímulos internos ou externos que simbolizam ou relembram um aspeto do trauma.

O **critério C** caracteriza-se por sintomas de evitamento de situações associadas ao acontecimento traumático, com início após o acontecimento traumático, e dele devem constar um ou ambos os sintomas: (C1) evitamento de memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre os traumas; (C2) evitamento de recordações externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que provocam memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre o trauma.

O **critério D** caracteriza-se por alterações negativas nas cognições de humor associadas ao acontecimento traumático, com início ou agravando com a ocorrência do acontecimento traumático através das manifestações de dois ou mais dos seguintes sintomas: (D1) incapacidade de recordar aspetos importantes do acontecimento traumático, particularmente devido à amnésia dissociativa e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas; (D2) crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas sobre si, os outros ou o mundo; (D3) culpa persistente e distorcida de si mesmo ou de outros; (D4) estado emocional negativo persistente; (D5) interesse acentuadamente diminuído ou diminuição na participação de atividades significativas; (D6) sentimentos de distanciamento ou de desapego dos outros; (D7) incapacidade persistente de experienciar emoções positivas.

O **critério E** caracteriza-se por alterações marcantes na hiperativação e reatividade associadas ao acontecimento traumático, devem estar presentes dois ou mais dos seguintes sintomas: (E1) comportamento irritável ou explosões de raiva; (E2) comportamento imprudente ou autodestrutivo; (E3) hipervigilância; (E4) resposta sobressalto exagerada; (E5) problemas de concentração; (E6) perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer, permanecer a dormir ou sono agitado).

O **critério F** define a PSPT em função da duração dos sintomas dos critérios B, C, D e E. Este critério considera que é necessário que os sintomas supracitados se manifestem pelo menos durante um mês.

O **critério G** exige que os sintomas da PSPT provoquem sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo nas áreas sociais, ocupacionais e outras áreas importantes de funcionamento quotidiano.

O **critério H** define que a PSPT não é atribuível ao uso de substâncias ou outra condição médica.

Para além destes critérios, existem duas especializações de PSPT incluídas no DSM-5, sendo estas: (1) expressão tardia ocorre quando os critérios não são cumpridos por, pelo menos, 6 meses após o evento traumático; (2) sintomas dissociativos, que ocorrem quando este preenche os critérios para um PTST e, para além disso, em resposta ao acontecimento traumático, experiência sintomas de uma das seguintes formas persistentes ou recorrentes (a) despersonalização: experiências persistentes e recorrentes de se sentir separado da mente ou do corpo; (b) desrealização: experiência recorrente ou persistente de irrealidade do ambiente.

Assim, para avaliar a PSPT, pode-se utilizar diferentes escalas e entrevistas. Um dos instrumentos utilizados na avaliação da PSPT, na nossa investigação, é a Escala de Impacto de Eventos para Crianças CRIES 13 (Smith, Perrin, Dyregrov, & Yule, 2003). Outros instrumentos são a Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para Crianças, LAGS-CJ (Moreira e Rocha, 2013), para identificação de um evento traumático, a entrevista diagnóstica, Escala de Avaliação de Perturbação de Stress Pós-Traumático versão Crianças/Adolescentes, CAPS-CA-5 para o diagnóstico de PSPT nas crianças e adolescentes.

Para dar resposta a estes e outros objetivos, de acordo com Dyregrov & Yule, (2006), Hawkins & Radcliffe (2006), são várias as entrevistas que existem para especificamente avaliar a presença de sintomas de PSPT em crianças e adolescentes:

1. ***Diagnostic Interview for Children and Adolescent – Revised (DICA – R);*** (Hawkins & Radcliffe,2006; Kaminer & cols,2005; Zink & McCain,2002) (6-17 anos) Entrevista semiestruturada com a criança/adolescente e entrevista com

- os pais. O objetivo é investigar a história de vida e diagnóstico a partir de um evento traumático. É baseada nos critérios diagnósticos do DSM-III e DSM-IV.
2. ***Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)***; (Hawkins & Radcliffe,2006; Kaminer & cols,2005); Perrin & cols, 2000; Runyon & cols,2002); Ruggiero & cols,2000); (6-18 anos) Entrevista semiestruturada com a criança/adolescente e entrevista com os pais. O objetivo é investigar psicopatologia ao longo da história de vida e diagnóstico parcial ou completo a partir de um evento traumático. É baseada nos critérios de DSM-III e DSM-IV.
 3. ***Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD – RI)***; (Hawkins & Radcliffe, 2006; Praver, DiGiuseppe, Pelcovitz, Mandel & Gaines,2000); Qouta & cols,2003; Ehlers & cols,2003; Thabet, Abed &Vostanis, 2004; Kolaitis & cols, 2003; Bal & Jensen, 2007; Perrin & cols,2000; Taïeb & cols, 2003); (>5 anos) Entrevista semiestruturada com a criança/adolescente. O objetivo é investigar reações a eventos traumáticos específicos. É baseada nos critérios diagnósticos DSM-III e DSM-IV.
 4. ***Child PTSD Symptom Scale (CPSS)***; (Hawkins & Radcliffe, 2006; Kaminer e cols,2005); Adaptado para crianças 8-18 anos é um Autorrelato da criança/adolescente (pode ser usado como entrevista). O objetivo é investigar presença e severidade dos sintomas. É baseada nos critérios DSM-IV.

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

1. Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) - baseia-se no modelo de dois fatores de Horowitz, contendo 15 itens que medem os sintomas de intrusão e evitamento. A escala de intrusão inclui itens como “Eu pensei no acontecimento quando não o desejava” “Imagens da situação invadiam-me a mente” “Outras coisas lembram-me o acontecimento”. A escala relativa ao evitamento inclui itens como “Tentei não falar sobre isso” “Afastei-me de coisas que me podiam fazer lembrar essa experiência” “Tentei não pensar sobre o assunto”. As respostas são dadas numa escala likert de 4 pontos, que vão do “nunca” (pontuação 0), “raramente” (pontuação 1); “às vezes” (pontuação 3) e “frequentemente” (pontuação 5). Para além da escala dar um valor em cada uma das subescalas, dá também um valor da escala total. Esta escala tem uma correlação alta com medidas de PSPT.

2. Trauma Symptom Checklist - 40 (TSC - 40; Briere & Runtz, 1989; Briere, 1995) - foi desenvolvido para estudar o impacto do abuso sexual, e a versão atual tem 40 itens subdivididos em 6 subescalas, sendo elas: ansiedade, depressão, dissociação, trauma após abuso sexual, problemas sexuais e perturbação de sono.

3. Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, Elliott, Harris, & Cotman, 1995) - é composto por 100 itens que avaliam sintomas pós-trauma durante 6 meses, subdivide-se em 10 subescalas, sendo elas: ansiedade ou ativação, raiva ou irritabilidade, depressão, evitamento defensivo, dissociação, perturbação do comportamento sexual, experiências intrusivas, autorreferência comprometida, preocupações sexuais, e comportamentos de externalização para reduzir a tensão.

4. Escala de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático (McIntyre, Ventura & Alberto, 1993) – é composta por duas partes: a primeira refere-se ao

acontecimento traumático, caracterizando os acontecimentos que eventualmente possam estar na origem do trauma, incluído 11 questões; a segunda está diretamente relacionada com o diagnóstico do trauma, dividindo-se em três agrupamentos (i. revivência, ii. evitamento, iii. ativação), as opções comportam uma escala dicotômica “sim e não”.

5. Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças (Duarte Costa & Sani, 2006) – desenvolvida a partir Posttraumatic Diagnostic Scale (PTSD) e propõe-se avaliar a incidência e severidade de sintomas de pós-stress traumático em crianças, dos 8 aos 18 anos de idade, que tenham experienciado acontecimentos traumáticos, sendo de autopreenchimento. É composta por dois itens iniciais de resposta escrita, 17 itens que refletem sintomas de PPST e que agrupados dão origem a três dimensões: Reexperiênciação (item 1 a 5), Evitamento (item 6 a 12) e Ativação (item 13 a 17) e por fim 7 itens que abordam áreas funcionais de vida. As respostas aos 17 itens são apresentadas segundo uma escala likert de 0 a 3 pontos.

Esta investigação tem com objetivo geral traduzir e validar a CAPS-CA-5, através das propriedades psicométricas como médias de gravidade, prevalência, fidelidade, validade convergente entre a CAPS-A-5 com a CRIES13 e sucessivamente a validade da CAPS-CA-5 com a LAGS-CJ. Assim, a hipótese é verificar se as características psicométricas são satisfatórias em comparação com as versões já existentes.

Relativamente a importância deste estudo, salienta-se o facto de existirem vários tipos de abordagens que foram sendo apresentados para o entendimento e intervenção nesta patologia. Dada a sua prevalência, epidemiologia e os fatores que traz consigo relacionados, assim como o prejuízo significativo nas áreas emocionais na vida dos

indivíduos, é fácil perceber o porquê da importância e do interesse desta investigação, no sentido de ajudar a prever, a conhecer e a prevenir esta patologia.

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

Apesar da importância do diagnóstico da PSPT nesta população e da sua deteção precoce, este tem sido pouco realizado e, talvez, subestimado por profissionais que atuam diretamente com crianças e adolescentes traumatizados (Ziegler, Greenwald, DeGuzman, & Simon, 2005). Contudo, outra importância é o facto da entrevista diagnóstica, CAPS-CA-5, não estar traduzida e validada para a população Portuguesa.

Metodologia

Participantes

A amostra inquirida é de conveniência, e é constituída por 50 estudantes da escola Profissional e Tecnológica – Profensino, sendo que 12 (24%) são do sexo feminino e 38 (76%) são do sexo masculino. Estes 50 participantes têm idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos, com uma média de ($M=16,90$; $DP=1,18$). Relativamente ao grau de escolaridade, 20 (40%) dos estudantes frequentam o 6ºano, e 30 (60%) frequentam o 9ºano. No que diz respeito ao estado civil dos pais, 20 (40.8%) afirmam que os pais estão

separados, 29 (59.2%) afirmam que os pais estão casados. No que diz respeito a ter algum progenitor falecido, 46 (93.9%) responderam que não têm, 1 (2%) respondeu que tem a figura materna, 2 (4.1%) responderam que têm a figura paterna. Dos 50 participantes, 24 (48%) responderam que têm uma situação favorável, 25 (50%) uma situação económica estável e 1 (2%) respondeu ter situação económica desfavorável.

Em relação ao número de irmãos, 6 (12%) não têm irmãos, 24 (48%) têm um irmão, 15 (30%) têm 2 irmãos, 1 (2%) têm 3 irmãos, 1 (2%) tem 4 irmãos, 1 (2%) tem 6 irmãos, 1 (2%) tem 7 irmãos e 1 dos participantes não respondeu a essa questão.

Quando questionados acerca da escolaridade do pai, os participantes responderam que 11 (27.5%) possuem o 1ºciclo, 15 (37.5%) o 2ºciclo, 10 (25%) o 3ºciclo e 4 (10%) o secundário. Relativamente às mães, 10 (22.2%) detêm o 1ºciclo, 13 (28.9%) o 2ºciclo, 19 (42.2%) o 3ºciclo, 3 (6.7%) o secundário. Dos 50 participantes, 6 (12%) responderam que eram acompanhados em psicologia e 44 (88%) responderam que não usufruem de acompanhamento psicológico. Em relação à toma de fármacos, 4 (8%) dos estudantes responderam que tomam e 46 (92%) responderam que não fazem medicação. A tabela seguinte ilustra as características sociodemográficas da amostra.

(tabela 1)

Relativamente à exposição a acontecimentos, o acontecimento 3 “Passar a noite no hospital”, foi o mais frequente com 33 respostas; o acontecimento 21 “Mau trato na escola”, com 21 respostas; o acontecimento 1 “Envolvimento num acidente grave”, e o acontecimento 19 “Alguém te fez sentir muito triste ou com muito medo”, ambos com 20 respostas afirmativas.

Depois destes acontecimentos seguiram-se: o acontecimento 7 “Sentir que é tratado de forma diferente dos outros”, que obteve 18 respostas afirmativas; o acontecimento 10

“Ridicularizado perante os teus colegas”, o acontecimento 13 “Atacado por um cão ou por outro animal”, e o acontecimento 15 “Agressão familiar entre familiares”, que obtiveram, os três, 15 respostas afirmativas; o acontecimento 14 “Agressão física entre familiares”, que obteve 14 respostas afirmativas; o acontecimento 9 “Alguém ameaçou que te ia magoar com gravidade”, com 13 respostas afirmativas; o acontecimento 6, “Agressão física propositada ao próprio”, com 12 respostas afirmativas; o acontecimento 17 “Visualizar agressão física alguém de fora”, e o acontecimento 20 “Humilhação pública”, que obtiveram 11 respostas afirmativas; o acontecimento 5 “Pais ausentes por um longo período de tempo ou definitivamente”, o acontecimento 2 “Presenciar acidente grave sem envolvimento”, e o acontecimento 18 “Obrigação não consentida do próprio”, com 10 respostas afirmativas; o acontecimento 8 “Ida ao hospital por agressão física”, que obteve 9 respostas afirmativas; o acontecimento 4 “Ausente dos pais”, que obteve 6 respostas afirmativas; o acontecimento 11 “Assalto”, que obteve 5 respostas afirmativas; Não existe nenhum acontecimento que não tenha sido escolhido nenhuma vez, sendo que o acontecimento 22 “Punição física”, obteve 4 respostas afirmativas; o acontecimento 16” familiares presos ou em apuros”, obteve 3 respostas afirmativas; por último, o acontecimento 12 “Rapto”, registou 1 resposta afirmativa”.

Relativamente à escolha do acontecimento como tendo sido o pior que já foi vivenciado, o acontecimento 21 “Mau trato na escola”, foi escolhido por 8 dos participantes; o acontecimento 3 “Passar a noite no hospital ou fazer uma cirurgia”, foi escolhido por 7 dos participantes; o acontecimento 1 “Envolvimento num acidente grave” e 18 “Obrigação não consentida pelo próprio”, por foram escolhidos por 5 participantes; o acontecimento 15 “Agressão verbal entre familiares”, foi escolhido por 4 participantes; o acontecimento 8 “Ida ao hospital por agressão física”, e o acontecimento 13 “Atacado por um cão ou por outro animal”, foram escolhidos por 3 dos participantes; o acontecimento

16 “Familiares presos em apuros”, o acontecimento 14 “Agressão física entre familiares” o acontecimento 19 “Alguém fez sentir muito triste ou com medo?” e acontecimento 6 “Agressão física propositada ao próprio” foram escolhidos por 2 participantes; por último, os acontecimentos 2 “Presenciar acidente grave sem envolvimento”, 4” Ausente dos pais”, 5 “Pais ausentes por um longo período de tempo ou definitivamente” e 10 “Ridicularizado perante os teus colegas” foram escolhidos por 1 participante.

Apenas os acontecimentos 7 “sentir que é tratado de forma diferente dos outros”, 9 “Alguém ameaçou que te ia magoar com gravidade”, 11 “Assalto”, 12 “Rapto”, 17” Visualizar agressão física alguém de fora”, 20 “Humilhação pública” e 22 “punição física” não foram selecionados.

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

(tabela 2)

Instrumentos

O protocolo de investigação utilizado para a concretização do presente estudo foi composto pelos instrumentos descritos seguidamente e por um consentimento informado que culminava num esclarecimento do estudo e num pedido de participação que garantia o anonimato e a confidencialidade dos dados.

O Questionário Sociodemográfico foi desenvolvido com o objetivo de caracterizar a amostra. Para isso, foram discutidas as informações pertinentes para o estudo com base na revisão bibliográfica sobre a temática. O questionário contém perguntas para obter informações sociodemográficas sobre a idade, género, profissão, estado civil, residência, habilitações literárias, acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, toma de fármacos,

situação económica e dados sobre os pais, nomeadamente, estado civil, profissão, habilitações literárias e número de irmãos (Anexo II).

A LAGS-CJ (Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para Crianças e Jovens) (Moreira e Rocha, 2013) é uma lista de acontecimentos que pretende apenas caracterizar alguns dos acontecimentos mais frequentes a que os adolescentes poderão estar expostos e que podem ser traumáticos, e, assim, estar na origem de uma possível PSPT. A lista é constituída por 23 itens que descrevem possíveis acontecimentos traumáticos que marcaram negativamente, provocando sensação de medo intenso e/ou um sentimento de desproteção e de horror. É pedido ao respondente que indique se determinado acontecimento descrito já aconteceu. No sentido de enriquecer estas informações, é pedido que, no final do preenchimento da LAGS-CJ, os participantes indiquem, de todos os acontecimentos que selecionaram, qual foi o pior (Anexo III).

A CRIES-13 (*Children's Impact of Event Scale*) (Children and War Foundation, 1998); é composta por três subescalas: intrusão, evitamento e hiperativação. A CRIES-13 é um instrumento de autorresposta que procura avaliar o sofrimento subjetivo que advém de uma experiência traumática. É constituído por 13 itens classificados de forma não linear de acordo com a frequência da ocorrência durante a última semana em que 0 corresponde a “Nunca”; 1 “Raramente”, 3 “Algumas vezes” e 5 “Muitas vezes” em relação ao evento traumático específico. As pontuações são obtidas para quatro itens (1,3,6,7) de intrusão, quatro itens (2,4,5,8) de evitação e cinco itens (9,10,11,12,13) de excitação. As pontuações totais variam entre 0 e 65 e pontuações mais altas indicam mais sintomas de PSPT. A consistência interna total da CRIES-13 varia entre .75 e .87, sendo que para as três subescalas, a intrusão apresenta uma variação de .70-.90, a evitação de .62-.82 e a hiperativação de .60-.74 (Dyregrov, Kuterovac & Barath, 1996; Giannopoulou *et al.*, 2006a; Lau *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2003; van der Kooij *et al.*, 2013; Yule, Bruggencate

& Joseph, 1994; Zhang et al., 2011). A confiabilidade do reteste é de ($r's = .76-.85$) (Panter-Bricketal., 2011; Verlindenetal., 2014). A versão portuguesa foi validada por Rocha, Moreira e Silva, (2012) (Anexo IV).

A CAPS-CA-5 (*Clinician-Administered PTSD Scale for dsm-5 child/adolescent*) (Pynoos et al., 2015) é uma entrevista estruturada com 30 itens, baseia-se nos critérios de DSM-5 para avaliar o PSPT em crianças e adolescentes. É necessário administrar antes uma escala, neste caso a LAGS-CJ, para que seja identificado um evento traumático. Na CAPS-CA-5, as classificações de gravidade dos sintomas são baseadas na frequência e intensidade dos sintomas, com exceção do item 8 (amnesia) e do item 12 (interesse diminuído), que são baseados na quantidade e intensidade. A intensidade é classificada numa escala ordinal de 4 pontos com classificações de Mínima, Claramente Presente, Pronunciada e Extrema. A classificação da gravidade tem por base 4 pontos em que 0 corresponde a “Ausente”; 1 “Suave/Subliminar”; 2 “Moderada/Limite”; 3 “Grave/Marcadamente elevada” e 4 “Extrema/Incapacitante”. As principais dimensões de classificação da frequência e intensidade são moderadas e graves. Relativamente às suas características psicométricas, esta entrevista é considerada uma excelente escala de avaliação de PSPT. A versão original em inglês da CAPS-CA-5 demonstrou consistência interna com coeficiente variando entre 0,52 e 0,82 em amostras na faixa etária de 7-14 (Saltzman, Weems & Carrion, 2006) muito inferior à obtida em amostras com mais de 14 anos que varia entre 0,72 e 0,9 (Erwin, Neuman, McMackin, Morrissey & Kaloupek, 2000) (Harrington, 2009) (Anexo V).

Procedimentos

A tradução e adaptação do instrumento para a população Portuguesa passou inicialmente por 3 processos de tradução, tendo sempre em atenção para que a frase não perdesse o

seu significado e intenções originais. Após duas versões e uma versão final, foi feita uma retroversão. No final, a retroversão coincidiu com a original, existindo algumas questões de pormenor que foram ajustadas, tendo ainda sido comparada com outras versões em outras línguas, no sentido de verificar se estas se identificavam com a nossa. O aspeto final da CAPS-CA-5 e a ordem dos itens mantiveram-se iguais aos da versão original em Inglês.

Recolha de dados

A recolha de dados e aplicação do protocolo de avaliação tiveram início em fevereiro de 2020 e término em março do mesmo ano por contacto direto com os participantes. De modo a garantir os valores éticos, foi explicado o objetivo do estudo, bem como o anonimato e confidencialidade aos participantes. Foi ainda apresentado um consentimento informado que requeria a aceitação e preenchimento por parte dos progenitores dos participantes.

A CAPS-CA-5 foi traduzida para português e adaptada para os adolescentes, através da versão em Inglês, foi aplicada a 30 estudantes de forma aleatória. A entrevista demora aproximadamente 30-60 minutos. De modo a verificar a adequação e a pertinência da cotação na entrevista diagnóstica, CAPS-CA-5 foi cotada por 2 avaliadores através de gravações áudio que serão destruídas após final da investigação.

Análise de dados

O método de tratamento de dados seguiu uma abordagem quantitativa onde foi empregue inquéritos por questionário, recorrendo-se por tal ao programa informático *software* IBM SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*®), versão 26.0. para efetuar as análises aos dados recolhidos. Especificamente, análises descritivas para média, desvio padrão e frequência, correlações de *Pearson* para verificar se há correlações entre as variáveis

(CAPS-CA-5 e CRIES 13; CAPS-CA-5 e LAGS-CJ), análise de fidelidade e o coeficiente de *Kappa* para descrever concordância entre avaliadores do CAPS-CA-5.

Resultados

Análises de Fidelidade

Para a investigação da fidelidade da CAPS-CA-5, calculámos o alfa *Cronbach*, quanto à escala total e às quatro subescalas, utilizando a pontuação de gravidade para cada item. George e Mallery (2003) interpretaram o coeficiente as $\alpha < 0.5$ como inaceitável, $\alpha \geq 0.5$ e $\alpha < 0.6$ como pobre, $\alpha \geq 0.6$ e $\alpha < 0.7$ como questionável, $\alpha \geq 0.7$ e $\alpha < 0.8$ como aceitável, $\alpha \geq 0.8$ e $\alpha < 0.9$ como bom, $\alpha \geq 0.9$ como excelente.

As correlações totais das quatro subescalas e da escala total da CAPS-CA-5, com uma amostra de 30 participantes, foi encontrado o coeficiente mais baixo na subescala Alteração negativa na cognição e humor ($\alpha = 0.689$), e o coeficiente mais alto foi verificado no item na subescala reexperimentação ($\alpha = 0.885$). É evidente uma correlação total de itens negativa no item D1, pertencente à subescala Alteração negativa na cognição e humor (-0.105). Dos critérios existentes verifica-se uma correlação total de itens negativa para a subescala D Alteração negativa na cognição e humor (-0.203-0.662).

Por último foi verificado um alfa de *Cronbach* excelente para a CAPS-CA-5 total ($\alpha = 0.910$).

(Tabela 3)

Análise de Validade

A validade convergente foi investigada pela correlação da CAPS-CA-5 com a CRIES-13, mas também pela correlação da CAPS-CA-5 com LAGS-CJ.

De acordo com Cohen (1988), as correlações $r = < 0.30$ são consideradas pequenas, as correlações $r = \geq 0.30$ e $r = < 0.50$ são consideradas médias, e ≥ 0.50 são consideradas fortes.

O estudo da sensibilidade e especificidade da CAPS-CA-5 permitiu definir o ponto de corte ótimo da CRIES-13 como >30 , curva ROC com área de 0,938, com sensibilidade de 0.833 e 1- especificidade de 0.111. Assim, tiveram diagnóstico positivo 12 (40%) e 18 (60%) tiveram diagnóstico negativo.

(tabela 4)

A CAPS-CA-5 apresentou correlações médias a fortes com a CRIES-13 Total. Foram encontradas uma menor correlação para o Critério E ($r=0.429^*$) e uma maior correlação para o critério C ($r= 0.792^{**}$). Os critérios B, C, D e CAPS-CA-5 Total evidenciam diferenças estatisticamente significativas para um $p<0.01$. Com exceção da subescala evitamento e critério D e a escala cries total com o critério E que evidenciam diferenças estatisticamente significativas para um $p<0.05$.

(Tabela 5)

Relativamente à correlação entre CAPS-CA-5 com LAGS-CJ, verificou-se o valor mais baixo no critério C, evitamento, e o valor mais alto no critério E, alteração na excitação e reatividade. Os critérios B e C, apresentados na tabela 6, evidenciam diferenças estatisticamente significativas para um $p<0.05$. Os restantes critérios demonstram diferenças estatisticamente significativas para um $p<0.01$.

(tabela 6)

A correlação entre a CRIES-13 e a LAGS-CJ apresentaram um coeficiente de ($r=0.588^{**}$), isto é, verifica-se uma sensibilidade com diferença estatisticamente significativa entre os instrumentos.

No que diz respeito à tabela 7, são evidenciadas diferenças estatisticamente significativas entre todos os critérios da CAPS-CA-5 para um $p<0.01$. Relativamente às médias de Gravidade total da CAPS-CA-5 ($M=17.60$; $DP=14.52$) verifica-se uma correlação significativa com os critérios B, C, D, E. A média de gravidade referente ao critério de reexperimentação B é de ($M=3.57$; $DP=4.58$), este critério evidencia correlação positiva com a CAPS-CA-5 total e os critérios C, D e E. A média de gravidade do critério de evitamento é de ($M=2.20$; $DP=2.25$) com correlação positiva nos critérios da CAPS-CA-5 total e os restantes B, D, E. Para o critério D, alteração negativa na cognição e humor, a média de gravidade foi de ($M=6.43$; $DP=5.12$) e demonstrou correlação positiva com os critérios da CAPS-CA-5 total, B, C e E. Por último, no critério de alterações na excitação a média de gravidade foi de ($M=5.40$; $DP=4.85$) e este também evidenciou diferenças estatisticamente significativas para todos os critérios da CAPS-CA-5.

(Tabela 7)

Fidelidade de *Interrater*

O diagnóstico CAPS-CA-5 demonstrou forte confiabilidade do *interrater* ($\kappa = 0.73$ a 1.00) baseada em classificações independentes de entrevistas da CAPS-CA-5 gravadas em áudio. A pontuação de gravidade total CAPS-CA-5 demonstrou alta consistência interna ($\alpha=0.96$) e confiabilidade *interrater* para o primeiro avaliador ($ICC = 0.89$), para o segundo ($ICC = 0.88$).

(Tabela 8)

Discussão/Conclusão

O objetivo do presente estudo foi testar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa da CAPS-CA-5 e, como hipótese, verificar esta com as versões já existentes do instrumento. Assim, o presente estudo sugere propriedades psicométricas da CAPS-CA-5 tão boas quanto a versão inglesa e versão holandesa.

Os resultados médios na CAPS-CA-5 variam entre os estudos. Carrion, Haas, Garrett, Song, & Reiss (2010), por exemplo, encontraram uma pontuação média CAPS-CA de 44,6 numa amostra de crianças com histórico de trauma interpessoal e que sofriam de PSPT parcial ou completo. No presente estudo também incluímos adolescentes sem PSPT e com PSPT e encontramos uma pontuação média de 17.60.

Considerando a validade convergente da CAPS-CA-5, as nossas correlações da subescala CAPS-CA-5 e escala total e as correspondentes escalas da CRIES-13 podem ser interpretadas como médias a fortes. O presente estudo encontrou para o grupo etário jovem uma correlação para a escala total superior à encontrada por Julia Diehle, Roos, Boer & Lindauer (2013) no DSM-IV. Esta conclusão indica que a CAPS-CA-5 em português tem uma validade convergente ligeiramente melhor do que a versão em holandês.

Para as análises de fidelidade, encontramos o alfa *Cronbach* que pode ser interpretado como questionável para bom, para amostra total, o que é comparável com o estudo de Manon A. Boeschoten *et al.* (2018) com critérios de reexperimentação ($\alpha= 0.74$), Evitamento ($\alpha= 0.63$), Alterações negativas nas cognições e humor ($\alpha= 0.79$) e hiperativação ($\alpha= 0.72$).

O item D1 (incapacidade de lembrar) apresenta uma correlação entre itens menor quando comparado aos restantes, indicando que esses itens representam sintomas raros de

população paciente com PSPT. Por isso, foi sugerido que poderá ter de ser removido deste critério no futuro (Bovin, Marx, Weathers, Gallagher, Rodriguez, Schnurr & Keane 2016).

Os resultados das análises *interrater* confirmam que a CAPS-CA-5 tem boa confiabilidade *interrater*. O ICC para os 2 entrevistadores foi excelente tanto para o total quanto para a pontuação de gravidade, o que é comparável à versão holandesa e à versão em inglês (Carrion, Weems, Ray, & Reiss, 2002).

No decorrer da investigação levantaram-se várias limitações, como o facto da nossa amostra não ser uma amostra clínica, sendo que por estes motivos apenas propusemos analisar a presença de sintomatologia em adolescentes que poderiam ter sido expostos a acontecimentos de vida traumáticos, o que também não nos permitiu ter motivos de comparação com estudos realizados com amostras clínicas, o reduzido tamanho da amostra, mas, dada a faixa etária e ser necessário o processo de consentimento informado pelos pais, muitos jovens não receberam autorização para participar; a escassez de estudos na literatura que nos permitam comparar os resultados obtidos, nem enriquecer o nosso estudo, nomeadamente na descrição e caracterização dos acontecimentos de vida negativos das crianças e jovens. Por último, outra limitação do nosso estudo é o reduzido número de casos avaliados por *interrater*.

Apesar das limitações já mencionadas, considera-se importante a realização de mais estudos que utilizem a LAGS-CJ e a CAPS-CA-5 no sentido de verificar a real capacidade dos instrumentos.

Estudos futuros devem investigar as propriedades da CAPS-CA e consecutivamente ampliar e diversificar a amostra.

O desenvolvimento e validação desta entrevista fornece novas perspectivas para a investigação e aplicação clínica. Permite que os investigadores avaliem mais eficientemente o PSPT em adolescentes e os clínicos para o diagnóstico precoce da perturbação de forma mais fiável, melhorando também as intervenções.

Referências Bibliografia

Alberto, I. M. (2006). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Almedina,2006.

Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106-113. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.012

Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5a Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores. American

Bal, A. & Jensen, B. (2007). Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish child and adolescent trauma survivors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(7), 449-457. doi.org/10.1007/s00787-007-0618-z

Barlow, D. H. (2016). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo*. Artmed editora.

Berman, S. L., Kurtines, W. M., Silverman, W. K., & Serafini, L. T. (1996). The impact of exposure to crime and violence on urban youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 329-336. doi.org/10.1037/h0080183

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M. et al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results

from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343. doi: 10.1017/ S0033291715001981

Borges, J. L., Zoltowski, A. P. C., Zucatti, A. P. N., & Dell’Aglío, D. D. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e Avaliação. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 87-98.

Breslau N, Anthony J. C. (2007). Gender Differences in the Sensitivity to Posttraumatic Stress Disorder: An Epidemiological Study of Urban Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3):607. doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.607

Brown, G. W. (1974). Meaning, measurement, and stress of life events.

Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders–fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological assessment*, 28(11), 1379. doi.org/10.1037/pas0000254

Carrion, V., Weems, C., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166-173. doi.org/10.1097/00004583-200202000-00010

Carrion, V. G., Weems, C. F., Richert, K., Hoffman, B. C., & Reiss, A. L. (2010). Decreased prefrontal cortical volume associated with increased bedtime cortisol in traumatized youth. *Biological psychiatry*, 68(5), 491-493. doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.05.010

Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.

Daviss, W. B., Mooney, D., Racusin, R., Ford, J. D., Fleischer, A., & McHugo, G. J. (2000). Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 576-583. doi.org/10.1097/00004583-200005000-00011

Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. John Wiley & Sons.

Dyregrov, A., & Yule, W. (1995). Screening measures: The development of the UNICEF screening battery. Presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Boston, MA.

Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184. doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x

Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 174-181. doi.org/10.1097/00004583-200202000-00011

Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour research and therapy*, 41(1), 1-10. doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00126-7

Erwin, B. A., Newman, E., McMackin, R. A., Morrissey, C., & Kaloupek, D. G. (2000). PTSD, malevolent environment, and criminality among criminally involved male adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 196-215. doi.org/10.1177/0093854800027002004

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

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Giannopoulou, I., Smith, P., Ecker, C., Strouthos, M., Dikaiakou, A. & Yule, W. (2006). Factor structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children exposed to earthquake. *Personality and Individual Differences*, 40(5), 1027-1037. doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.002

Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J. L., & Galvão, F. (2007). Estresse pós-traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Med Port.*, 20, 347–354.

Harrington, T. (2009). The clinician-administered PTSD Scale for Children and Adolescents: *A validation study*. *Dissertation Abstracts International: section B: The sciences and engineering*. Vol. 69(8-B) p. 5028.

Hawkins, S. S., & Radcliffe, J. (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 420-430. doi.org/10.1093/jpepsy/jsj039

Hinshaw, S. (2009). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. Oxford University Press.

Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 367-393. 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic research*. doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, 41(3), 209-218. 0033-3174/79/03020910/\$01.75

Hoyt, T., & Yeater, E. A. (2010). Comparison of posttraumatic stress disorder symptom structure models in Hispanic and White college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(1), 19. doi.org/10.1037/a0018745

Saltzman, K. M., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2006). IQ and posttraumatic stress symptoms in children exposed to interpersonal violence. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(3), 261-272. DOI: 10.1007/s10578-005-0002-5

Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., & Haag Kristensen, C. (2011). Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, 16(1), 67-73. 10.1590/S1413-82712011000100008

Kassam-Adams, N. L., Marsac, M. L., & Cirilli, C. (2010). Posttraumatic stress disorder symptom structure in injured children: functional impairment and depression symptoms in a confirmatory factor analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(6), 616–625. doi.org/10.1016/j.jaac.2010.02.011

Keane, T. M., Rubin, A., Lachowicz, M., Brief, D., Enggasser, J. L., Roy, M., ... & Rosenbloom, D. (2014). Temporal stability of DSM–5 posttraumatic stress disorder criteria in a problem-drinking sample. *Psychological Assessment*, 26(4), 1138. doi.org/10.1037/a0037133

Linden, M., & Maercker, A. (Eds.). (2011). *Embitterment: Societal, psychological, and clinical perspectives*. Springer Science & Business Media.

Linning, L. M., & Kearney, C. A. (2004). Post-traumatic stress disorder in maltreated youth: A study of diagnostic comorbidity and child factors. *Journal of interpersonal violence*, 19(10), 1087-1101. 10.1177/0886260504269097

Maia, Â., & Fernandes, E. M. (2003). Epidemiologia da perturbação pos stress traumático (PTSD) e avaliação de resposta ao trauma.

Morgado, P., Cerqueira, J. J., & Sousa, N. (2017). Resposta Neuronal ao Stress.

Müller-Engelmann, M., Schnyder, U., Dittmann, C., Priebe, K., Bohus, M., Thome, J., ... & Steil, R. (2018). Psychometric properties and factor structure of the German version of the clinician-administered PTSD scale for DSM-5. *Assessment*, 1073191118774840.

Organização Mundial de Saúde (2003). Investing in Mental Health. Switzerland: Nove Impression.

Organização Mundial de Saúde (2005). Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhaga: World Health Organization Regional Office for Europe.

Palmieri, P. A., Weathers, F. W., Difede, J., & King, D. W. (2007). Confirmatory factor analysis of the PTSD Checklist and the Clinician-Administered PTSD Scale in disaster workers exposed to the World Trade Center Ground Zero. *Journal of abnormal psychology*, 116(2), 329. doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.329

Pereira, A. R. G. M. F. (2012). *Trauma e perturbação de stress pós-traumático* (Doctoral dissertation, ISPA-Instituto Universitário).

Pereira, M. G., Pedras, S., & Lopes, C. (2012). Posttraumatic stress, psychological morbidity, psychopathology, family functioning, and quality of life in Portuguese war veterans. *Traumatology*, 18(3), 49-58. doi.org/10.1177/1534765611426794

Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD.

Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33(4), 487-498.
doi.org/10.1017/S1352465805002419

Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., & Kriegler, J. (2015). Clinician-administered PTSD scale for DSM-5—child/adolescent version. *Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.*

Runyon, M. K., Faust, J., & Orvaschel, H. (2002). Differential symptom pattern of post-traumatic stress disorder (PTSD) in maltreated children with and without concurrent depression. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 39-53. doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00305-2

Wimalawansa, S. J. (2013). Causes and risk factors for post-traumatic stress disorder: the importance of right diagnosis and treatment. *Asian J Med Sci*, 5(2), 29-40.

Walton, J. L., Cuccurullo, L. A. J., Raines, A. M., Vidaurri, D. N., Allan, N. P., Maieritsch, K. P., & Franklin, C. L. (2017). Sometimes less is more: Establishing the core symptoms of PTSD. *Journal of traumatic stress*, 30(3), 254-258. doi.org/10.1002/jts.22185

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.37

Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., ... & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological assessment*, 30(3), 383. doi.org/10.1037/pas0000486

Weathers, F. W., Ruscio, A. M., & Keane, T. M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological assessment, 11*(2), 124. doi.org/10.1037/1040-3590.11.2.124

Ziegler, M. F., Greenwald, M. H., DeGuzman, M. A. & Simon, H. K. (2005). Posttraumatic stress responses in children: Awareness and practice among a sample of pediatric emergency care providers. *Pediatrics, 115*(5), 1261-1267. doi.org/10.1542/peds.2004-1217

Tabelas

Tabela 1

Características Sociodemográficas dos Participantes (N=50)

Característica	n	%	M	DP
Sexo				
Feminino	12	24%		
Masculino	38	76%		
Idade				
[15 - 17]	35	70%	16.90	1.18
[18 - 20]	15	30%		
Escolaridade				
6º ano	20	40%		
9º ano	30	60%		
Apoio Psicológico				
Sim	6	12%		
Não	44	88%		
Ansiolítico e/ou Antidepressivos				
Sim	4	8%		
Não	46	92%		
Escolaridade da Mãe				
[1º - 4º]	10	22.2%		
[5º - 6º]	13	28.9%		
[7º - 9º]	19	42.2%		
[10º - 12º]	3	6.7%		
Escolaridade do Pai				
[1º - 4º]	11	27.5%		
[5º - 6º]	15	37.5%		
[7º - 9º]	10	25%		
[10º - 12º]	4	10%		
Pais Falecidos				
Sim Mãe	1	2%		
Sim Pai	2	4.1%		
Não	46	93.9%		
Situação económica				
Favorável	24	48%		
Estável	25	50%		
Desfavorável	1	2%		

Número de Irmãos

[0 - 3]	46	93.8%
[4 - 7]	3	6%

Pais Separados

Sim	20	40.8%
Não	29	59.2%

Tabela 2*Frequência de exposição aos acontecimentos da LAGS-CJ e frequência do pior acontecimento (N=50)*

Acontecimento	Frequência de Exposição		Frequência do pior	
	n	%	n	%
1. <u>Envolvimento num acidente grave</u>	20	40.8%	5	10.0%
2. <u>Acidente grave no qual não estavas diretamente envolvido?</u>	10	20.4%	1	2.0%
3. <u>Passar a noite no hospital ou fazer uma operação?</u>	33	67.3%	7	14.0%
4. <u>Ir para longe dos teus pais ou família por um longo período de tempo?</u>	6	12.2%	1	2.0%
5. <u>Pais ausentes por um longo período de tempo ou definitivamente?</u>	10	20.4%	1	2.0%
6. <u>Ferimento grave de propósito</u>	12	24.5%	2	4.0%
7. <u>Tratado de forma diferente dos outros?</u>	18	36.7%	0	0%
8. <u>Ir ao médico ou hospital por alguém te ter magoado fisicamente?</u>	9	18.4%	3	6.0%
9. <u>Ameaçou que te ia magoar com gravidade?</u>	13	26.5%	0	0
10. <u>Ridicularizado perante os teus colegas?</u>	15	30.6%	1	2.0%
11. <u>Assaltou ou te segurou para te roubar?</u>	5	10.2%	0	0
12. <u>Sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?</u>	1	2.0%	0	0
13. <u>Atacado por um cão ou por outro animal?</u>	15	30.6%	3	6.0%
14. <u>Pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se?</u>	14	28.6	2	4.0
15. <u>Já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?</u>	15	30.6%	4	8.0%
16. <u>Pais já foi preso? Ou alguma vez a polícia foi a tua casa e disse que tu ou a tua família estavam em apuros?</u>	3	6.1%	2	4.0%
17. <u>Pessoas de fora de tua casa a lutarem ou a dispararem tiros?</u>	11	22.4%	0	0
18. <u>obrigou a fazer coisas que não querias e que te magoou?</u>	10	20.4%	5	10.0%
19. <u>Atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?</u>	20	40.8%	2	4.0%
20. <u>Humilharam publicamente?</u>	11	22.4%	0	0
21. <u>Maltratado na escola?</u>	21	42.9%	8	16.0%
22. <u>Punido fisicamente?</u>	4	8.2%	0	0

Tabela 3*Correlação Total de Itens e Alfa Cronbach's para as subescalas do CAPS-CA-5 (N=30)*

CAPS-CA-5	Correlação total de itens	Cronbach's
B1. Lembranças Intrusivas	0.872	
B2. Sonhos Angustiantes	0.663	
B3. Flashbacks	0.579	
B4. Mal-estar psicológico intenso	0.892	
B5. Reatividade Fisiológica	0.660	
B Total. Reexperimentação	0.242-0.921	0.885
C1. Evitar Pensamentos	0.610	
C2. Evitar atividades	0.610	
C Total. Evitamento	0.610-0.610	0.756
D1. Incapacidade de Relembrar	-0.105	
D2. Crenças negativas	0.626	
D3. Cognitiones distorcidas	0.707	
D4. Estado emocional negativo persistente	0.410	
D5. Falta de Interesse	0.439	
D6. Sentimentos de distanciamento	0.263	
D7. Incapacidade de experiência positiva emoções	0.303	
D Total. Alterações negativas na cognição e humor	-0.203-0.662	0.689
E1. Irritabilidade	0.495	
E2. Comportamento Imprudente	0.536	
E3. Hipervigilância	0.418	
E4. Resposta de alarme	0.436	
E5. Dificuldade de concentração	0.536	
E6. Dificuldade em adormecer	0.661	
E Total. Alterações na excitação e reatividade	0.062-0.530	0.763
CAPS-CA-5 Total		0.910

Tabela 4*CAPS-CA-5 Diagnóstico (N=30)*

	n	Frequência
Caps-CA-5 diagnóstico positivo	12	40%
Caps-CA-5 diagnóstico negativo	18	60%

* Ponto de corte >30, sensibilidade 0.833 e 1- especificidade 0.111 para a CRIES13.

Tabela 5*Coefficiente de Correlação de Pearson entre CAPS-CA-5 e CRIES 13 (N=30)*

	Critério B	Critério C	Critério D	Critério E	CAPS-CA-5 Total
CRIES13 Total	0.742**	0.792**	0.532**	0.429*	0.688**
Intrusão	0.745**	0.810**	0.606**	0.492**	0.739**
Evitamento	0.638**	0.678**	0.441*	0.242	0.543**
Hiperativação	0.721**	0.762**	0.483**	0.484**	0.678**

*. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades). **. A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

Tabela 6*Coeficiente de Correlação de Pearson entre CAPS-CA-5 e LAGS-CJ (N=30)*

	Critério B	Critério C	Critério D	Critério E	Total
LAGS-CJ	0.422*	0.411*	0.509**	0.567**	0.566**

*. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades). **. A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

Tabela 7*Descritivas e Coeficiente de Correlação de Pearson do CAPS-CA-5 (N=30)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	CAPS Total	CAPS B	CAPS C	CAPS D	CAPS E
CAPS-CA-5 Total	17.60	14.52					
CAPS-CA-5 reexperimentação	3.57	4.58	0.923**				
CAPS-CA-5 evitamento	2.20	2.25	0.798**	0.801**			
CAPS-CA-5 alteração negativa na cognição e humor	6.43	5.12	0.885**	0.767**	0.627**		
CAPS-CA-5 alteração na excitação e reatividade	5.40	4.85	0.818**	0.637**	0.507**	0.579**	

** . A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

Tabela 8*Estatística Kappa obtida entre os avaliadores 1, 2 e 3 (N=20)*

	<i>Rater 1</i>			<i>Rater 2</i>			<i>Rater 3</i>			<i>Kappa</i>
	<i>n</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>	<i>n</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>	<i>n</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>	
Critério Diagnóstico	20	12	8	20	12	8	20	12	7	1.000
PSPT – Exposição ao trauma	20	0	20	20	0	20	20	0	20	1.000
PSPT – Pensamentos Intrusivos	20	4	16	20	4	16	20	4	16	1.000
PSPS - Evitamento	20	5	15	20	5	15	20	5	15	1.000
PSPT – Alteração Negativa na cognição e Humor	20	5	15	20	5	15	20	5	14	0.733
PSPT – Alteração na Excitação e Reatividade	20	8	12	20	9	11	20	8	12	0.898

ANEXOS

ANEXOS I

Declaração de consentimento informado

Caro Senhor/a

Eu, Vânia Raquel Ferreira da Silva, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, estou a realizar um estudo, sob a orientação do Prof. Doutor José Carlos Rocha.

Este estudo visa avaliar os alunos nas suas dificuldades emocionais, sabendo que irei fazer referência a alguns acontecimentos difíceis da vida do aluno procederei sempre com a máxima sensibilidade. Este estudo permitirá melhor compreender as dificuldades dos adolescentes e desenvolver estratégias para os ajudar.

Asseguro que serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional. Os dados resultantes irão ser recolhidos através de questionários e serão somente utilizados para este fim.

A participação neste estudo é voluntária e, por esse motivo é possível desistir a qualquer momento.

Depois de convenientemente informado/a

Eu _____

declaro que Autorizo a participação Não autorizo a participação do/a
_____ no estudo.

Assinatura: _____

Data: _____, _____ de _____ de 20__

ANEXOS II

Questionário Sociodemográficos

Dados Pessoais

Idade: _____ anos

Género: Feminino Masculino

Estado civil:

Casado/a Divorciada/a Viúva/o Solteiro/a União de Facto

Profissão: _____

Residência Concelho/distrito: _____

Habilitações Literárias:

Sem habilitações 1ºciclo (4ºano) 2ºciclo (6ºano) 3ºciclo (9ºano)

Secundário (12ºano) Licenciatura

Situação económica: Boa Má Média

É acompanhado por psicólogo/psiquiatra? Sim Não

Toma ansiolíticos ou antidepressivos: Sim Não

Dados dos Pais

Falecidos se sim qual: _____

Profissão: _____

Nºde irmãos: _____

Habilitações Literárias Pai:

Sem habilitações 1ºciclo (4ºano) 2ºciclo (6ºano) 3ºciclo (9ºano)

Secundário (12ºano) Licenciatura

Habilitações Literárias Mãe:

Sem habilitações 1ºciclo (4ºano) 2ºciclo (6ºano) 3ºciclo (9ºano)

Secundário (12ºano) Licenciatura

Estado Civil:

Casado/a Divorciada/a Viúva/o Solteiro/a União de Facto

ANEXOS III

Lista de acontecimentos geradores de stress em crianças

Da lista de acontecimentos abaixo indicada, pedimos-te que assinales aqueles que já viveste e que te marcaram negativamente, provocando sensação de medo intenso e/ou um sentimento de desproteção e de horror. Pedimos ainda que indiques a idade que tinhas quando cada acontecimento ocorreu.

Acontecimento que te marcou negativamente	Aconteceu?	Que idade tinhas?
1. Já estiveste envolvido num acidente grave (por exemplo um acidente de carro, uma queda ou um incêndio)?	Sim <input type="checkbox"/>	
2. Já assististe a algum acidente grave no qual não estavas diretamente envolvido?	Sim <input type="checkbox"/>	
3. Alguma vez tiveste que passar a noite no hospital ou fazer uma operação?	Sim <input type="checkbox"/>	
4. Alguma vez tiveste que ir para longe dos teus pais ou família por um longo período de tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	
5. Algum dos teus pais teve que se ausentar por um longo período de tempo ou definitivamente?	Sim <input type="checkbox"/>	
6. Alguém já te atacou ou tentou ferir-te gravemente de propósito, tal como, bater, sacudir, morder, queimar, sufocar, esfaquear, ou dar-te um tiro?	Sim <input type="checkbox"/>	
7. Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?	Sim <input type="checkbox"/>	
8. Já tiveste que ir ao médico ou hospital por alguém te ter magoado fisicamente?	Sim <input type="checkbox"/>	
9. Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?	Sim <input type="checkbox"/>	
10. Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?	Sim <input type="checkbox"/>	
11. Alguém já te assaltou ou te segurou para te roubar?	Sim <input type="checkbox"/>	
12. Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?	Sim <input type="checkbox"/>	
13. Já alguma vez foste atacado por um cão ou por outro animal?	Sim <input type="checkbox"/>	
14. Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?	Sim <input type="checkbox"/>	
15. Mesmo que não tenhas visto nenhum familiar teu a agredir fisicamente outro, já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?	Sim <input type="checkbox"/>	
16. Algum dos teus pais já foi preso? Ou alguma vez a polícia foi a tua casa e disse que tu ou a tua família estavam em apuros?	Sim <input type="checkbox"/>	
17. Já assististe a pessoas de fora de tua casa a lutarem ou a dispararem tiros contra alguém?	Sim <input type="checkbox"/>	
18. Já alguém te obrigou a fazer coisas que não querias e que te magoou?	Sim <input type="checkbox"/>	
19. Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?	Sim <input type="checkbox"/>	
20. Já alguma vez te humilharam publicamente?	Sim <input type="checkbox"/>	
21. Já foste maltratado na escola?	Sim <input type="checkbox"/>	
22. Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?	Sim <input type="checkbox"/>	
23. De todos os acontecimentos mencionados anteriormente, qual o que mais te afetou negativamente? _____		

ANEXOS V

National Center for PTSD

**CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE FOR DSM-5 CHILD/ADOLESCENT VER-
SION**

CAPS-CA-5 – Versão Portuguesa

Escala de Avaliação Clínica de Perturbação de Stress Pós-Traumático

Nome: _____ **ID#:** _____

Entrevistador: _____ **Data:** _____

Estudo: _____ **Escola:** _____

Tradução Portuguesa:

Silva e Rocha, 2020;

Versão Original:

**Robert S. Pynoos, Frank W. Weathers, Alan M. Steinberg, Brian P. Marx, Chris-
topher M. Layne, Danny G. Kaloupek, Paula P. Schnurr, Terence M. Keane, Du-
dley D. Blake, Elana Newman, Kathleen O. Nader & Julie A. Kriegler**

**National Center for Posttraumatic Stress Disorder and National Center for Child
Traumatic Stress**

Instruções

A padronização da administração e pontuação do CAPS-CA-5 é essencial para a produção de pontuações válidas e decisões diagnósticas confiáveis. O CAPS-CA-5 deverá ser administrado apenas por clínicos qualificados que tenham um treino formal em entrevista clínica estruturada e diagnóstico diferencial, uma compreensão completa da base conceitual de PTSD e sintomas correspondentes, e conhecimento detalhado das características e convenções do CAPS-CA-5 em si.

O CAPS-CA-5 baseia-se nos critérios do DSM-5 para PTSD para crianças e adolescentes com idade superior ou igual a 7 anos. Como os critérios e os limiares diagnósticos são diferentes para o Subtipo Pré-Escolar, o CAPS-CA-5 não se destina à avaliação de PTSD com base nos critérios de DSM-5 para crianças de 6 anos ou menos.

Administração

1. Identificar um evento traumático principal que sirva de base para exploração dos sintomas. Administrar a Lista de Eventos da Vida (LEC-4 - Live Event Checklist) e o Critério A, ou usar outro método estruturado baseado em evidências. O evento base pode envolver um único incidente (por ex.: "o acidente") ou vários incidentes, estreitamente relacionados (por ex.: abuso físico ou sexual, testemunhar violência doméstica).
2. Leia os tópicos de forma literal, um de cada vez, e na ordem apresentada, **EXCETO**:
 - a) Utilize as palavras do próprio entrevistado para nomear o evento principal ou descrever sintomas específicos.
 - b) Refrasear as instruções padrão, apenas para confirmar a informação já relatada, retornando à formulação integral o mais rapidamente possível. Por exemplo a questão do item 20 pode começar: "Mencionou à pouco que tem problemas em dormir. Que tipos de problemas? "
 - c) Se não tiver informação suficiente (depois de esgotar todas as instruções padrão), prossiga com a sua intuição clínica. Nesta situação, repetir o tópico inicial pode ajudar a reorientar o entrevistado.
 - d) Se necessário, pedir exemplos específicos ou direcionar o entrevistado para elaborar algo, mesmo quando esses tópicos não são fornecidos de forma explícita.

3. Em geral, **NÃO** sugira respostas. Se o entrevistado apresentou dificuldades de compreensão, poderá ser necessário dar algum exemplo, para esclarecer ou ilustrar. No entanto, isso deve ser feito raramente, só depois de ter sido oferecido a oportunidade de responder espontaneamente.
4. **NÃO** leia as âncoras das escalas de classificação para o entrevistado. Estas são destinadas apenas para o clínico, uma vez que o uso apropriado das mesmas requer um julgamento clínico e compreensão completa das convenções de pontuação do CAPS-CA-5.
5. Prossiga com a entrevista da forma mais eficiente possível para minimizar ao máximo o cansaço do entrevistado. Algumas estratégias úteis:
 - a) Estar bem familiarizado com o CAPS-CA-5 para que os tópicos da entrevista fluam naturalmente, sem problemas.
 - b) Realizar o menor número de questões (apenas as necessárias para obter as informações suficientes, que justifiquem uma classificação válida).
 - c) Minimizar ao máximo as anotações tiradas e escrever enquanto o entrevistado estiver a falar, para evitar longas pausas.
 - d) Assumir o controlo da entrevista. Mostrar respeito, mas ter uma atitude firme, mantendo o entrevistado na tarefa, transitando entre as perguntas, solicitando exemplos, ou apontando possíveis contradições.

Pontuação

1. Como nas versões anteriores do CAPS-CA, no CAPS-CA-5 a classificação da gravidade dos sintomas é baseada na frequência e na intensidade dos sintomas, EXCETO nos itens 8 (amnésia) e 12 (diminuição de interesse), que são baseadas na quantidade e intensidade. No entanto, no CAPS-CA-5 os itens são classificados com uma única pontuação de gravidade, em contraste com as versões anteriores, que exigia frequência e intensidade, numa classificação separada para cada item, que posteriormente eram somados para criar uma escala de gravidade dos sintomas, ou combinados por várias regras de pontuação, para criar um critério dicotómico (presente/ausente) de pontuação dos sintomas.

Assim, no CAPS-CA-5 o clínico combina informações sobre frequência e intensidade antes de fazer uma única classificação de gravidade. Dependendo do item, a frequência é classificada tanto pelo número de ocorrências (quantas vezes no mês passado) ou pela percentagem de tempo (quanto tempo do mês passado).

A intensidade é classificada numa escala ordinal de quatro pontos que pontua em Mínima, Claramente Presente, Pronunciada e Extrema. A intensidade e a gravidade são relacionadas, mas distintas. A intensidade refere-se à força da ocorrência típica de um sintoma. A gravidade refere-se à carga total de sintomas durante um determinado período de tempo, e é uma combinação da intensidade e da frequência. Isto assemelha-se à abordagem de avaliação de quantidade/frequência para o consumo de álcool.

No geral, as escalas de classificação de intensidade correspondem a escala de gravidade (abaixo descritas) e devem ser interpretadas e utilizadas da mesma maneira, exceto nas classificações de gravidade que requerem uma consideração conjunta (de intensidade e frequência).

Desta forma, antes de considerar a frequência, uma classificação de intensidade:

- **Mínima** corresponde a uma classificação de **Gravidade Leve/Abaixo do Limite**
- **Claramente Presente** corresponde à classificação de **Gravidade Moderada/Limite**
- **Pronunciada** corresponde à classificação de **Gravidade Severa/Muito Elevada**
- **Extrema** corresponde à classificação de **Gravidade Extrema/Incapacitante**

2. As escalas de classificação de gravidade dos sintomas do CAPS-CA-5 são utilizadas para **todos os sintomas** e devem ser interpretadas e utilizadas da seguinte forma:
 - **0 Ausente:** O entrevistado negou o problema ou o relato do entrevistado não se encaixa no critério de sintoma do DSM-5.
 - **1 Leve/Abaixo de Limite:** O entrevistado descreveu um problema que é consistente com o critério de sintoma, mas não é grave o suficiente para ser considerado clinicamente significativo. O problema não satisfaz o critério do DSM-5 e, portanto, não contam para um diagnóstico de PTSD.
 - **2 Moderada/Limite:** O entrevistado descreveu um problema clinicamente significativo. O problema satisfaz o critério do DSM-5 e, portanto, conta para um diagnóstico de PTSD. O problema poderia ser um alvo para uma intervenção. Esta classificação requer uma frequência mínima de 2 X por mês ou

há algum tempo (20-30%) MAIS um mínimo de intensidade Claramente Presente.

- **3 Grave/Muito Elevada:** O entrevistado descreveu um problema que está bem acima do limite. O problema é de difícil manejo e, por vezes, esmagadora, e seria um alvo importante para uma intervenção. Esta classificação requer uma frequência mínima de 2 X por semana ou a maior parte do tempo (50-60%), MAIS um mínimo de Intensidade pronunciada.

- **4 Extrema/Incapacitante:** O entrevistado descreveu um sintoma dramático, muito acima do limite. O problema é generalizado, incontrolável, e esmagador, e seria um alvo de alta prioridade para uma intervenção.

3. Só se realiza uma **classificação de gravidade** se a **frequência mínima de intensidade/gravidade** para essa classificação forem a **mesma**. No entanto, poderá exercer o julgamento clínico e fazer uma determinada classificação de gravidade, se a frequência for um pouco menor do que o necessário, mas a intensidade for maior (ver exemplos).

Exemplos:

a) Poderá pontuar uma classificação de **Gravidade Moderada/Limite** se um sintoma ocorrer **1x/mês** (em vez de 2x, como é exigido), desde que a **Intensidade seja classificada** como **Pronunciada ou Extrema** (em vez de Claramente Presente, como exigido).

OU

b) Poderá pontuar uma classificação de **Gravidade Grave/Muito Elevada** se um sintoma ocorrer **1x/semana** (em vez 2x por semana como é exigido), desde que a **Intensidade** seja classificada como **Extrema** (em vez de Pronunciada, como exigido).

Se não for capaz de decidir entre duas classificações de Gravidade, faça sempre a avaliação mais baixa.

4. É necessário estabelecer que um **sintoma** não só satisfaz o critério DSM-5 fenomenologicamente, como tem também uma relação funcional com o evento traumático principal, ou seja, **começou ou piorou como resultado do evento**. Os itens de 1-8 e 10 do CAPS-CA-5 (revivescência, esquiva, amnésia e culpa) são inerentes ao evento. Avalie os itens restantes para **relação-trauma (RT)**, utilizando a seguinte **escala de classificação**:

a) **Definitiva:** o sintoma pode ser **claramente atribuído** ao trauma principal, porque: (1) há uma mudança óbvia desde o nível pré-trauma de funcionamento e/ou (2), o participante faz a atribuição ao trauma principal com muita confiança.

b) **Provável:** o sintoma está **provavelmente relacionado** com o trauma principal, mas não pode ser realizada uma ligação inequívoca. As situações em que esta classificação pode ser dada incluem os seguintes critérios:

(1) parece haver uma mudança de funcionamento a partir do nível de funcionamento no pré-trauma, mas não é tão claro e explícito como seria para uma mudança "definitiva";

(2) o participante atribui um nexo de causalidade entre o sintoma e o trauma principal, mas com menos confiança do que para uma classificação de "definitiva";

(3) parece haver uma relação funcional entre os sintomas atuais e os que estão inerentemente ligados ao trauma, como sintomas de revivescência (por exemplo, entorpecimento ou ausência quando a revivescência se agrava).

c) **Improvável:** o sintoma pode ser atribuído a uma causa que não seja o trauma principal porque:

(1) existe uma relação funcional evidente com esta outra causa e/ou

(2) o entrevistado faz uma atribuição confiante para esta outra causa e nega uma ligação com o trauma principal. Porque pode ser difícil excluir uma ligação funcional entre um sintoma e o trauma principal, uma classificação de Improvável deve ser usado somente quando a evidência disponível aponta fortemente para uma outra causa que não seja o trauma principal.

NOTA: Os sintomas com uma classificação de RT de Improvável **NÃO** devem ser pontuados para a atribuição de um diagnóstico de PTSD ou incluídos na pontuação total do CAPS-CA-5, na gravidade dos sintomas.

5. A pontuação da gravidade total dos sintomas do CAPS-CA-5 é calculada pela soma das pontuações de gravidade dos itens de 1-20.

NOTA: As pontuações de gravidade para os dois itens de dissociação (29 e 30) **não** devem ser incluídas no cálculo da pontuação do total de gravidade do CAPS-CA-5.

6. A pontuação dos sintomas de gravidade no CAPS-CA-5 são calculadas pela soma das pontuações de gravidade do item individual (B,C,D,E) para os sintomas contidos

nesse grupo de sintomas do DSM-5. Assim, a pontuação no critério B (reexperimentação) é a soma da pontuação de gravidade individual para os itens 1-5; A pontuação de gravidade no critério C (evasão) é a soma dos itens 6 e 7; no critério D (alterações negativas nas cognições e no humor) a pontuação de gravidade é a soma dos itens 8-14; no critério E (hiperexcitação) a pontuação de gravidade é a soma dos itens 15-20. A pontuação dos sintomas de gravidade pode ser calculada para dissociação com a soma dos itens 29 e 30.

7. A atribuição do **diagnóstico de PTSD** é determinada: (2) pelas **regras de diagnóstico** do **DSM-5**.

(1) Pela **dicotomia** entre os sintomas individuais "**presente**" ou "**ausente**"; Um **sintoma** é considerado "**presente**" somente se a pontuação de **gravidade** do item correspondente é classificada de **2=Moderada/Limite ou superior**.

(2) Pelas **regras de diagnóstico** do **DSM-5** que requerem: a **presença de pelo menos um sintoma** do **Critério B e Critério C**, **dois sintomas** do **Critério D e Critério E**.

Adicionalmente os **Critérios F e Critério G** devem ser **cumpridos**:

- O **Critério F** requer que a perturbação tenha durado, pelo menos, um **mês**.

- O **Critério G** requer que a perturbação cause um **sofrimento clinicamente significativo** ou **prejuízo funcional**, indicado por uma classificação de **2=Moderada/Limite ou Superior** nos itens **23-25**.

8. Use a folha de classificação de frequência (Apêndice A) para ajudar a criança a responder quantos dias a reação aconteceu no mês passado. Entregue a folha de classificação de frequência para a criança e aponte para o calendário enquanto explica as escolhas de classificação da seguinte forma: '0' significa que no mês passado, você não teve a reação, nem mesmo em um dia. '1' significa que você teve a reação em torno de 1 a 3 dias no mês passado. '2' significa que você teve a reação em torno de 2 a 3 dias por semana no mês passado. '3' significa que você teve a reação em torno de 3 a 4 dias por semana durante o mês passado. E '4' significa que você teve a reação quase todos os dias no mês passado.

Entrevistador:

A pontuação de '0' corresponde a uma pontuação de "Ausente"; uma pontuação de '1' corresponde a 5-10% do tempo; uma pontuação de '2' corresponde a 20-30% do tempo;

uma pontuação de '3' corresponde a aproximadamente 50% do tempo e uma pontuação de '4' corresponde a uma classificação de "intenso/penetrante".

Algumas questões para a prática do calendário: "Vou fazer algumas perguntas práticas para garantir que entendeu como utilizar o calendário. Se eu perguntasse: "Quantos dias no mês passado tiveste uma dor de cabeça." que calendário diz quantos dias no último mês teve uma dor de cabeça? E se perguntar quantos dias no mês passado assististe à televisão? Aponta para o calendário que diz quantos dias no último mês assististe à televisão. E se perguntar: "Quantos dias no mês passado fizeste os trabalhos de casa? Aponta para o calendário que diz quantos dias no último mês fez os trabalhos de casa." Continuar com este tipo de perguntas até estar confiante de que a criança pode usar o calendário para avaliar quantos dias a reação aconteceu no último mês. Com crianças em idade escolar, é útil trabalhar com a criança para identificar um dia antes da entrevista de forma a servir de referência temporal, (por exemplo, desde o aniversário do seu irmão, desde o início da escola, entre outros.

Utilizar a Folha de Classificação de Intensidade (Apêndice B) para ajudar a criança a responder o **quanto** o problema o incomodou durante o último mês. As escolhas são: "Ausente", "Leve", "Moderado", "Severo" e "Extremo". Uma classificação de "Ausente" significa que a criança negou o problema ou o relato não se enquadra no critério de sintoma do DSM-5. Uma classificação de "Leve/Abaixo de limite" significa que a criança descreveu o problema, mas o problema não é suficientemente grave para ser clinicamente significativo. Uma classificação de "Moderado" significa que a criança descreveu um problema clinicamente significativo. Uma classificação de "Grave" significa que a criança descreveu um problema que está muito acima do limite. Uma classificação de "Extremo" significa que a criança descreveu um sintoma dramático muito acima do limite.

Entregue a Folha de Classificação de Intensidade à criança e aponte para os copos enquanto explica as escolhas de classificação para o quanto a criança é incomodada pelo problema da seguinte forma: O primeiro copo ("Nem um pouco") está vazio, significa que o problema não o incomoda de todo. O segundo copo ("Leve"), tem apenas um pouco cheio, significa que o problema o incomoda apenas um pouco. O terceiro copo ('Moderado'), está quase meio cheio, significa que o problema o incomoda bastante. O quarto copo ('Grave'), está muito mais do que meio cheio, significa que o problema o incomoda muito e é difícil saber como lidar com ele. E o quinto copo ('Extremo') está totalmente cheio significa que o problema é tão mau que não podia ser pior.

Critério A: Exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido a outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiares ou amigos próximos. Nos casos de episódios concretos ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida, ou extrema, a detalhes aversivos do evento traumático (p.e., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policias repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição através dos seguintes meios: *media*, eletrônicos, televisão, filmes ou fotografias; a menos que a exposição esteja relacionada diretamente com o trabalho.

Vou fazer-lhe algumas perguntas sobre situações que são difíceis e stressantes e que, por vezes, acontecem às pessoas. Alguns exemplos destes acontecimentos são acidentes sérios como incêndios, furacões, terremotos, ser assaltado ou espancado, ser atacado com uma arma ou ser forçado a fazer sexo sem consentimento. Vou começar por pedir-lhe que olhe para uma lista de experiências como esta e apurar os que se aplicam a si. Se isso acontecer vou pedir-lhe que descreva resumidamente o que aconteceu e de que forma este evento o pode ter afetado no último mês. Algumas destas experiências podem ser difíceis de lembrar, ou trazer de volta memórias ou sentimentos desagradáveis. Muitas vezes as pessoas acham que falar sobre eles pode ser útil, mas cabe a si decidir o quanto me quer dizer. No geral, eu não preciso de muitas informações – apenas o suficiente para que possa compreender alguns dos problemas que possa ter tido. À medida que avançamos, se sentir que está a ficar triste ou angustiado, avise-me e podemos abrandar e falar sobre isso. Do mesmo modo, se tiver alguma dúvida ou se não compreender alguma coisa, por favor pergunte-me. Tem alguma dúvida antes de começarmos?

ADMINISTRAR A LISTA: rever e questionar um evento índice. Se existiu mais de um evento, para determinar qual o evento deve explorar-se (por exemplo, o primeiro, o pior e o mais recente).

Se não houve nenhum evento relatado: (Houve alguma situação em que sua vida estava em perigo ou em que ficou gravemente ferido ou prejudicado?)

SE NÃO: (Houve um momento em que foi ameaçado de morte ou de lesões graves, mesmo que não estivesse realmente ferido ou prejudicado?)

SE NÃO: (O que diria que são algumas das experiências mais stressantes que teve na sua vida?)

Evento índice

O que aconteceu? (Que idade tinha? De que forma esteve envolvido? Quem mais esteve envolvido? Quantas vezes aconteceu? Alguém foi seriamente ferido ou morto? Existiu perigo de vida? Quantas vezes isto aconteceu?)

Como respondeu emocionalmente? (Estava muito ansioso ou com medo? Aterrorizado? Desesperança? Como assim? Sentiu-se atordoado ou em estado de choque, ou até mesmo que não sentia absolutamente nada? O que era? O que as disseram as outras pessoas sobre a sua resposta emocional? Depois do evento como reagiu emocionalmente? (isto não esta no CAPS-CA-5)

Tipo de exposição:

- Vivenciei
- Testemunhei
- Soube sobre
- Fui exposto a detalhes aversivos

Ameaça de vida?

Não Sim [próprio__outro__]

Lesão Grave?

Não Sim [próprio__outro__]

Ameaça à integridade física?

Não Sim [próprio__outro__]

Critério A cumprido? Não Provavelmente Sim

Quero que mantenha este evento na sua mente durante o resto da entrevista uma vez que irei fazer algumas questões sobre como ele o poderá ter afetado. Vou fazer 25 questões. A maioria das questões tem duas partes. Primeiro irei questionar se já teve um problema em particular, e se sim, qual a sua intensidade no último mês. Depois vou perguntar sobre a angústia e o desconforto que esse problema lhe causou e a frequência da mesma.

Critério B: O acontecimento traumático é reexperienciado, de modo persistente, de um (ou mais) dos seguintes modos:

Item 1 (B1): Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do acontecimento traumático (incluem imagens, pensamentos ou percepções).

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

<p>Frequência</p> <p>Durante último mês teve memórias indesejadas do evento? Enquanto estava acordado, sem contar com os sonhos? (Do que se lembra?) [se não for claro:] (Alguma vez ocorreu enquanto estava acordado ou só nos seus sonhos?) [excluir se as memórias apenas ocorreram durante os sonhos]</p> <p>Com que frequência teve essas memórias no último mês? Nº de vezes _____</p> <p>Descrição / Exemplos -----</p> <p>Intensidade</p> <p>Quanta angústia e desconforto lhe provocaram estas memórias?</p> <p>Consegue retirá-las da sua mente e pensar noutra coisa? O quanto estas memórias interferem com a sua vida? De que forma?</p> <p>Rodeie: Angústia/Distress</p> <p>Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema</p>	<p>Gravidade</p> <p>0 - Ausente 1 – Suave/ Subliminar 2 – Moderada/Limite 3- Grave/Marcadamente elevada 4 – Extrema/ Incapacitante</p> <p>Principais dimensões de classificação= F/I do sofrimento</p> <p>Moderada=pelo menos 2x mês/ angústia claramente presente, alguma dificuldade em esquecer memórias</p> <p>Grave= pelo menos 2x semana/angústia pronunciada, dificuldade considerável em esquecer memórias</p>
---	--

Item 2 (B2): Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados com o evento traumático.

Nota: em crianças podem existir pesadelos sem conteúdo reconhecível.

Frequência

Durante o último mês teve sonhos desagradáveis e indesejados sobre o evento?

Descreva um sonho típico? (O que acontecia?)
 [Se não ficou claro:] **Estes sonhos acordaram-no?**
 [Se sim:] **O que sente quando acorda? Quanto tempo leva para voltar a adormecer?**

Com que frequência teve estes sonhos no último mês?
 N° de vezes _____

Descrição / Exemplos

Intensidade

Quanta angústia e desconforto lhe provocaram estes sonhos?

Rodeie: Angústia/Distress

Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Gravidade

0 - Ausente
 1 – Suave/ Subliminar
 2 – Moderada/Limite
 3- Grave/Marcadamente elevada
 4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I do sofrimento

Moderada=pelo menos 2x mês/ aflição claramente presente, alguma dificuldade em esquecer memórias (- de 1h perda de sono).

Grave= pelo menos 2x semana/aflição pronunciada, dificuldade considerável em esquecer memórias (+ de 1h de perda de sono).

Item 3 (B3): Atuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a ocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado).

Nota: em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático (numa brincadeira)

Frequência

No último mês alguma vez agiu repentinamente ou se sentiu como se o evento estivesse a acontecer novamente?
 [Se não for claro:] **(É diferente pensar ou sonhar sobre isto, neste momento estou a perguntar-lhe sobre flashbacks, quando se sente como se estivesse no momento novamente a revivê-lo)**

Com que frequência isto aconteceu no último mês? N° de vezes _____

Descrição / Exemplos

Intensidade

Quanto tempo durou? O que fez enquanto acontecia? (Outras pessoas repararam no seu comportamento? O que disseram?)

Rodeie: Dissociação

Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Gravidade

0 - Ausente
 1 – Suave/ Subliminar
 2 – Moderada/Limite
 3- Grave/Marcadamente elevada
 4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I da dissociação

Moderada= pelo menos 2x/mês, qualidade dissociativa claramente presente, pode reter alguma consciência do meio envolvente mas revive o evento de uma maneira claramente distinta de pensamentos e memórias.

Grave= pelo menos 2x/semana, pronunciada qualidade dissociativa, relata um reviver vívido, por exemplo, com imagens, sons, cheiros.

Item 4 (B4) Mal-estar psicológico intenso (*distress*) face à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático.

Frequência

No último mês alguma vez se sentiu emocionalmente perturbado quando algo lhe lembrou do evento? (Alguma coisa já provocou sentimentos maus relacionados com o evento?)

Que tipos de lembranças o deixam perturbado?

Com que frequência isto aconteceu no último mês? N° de vezes ____

Descrição / Exemplos

Intensidade

O quanto estas recordações o perturbam? O que fez enquanto acontecem? (Outras pessoas repararam no seu comportamento? O que dizem?)

É capaz de se acalmar quando isto acontece? (Quanto tempo leva?)

Rodeie: Distress

Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Gravidade

0 - Ausente
 1 – Suave/ Subliminar
 2 – Moderada/Limite
 3- Grave/Marcadamente elevada
 4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I do distress

Moderada=pelo menos 2x mês/angústia claramente presente, alguma dificuldade em recuperar

Grave= pelo menos 2x semana/angústia pronunciada, dificuldade considerável em recuperar

Item 5 (B5): Reatividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático.

Frequência

No último mês alguma vez teve uma reação física quando algo o lembrou do evento? (O seu corpo reagiu de alguma forma quando se lembrou o evento?)

Pode-me dar alguns exemplos? (O seu coração acelerou ou a respiração mudou? Suores ou sentimento de tensão ou tremores?)

Com que frequência isto aconteceu no último mês? N° de vezes ____

Descrição / Exemplos

Intensidade

Que tipo de lembranças desencadeiam essas reações?

O quão intensas são essas reações físicas? Quanto tempo demora a recuperar? (Duraram mesmo depois de estar fora da situação?)

Rodeie: Reatividade Fisiológica

Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Gravidade

0 - Ausente
 1 – Suave/ Subliminar
 2 – Moderada/Limite
 3- Grave/Marcadamente elevada
 4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I da reatividade fisiológica

Moderada=pelo menos 2x mês/ aflição claramente presente, alguma dificuldade em recuperar

Grave= pelo menos 2x semana/aflição pronunciada, dificuldade considerável em recuperar

Critério C: Evitamento persistente dos estímulos associados ao trauma e embotamento da reatividade geral (ausente antes do trauma), indicada por um (ou ambos) dos seguintes itens:

Item 6 (C1): Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas, associados ao trauma.

Frequência
No último mês alguma vez tentou evitar pensamentos ou sentimentos sobre o evento? Como eram? (Que tipo de pensamentos e sentimentos tentou evitar?)

Com que frequência isto aconteceu no último mês? Nº de vezes ____

Descrição / Exemplos

Intensidade

O quão difícil é tentar evitar esses pensamentos/sentimentos/conversas? (Que tipo de coisas faz para evitar? Utiliza bebida, medicação ou drogas?) [considerar todas as tentativas de evitamento incluindo distrações, supressão e o uso de álcool/drogas]

Rodeie: Evitamento

Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Gravidade
 0 - Ausente
 1 – Suave/ Subliminar
 2 – Moderada/Limite
 3- Grave/Marcadamente elevada
 4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I do evitamento

Moderada=pelo menos 2x mês/ evitamento claramente presente.

Grave= pelo menos 2x semana/evitamento pronunciado.

Item 7 (C2): Esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que desencadeiem lembranças do trauma.

Frequência
No último mês alguma vez tentou evitar certas atividades, lugares ou pessoas que relembassem o evento?

Que coisas evitou? Porquê?

Com que frequência isto aconteceu no último mês? Nº de vezes ____

Descrição / Exemplos

Intensidade

Quanto esforço faz para evitar as atividades/lugares/pessoas? (Teve que fazer algum plano ou mudanças nas suas atividades para evitá-las)

[Se não ficou claro:] **No geral o quanto isto representa um problema para si? Como seriam diferentes as coisas se não tivesse que evitar estas lembranças?**

Rodeie: Evitamento

Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Gravidade
 0 - Ausente
 1 – Suave/ Subliminar
 2 – Moderada/Limite
 3- Grave/Marcadamente elevada
 4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I do evitamento

Moderado=pelo menos 2x mês/ evitamento claramente presente.

Grave= pelo menos 2x semana/evitamento pronunciado.

Critério D: Alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao(s) evento(s) traumático(s), iniciando ou piorando após o(s) evento(s) traumático(s), como evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes:

Item 8 (D1): Incapacidade de lembrar um, ou mais, aspeto(s) importante do(s) evento(s) traumático(s) (geralmente devido à amnésia dissociativa e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

Frequência

No último mês teve dificuldades em relembrar algumas partes importantes do (EVENTO)? (Sente que há lacunas na memória do (EVENTO)?)

Que partes teve dificuldade em recordar?

Acha que deveria conseguir lembrar-se dessas coisas?

[Se não está claro:] (Porque razão acha que isto acontece? Teve alguma lesão na cabeça durante o (EVENTO)? Ficou inconsciente? Estava sobre o efeito de álcool ou drogas?) [considerar 0= Ausente se por traumatismo craniano, perda de consciência e/ou intoxicação]

[Se não está claro:] (Isso é apenas um esquecimento normal? Ou acha que pode tê-lo bloqueado porque seria demasiado doloroso de recordar?) [considerar 0=Ausente se por esquecimento normal]

No mês passado, quantas das partes importantes do (EVENTO) teve dificuldade em lembrar? (Que partes ainda se lembra?) N° de aspetos importantes ____

Descrição / Exemplos

Intensidade

Rodeie: Dificuldade em relembrar

Mínima

Claramente Presente

Pronunciada

Extrema

Relação com o Trauma?

1 definitiva

2 provável

3 improvável

Gravidade

0 - Ausente

1 - Suave/ Subliminar

2 - Moderada/Limite

3- Grave/Marcadamente elevada

4 - Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação=
quantidade do evento não recordado/
intensidade da incapacidade de recordar

Moderada= pelo menos um aspeto importante/dificuldade em recordar claramente presente, alguns recordam com possível esforço

Grave= vários aspetos importantes/dificuldade pronunciada em recordar, pouca lembrança mesmo com esforço

Item 9 (D2): Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas sobre si mesmo, sobre os outros ou sobre o mundo (por exemplo, "Sou mau", "Não posso confiar em ninguém", "O mundo é perigoso", "Todo o meu sistema nervoso está permanentemente arruinado").

Frequência
No último mês alguma vez experienciou fortes crenças negativas sobre si mesmo, sobre outras pessoas ou sobre o mundo?

Pode dar alguns exemplos? (Que tal acreditar em coisas como "eu sou mau", "há algo muito errado comigo", "não posso confiar em ninguém", "o mundo é completamente perigoso"?)

Durante o último mês quanto tempo se sentiu assim, em porcentagem?
 % de tempo _____

Intensidade

Quão fortes são essas crenças? (Está convencido de que essas crenças são realmente verdadeiras? Consegue pensar sobre isso de outra forma?)

Rodeie: Convicção

Mínima	Claramente Presente	Pronunciada	Ex- trema
--------	---------------------	-------------	--------------

Estas crenças começaram, ou pioraram, depois (EVENTO)? (Acha que estão relacionadas com o (EVENTO)? De que forma?)

Relação com o Trauma?
 1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
 1 – Suave/ Subliminar
 2 – Moderada/Limite
 3- Grave/Marcadamente elevada
 4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= frequência/intensidade das crenças

Moderada= algum tempo (20-30%)/ expectativas negativas claramente presentes, alguma dificuldade em considerar crenças mais realistas

Grave= grande parte do tempo (50-60%)/ expectativas negativas exageradas, dificuldade considerável em considerar crenças mais realistas

Item 10 (D3): Crenças persistentes e distorcidas sobre a causa ou consequências do(s) evento(s) traumático(s) que levam o indivíduo a culpar-se a si mesmo, ou aos outros.

Frequência
No último mês alguma vez se culpou por algo que fez deixou de fazer durante o evento? Conte-me mais sobre isso. (Porque sentiu culpa? Em que sentido se vê como causador do evento?)

E sobre culpar outra pessoa pelo evento ou o que aconteceu como resultado disso? Fale-me mais sobre isso. (Em que sentido se vê os outros como tendo causado o evento? Foi por algo que eles fizeram? Ou é algo que eles pensam que deveriam ter feito, mas não fizeram?)

No último mês o quanto se sentiu assim em porcentagem? _____%

Intensidade

O quão intensos são esses sentimentos de culpa? (Sua e dos outros)

O quão convencido está que (você ou os outros) são realmente responsáveis pelo que aconteceu? (As outras pessoas concordam consigo? Consegue ver outras formas de pensar sobre isto?)
 [considerar 0= ausente se apenas culpa o agressor, alguém que causou o evento]

Rodeie: Convicção

Mínima	Claramente Presente	Pronunciada	Extrema
--------	---------------------	-------------	---------

Gravidade

0 - Ausente
 1 – Suave/ Subliminar
 2 – Moderada/Limite
 3- Grave/Marcadamente elevada
 4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= frequência/intensidade da culpa

Moderada= algum tempo (20-30%)/ de culpa distorcida claramente presente, alguma dificuldade em considerar crenças mais realistas

Grave= grande parte do tempo (50-60%)/ culpa distorcida exageradas, dificuldade considerável em considerar crenças mais realistas

Item 11 (D4): Estado emocional negativo persistente (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa ou vergonha).

Frequência

No último mês alguma vez experienciou **sentimentos negativos fortes, como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha?**

Pode dar-me alguns exemplos? (Que sentimentos negativos experimenta?)

Quão fortes são esses sentimentos negativos?

Quanto tempo se sentiu assim, em percentagem? % de tempo _____

Intensidade

Quão bem é capaz de tolerar e gerir esses sentimentos negativos?

Rodeie: Emoções negativas

Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Esses sentimentos negativos começaram, ou pioraram, depois do (EVENTO)? (Acha que estão relacionados o (EVENTO)? De que forma?)

Relação com o Trauma? 1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3- Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= frequência/intensidade das emoções negativas

Moderada= algum tempo (20-30%)/ culpa distorcida claramente presente, alguma dificuldade em gerir emoções

Grave= grande parte do tempo (50-60%)/ emoções negativas pronunciadas dificuldade considerável em gerir emoções

Item 12 (D5): Interesse acentuadamente diminuído ou diminuição na participação de atividades significativas.

Frequência

Durante o último mês sentiu alguma **diminuição de interesse em atividades das quais costumava desfrutar?**

Em que tipo de coisas perdeu interesse, ou já não faz tanto quanto como costumava? (Algo mais?)

Porquê que isto aconteceu? (Pontuação 0= Se a participação diminuída se deve à falta de oportunidade, incapacidade física ou mudança adequada ao desenvolvimento nas atividades preferidas)

No geral, quantas das suas atividades habituais perderam o interesse em percentagem? % de atividades _____

Que tipo de coisas ainda gosta de fazer?

Intensidade

Quão forte é a sua perda de interesse? (Ainda aproveita (ATIVIDADES) depois de as começar?)

Rodeie: Perda de interesse

Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Esta perda de interesse começou, ou piorou, depois (EVENTO)? (Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?)

Relação com o Trauma? 1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3- Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= percentagem de atividades afetadas/intensidade da perda de interesse

Moderada= algumas atividades (20-30%)/ perda de interesse claramente presente, mas ainda algum prazer nas atividades

Grave= muitas atividades (50-60%)/ pronunciada perda de interesse, pouco interesse ou participação em atividades

Item 13 (D6): Sentimentos de distanciamento ou de desapego dos outros.

Frequência

Durante o último mês sentiu-se distante ou ignorado pelas outras pessoas?

Conte-me mais sobre isso.

No último mês, quanto tempo se sentiu assim, em percentagem?
% de tempo _____

Intensidade

Quão fortes são os seus sentimentos de estar distante ou desligado dos outros? (Com quem se sente mais próximo? Com quantas pessoas se sente à vontade para conversar sobre coisas pessoais?)

Rodeie: Distanciamento ou Desapego
Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Essa sensação de estar distante ou desligado começou, ou piorou, depois do (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?)

Relação com o Trauma? 1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3- Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I de distanciamento ou desapego

Moderada= algum tempo (20-30%)/ sentimentos de distanciamento claramente presentes, mas ainda sente alguma conexão interpessoal

Grave= grande parte do tempo (50-60%)/ sentimentos pronunciados de distanciamento ou desapego da maioria das pessoas, podem sentir-se próximos de apenas uma ou duas pessoas

Item 14 (D7): Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (por exemplo, incapacidade de sentir felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos).

Frequência

Durante o último mês houve momentos em que teve dificuldade em vivenciar sentimentos/emoções positivas, tais como amor ou felicidade?

Conte-me mais sobre isso. (Que sentimentos são difíceis de experimentar?)

Quão difícil foi experimentar sentimentos positivos? (Ainda é capaz de sentir algum sentimento positivo?)

Durante o último mês, quanto tempo se sentiu assim, em percentagem?
% de tempo _____

Intensidade

Rodeie: Redução de emoções positivas
Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Este problema de experimentar sentimentos positivos começou, ou piorou, depois (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?)

Relação com o Trauma?
1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3- Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I de redução das emoções positivas (EP)

Moderada= algum tempo (20-30%) de redução de EP claramente presentes, mas ainda é capaz de experienciar algumas EP

Grave= grande parte do tempo (50-60%) de redução pronunciada para todas as emoções positivas.

Critério E: Alterações marcadas na excitação e reatividade associadas ao(s) evento(s) traumático(s), começando ou piorando após o evento traumático ocorrido, como evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes:

Item 15 (E1): Irritabilidade e acessos de cólera normalmente expressas como agressão verbal ou física contra pessoas ou objetos.

Frequência

Durante o último mês houve alturas em que se sentiu especialmente irritado ou demonstrou fortes sentimentos de raiva no seu comportamento?

Pode-me dar alguns exemplos? (Como demonstra? Levanta a voz ou grita? Atira ou parte coisas? Empurra ou bate em pessoas?)

Quantas vezes isto ocorreu no último mês? Nº de Vezes _____

Intensidade

No último mês quão intensa foi a raiva? [SE RELATAR SUPRESSÃO:] (O quão difícil é esconder a raiva?) Quanto tempo demora a acalmar? A sua raiva já lhe causou problemas?)

Rodeie: Agressão
Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Este comportamento começou, ou piorou, depois (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?

Relação com o Trauma? 1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3 – Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I de comportamento agressivo

Moderada=pelo menos 2x mês/ comportamento agressivo claramente presente, principalmente verbal.

Grave= pelo menos 2x semana/ comportamento agressivo pronunciado, pelo menos 1 agressão física.

Item 16 (E2): Comportamento imprudente ou autodestrutivo.

Frequência

Durante o último mês, houve algum(uns) momento(s) em que assumiu mais riscos ou fez coisas que poderiam lhe causar danos? (Consegue dar-me alguns exemplos?)

Com que frequência teve estes comportamentos de risco no último mês? Nº de Vezes _____

Intensidade

Durante o último mês quanto risco viveu? (Quão perigoso foram esses comportamentos? Foi ferido ou magoado de alguma forma?)

Rodeie: Risco
Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Este comportamento começou, ou piorou, depois (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?

Relação com o Trauma? 1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3 – Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I do grau de risco

Moderada=pelo menos 2x mês/ risco claramente presente, pode ter sido prejudicado.

Grave= pelo menos 2x semana/ risco pronunciado, dano real ou probabilidade alta de dano.

Item 17 (E3): Hipervigilância.

Frequência

Durante o último mês tem estado especialmente alerta ou vigilante mesmo quando não há necessidade real para isso?

Pode dar-me alguns exemplos? (Que tipo de coisas faz quando está alerta ou vigilante?)

Quanto tempo se sentiu assim no último mês, em percentagem? ____%

Descrição / Exemplos

Intensidade

O quanto é difícil para si tentar vigiar o que o rodeia? [incluir observações da concentração e atenção durante a entrevista].

O que causa esta reação? Sente-se como se estivesse em perigo ou ameaçado de alguma forma? Sente-se assim muito mais do que as outras pessoas na mesma situação?

Rodeie: Hipervigilância
Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Estar especialmente em alerta ou vigilante começou, ou piorou, depois do (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?

Relação com o Trauma? 1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3- Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I de Hipervigilância (H)

Moderada= algum tempo (20-30%) de H claramente presentes, por exemplo, de vigia em público, alto sentido de alerta

Grave= grande parte do tempo (50-60%) de H, pronunciada, por exemplo, verificação do ambiente à procura do perigo, adoção de rituais de segurança, preocupação exagerada com a sua segurança ou da sua família/casa.

Item 18 (E4): Resposta de alarme exagerada.

Frequência

No último mês alguma vez teve fortes respostas de alarme? (sentiu-se nervoso, assustado quando ouviu barulho ou algo o surpreendeu.)

Quando aconteceu? (Que situações desencadearam essa resposta de alarme?)

Quantas vezes se sentiu assim, no mês passado? Nº de Vezes _____

Descrição / Exemplos

Intensidade

O quão intensas foram as respostas de alarme? (O quão fortes são quando comparadas com as respostas que a maioria das pessoas teria?)

Quanto tempo demora a recuperar delas?

Rodeie: Sobressalto
Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Estas reações de sobressalto começaram, ou pioram, depois do (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?

Relação com o Trauma?
1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3- Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I de Resposta de alarme (RA)

Moderada= pelo menos 2x mês/ sobressalto claramente presente, com alguma dificuldade em recuperar

Grave= pelo menos 2x semana/ sobressalto pronunciado, com dificuldade considerável em recuperar.

Item 19 (E5): Dificuldades de concentração.

Frequência

Durante o último mês teve dificuldades em concentrar-se no que estava a fazer ou no que o rodeava?

Pode dar-me alguns exemplos?

Quantas tempo, no último mês, teve dificuldades em concentrar-se em percentagem? _____ % de tempo

Descrição / Exemplos

Intensidade

O quão intensa é a dificuldade em concentrar-se? (Demonstra?) [incluir observações da concentração e atenção durante a entrevista]. É capaz de se concentrar se tentar?

Rodeie: Problemas de concentração
Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Estes problemas de concentração começaram, ou pioram, depois do (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?)

Relação com o Trauma?
1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3- Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I de problemas de concentração (PC)

Moderada= algum tempo (20-30%) de PC claramente presentes, alguma dificuldade mas consegue concentrar-se com esforço.

Grave= grande parte do tempo (50-60%) de PC pronunciado, dificuldade em concentrar-se mesmo com esforço.

Item 20 (E6): Dificuldades em adormecer, em permanecer a dormir ou sono agitado.

Frequência

Durante o último mês teve alguma dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir?

Que tipo de problemas? (Quanto tempo demora a adormecer? Com que frequência acorda durante a noite? Normalmente acorda mais cedo do que deseja? Quantas horas dorme em cada noite?)

Com que frequência teve estes problemas de sono no mês passado? N° de vezes _____

Intensidade

Quantas horas no total dorme numa noite?

Quantas horas por noite acha que deveria estar a dormir?

Rodeie: Problemas de concentração
Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Estes problemas de concentração começaram ou pioram depois do (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?)

Relação com o Trauma?
1 definitiva 2 provável 3 improvável

Gravidade

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3- Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I de problemas de sono (PS)

Moderada= pelo menos 2x mês/ PS claramente presente, com maior latência ou dificuldades claras em permanecer no sono, 30 a 90 minutos de perda de sono.

Grave= pelo menos 2x semana/ PS pronunciados, latência consideravelmente maior ou dificuldades marcadas em permanecer no sono 90 a 3 horas de perda de sono.

Critério F: Duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C e D e E) superior a 1 mês.

Item 21: Início dos sintomas

[Se ainda não estiver claro:] Quando começaram os sintomas que me relatou? (Quando tempo depois do trauma começaram? Mais de seis meses?)	_____ total # meses de início tardio Com início tardio? (≥6 meses)? NÃO SIM
--	--

Item 22: Duração dos sintomas

Há quanto tempo todos estes sintomas duram?	Total # duração meses _____ Duração mais de 1 mês? NÃO SIM
--	--

Critério G: A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

Item 23: Angústia Subjetiva.

Na globalidade, o quanto o têm incomodado estes sintomas que me descreveu? [Considerar angústia descrita nos itens anteriores]	0 – Nenhuma Angústia 1 – Leve/Angústia Mínima 2 – Moderada/Angústia Claramente Presente mas suportável 3 – Grave/Angústia Pronunciada 4 – Extrema/Angústia Incapacitante
---	---

Item 24: Prejuízo no funcionamento social (escola, pares, família, trabalho, ou outras áreas importantes de funcionamento)

Na globalidade, o quanto têm incomodado estes sintomas que me descreveu? [considerar angústia descrita nos itens anteriores] [Se ainda não estiver claro:] frequenta a escola? [se sim:] No mês passado, esses problemas afetaram trabalhos escolares? De que forma? [se não:] Esses problemas afetam outras partes importantes da tua vida? De que forma?	0 - Nenhum Impacto adverso 1 - Impacto Leve/Prejuízo Mínimo no funcionamento social 2 - Impacto Moderado/Prejuízo Nítido , mas alguns aspetos do funcionamento social continuam intactos 3 - Impacto Grave/Prejuízo Marcado , poucos aspetos do funcionamento social continuam intactos 4 - Impacto Extremo/ pouco ou nenhum funcionamento social
--	--

Item 25: Prejuízo no desenvolvimento.

Fazer atividades que outras crianças e jovens da mesma idade fazem fica mais difícil fazeres por que causa destas reações?	0 - Nenhum Impacto adverso 1 - Impacto Leve/Desajustamento Mínimo no funcionamento social 2 - Impacto Moderado/ Desajustamento Nítido , mas alguns aspetos do funcionamento social continuam intactos 3 - Impacto Grave/ Desajustamento Marcado , poucos aspetos do funcionamento social continuam intactos 4 - Impacto Extremo/ pouco ou nenhum funcionamento social
--	--

Avaliações Globais

Item 26: Validade Global.

<p>Estimar a validade geral das respostas. Considerar fatores como conformidade com a entrevista, estado mental (exemplo, problemas de concentração, compreensão dos itens, dissociação), e evidência de esforço para exagerar ou minimizar sintomas</p>	<p>0 – Excelente/ sem razão para suspeitar de respostas inválidas.</p> <p>1 – Boa/ alguns fatores presentes podem afetar negativamente a validade.</p> <p>2 – Razoável/ fatores presentes reduzem a validade.</p> <p>3 – Fraca/ validade reduzida.</p> <p>4 - Respostas Inválidas/ prejuízo severo no estado mental ou possível falsificação deliberada, finge ser “mau” ou “bom”.</p>
--	---

Item 27: Gravidade Global.

<p>Estimar a severidade geral dos sintomas de PTSD. Considerar subjetivo grau de sofrimento, grau de prejuízo funcional, observações do comportamento na entrevista e julgamento sobre o estilo de respostas</p>	<p>0 - Sem Sintomas/ clinicamente significativos, sem angústia e prejuízo funcional.</p> <p>1 – Leve/ angústia mínima ou prejuízo funcional mínimo.</p> <p>2 – Moderada/ angústia claramente presente e prejuízo funcional mas, com esforço, as funções são satisfatórias.</p> <p>3 – Grave/ angústia pronunciada e nítido prejuízo funcional, funcionamento limitado mesmo com esforço.</p> <p>4 – Extrema/ angústia incapacitante e prejuízo profundo em duas ou mais áreas de funcionamento.</p>
--	--

Item 28: Melhorias Globais.

<p>Avaliar o total da melhoria geral desde a avaliação inicial. Se não houver avaliação anterior, questionar como os sintomas listados mudaram ao longo dos últimos 6 meses. Avaliar o grau de mudança, apesar ou não, no seu julgamento, ser necessário tratamento.</p>	<p>0 – Assintomático</p> <p>1 - Melhoria Considerável</p> <p>2 - Melhoria Moderada</p> <p>3 – Melhoria Leve</p> <p>4 - Nenhuma Melhoria</p> <p>5 - Informação insuficiente</p>
--	--

Especifique se com sintomas dissociativos: os sintomas do indivíduo preenchem os critérios para o transtorno de stresse pós-traumático e, além disso, em resposta ao stressor, o indivíduo experimenta sintomas persistentes ou recorrentes de qualquer um dos seguintes:

Item 29 (1): Despersonalização: experiências persistentes ou recorrentes de “desapego”, e como se fosse um observador externo, dos processos mentais ou do corpo (por exemplo, sentir-se como se estivesse num sonho; sentir uma sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo, ou “fora do tempo” movendo-se lentamente).

Frequência

Durante o último mês houve momentos em que sentiu que estava fora do seu corpo, como se estivesse a observar a si próprio, ou como se os seus pensamentos e sentimentos fossem de outra pessoa?

[SE NÃO:] (Houve alturas em que sentiu o corpo estranho ou não familiar, como se tivesse mudado de alguma forma?)

Fale-me mais sobre isso.

No último mês (semana) quantas vezes aconteceu? [SE NÃO ESTIVER CLARO:] (Isto aconteceu devido à doença, ou ao efeito de álcool ou drogas?) [Pontuação 0= Ausente se devido ao efeito de uma substância ou condição médica].

Com que frequência isto aconteceu no mês passado? Nº de vezes _____

Intensidade

O quão forte é esse sentimento? Quanto tempo dura? O que é que faz quando isto acontece? (As outras pessoas reparam no seu comportamento? O que dizem?)

Rodeie: Dissociação

Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Estes sentimentos começaram ou pioram depois do (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?)

Relação com o Trauma? 1 definitiva 2 provável 3 improvável

0 - Ausente
1 – Suave/ Subliminar
2 – Moderada/Limite
3- Grave/Marcadamente elevada
4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I de dissociação

Moderada=pelo menos 2x mês/ qualidade dissociativa claramente presente, mas transitória, retém algum sentido realista do ambiente.

Grave= pelo menos 2x semana/ dissociação pronunciada, sensação acentuada de desapego e irrealidade.

Item 30 (2): Desrealização: Experiências persistentes ou recorrente de irrealidade de ambiente (por exemplo, o mundo em redor do indivíduo é experienciado como irreal, como se fosse um sonho, distante ou distorcido).

Frequência

No último mês houve momentos em que as situações pareceram irreais ou muito estranhas e pouco familiares?

[SE NÃO:] (Houve momentos em que as pessoas repentinamente pareceram desconhecidas?)

Fale-me mais sobre isso.

[SE NÃO ESTIVER CLARO:] (Devido à doença ou ao efeito de álcool ou drogas?)

Com que frequência isto aconteceu no mês passado? N° de vezes _____

Intensidade

O quão intenso é este sentimento? Quanto tempo dura? O que faz quando isto acontece? (As outras pessoas reparam no seu comportamento? O que dizem?)

Rodeie: Dissociação
Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema

Estes sentimentos começaram ou pioram depois do (EVENTO)? Acha que está relacionado a (EVENTO)? De que forma?

Gravidade

- 0 - Ausente
- 1 – Suave/ Subliminar
- 2 – Moderada/Limite
- 3- Grave/Marcadamente elevada
- 4 – Extrema / Incapacitante

Principais dimensões de classificação= F/I de dissociação

Moderada=pelo menos 2x mês/ qualidade dissociativa claramente presente, mas transitória, retém algum sentido realista do ambiente.

Grave= pelo menos 2x semana/ dissociação pronunciada, sensação acentuada de desapego e irrealidade.

FOLHA RESUMO DO CAPS-CA-5

Nome: _____ ID#: _____ Entrevistador: _____ Estudo: _____ Data: _____

A. Exposição a um Acontecimento Traumático		
Cumpre o critério A?	0 = NÃO	1= SIM

B. Reexperiência de sintomas (Intrusão)	Último mês	
Sintoma	Gravidade	Total (Gravidade ≥ 2)?
(1) Recordações intrusivas		0 = NÃO 1= SIM
(2) Sonhos angustiantes		0 = NÃO 1= SIM
(3) Agir ou sentir como se o evento ainda estivesse a acontecer		0 = NÃO 1= SIM
(4) Angústia psíquica na exposição		0 = NÃO 1= SIM
(5) Reação fisiológica durante a exposição		0 = NÃO 1= SIM
Sub-total B	B Gra =	# B Gra =
Número sintomas critério B (necessário 1)		

C. Sintomas de evitamento e embotamento	Último mês	
Sintoma	Gravidade	Total (Gravidade ≥ 2)?
(6) Evitamento de pensamentos ou sentimentos		0 = NÃO 1= SIM
(7) Evitamento de atividades, lugares ou pessoas		0 = NÃO 1= SIM
Sub-total C	C Gra =	# C Gra =
Número sintomas critério C (necessário 1)		

D. Sintomas de Cognição e Emoção	Último mês	
Sintoma	Gravidade	Total (Gravidade ≥ 2)?
(8) Incapacidade de lembrar importantes aspectos do trauma		0 = NÃO 1= SIM
(9) Crenças ou expectativas negativas persistentes		0 = NÃO 1= SIM
(10) Cognições persistentes e distorcidas		0 = NÃO 1= SIM
(11) Estado emocional negativo persistente		0 = NÃO 1= SIM
(12) Interesse diminuído nas atividades diárias		0 = NÃO 1= SIM
(13) Distanciamento ou Estranhamento		0 = NÃO 1= SIM
(14) Incapacidade persistente para experimentar emoções positivas.		0 = NÃO 1= SIM
Sub-total D	D Gra =	# D Gra =
Número sintomas critério D (necessário 2)		

E. Sintomas de Hiperativação	Último mês	
Sintoma	Gravidade	Total (Gravidade ≥ 2)?
(15) Irritabilidade ou explosões de raiva		0 = NÃO 1= SIM
(16) Comportamento imprudente ou autodestrutivo		0 = NÃO 1= SIM
(17) Hipervigilância		0 = NÃO 1= SIM
(18) Resposta de alarme exagerada		0 = NÃO 1= SIM
(19) Dificuldades de concentração		0 = NÃO 1= SIM
(20) Dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir		0 = NÃO 1= SIM
Sub-total E	E Gra =	# E Gra =
Número sintomas critério E (necessário 2)		

PTSD Totais	Último Mês	
Totais	Total de Gravidade	Sumatório
Sumário dos subtotais (B+C+D+E)		

F. Duração do sintoma	Atualmente	
(22) Duração dos sintomas há pelo menos 1 mês?	0 = NÃO	1 = SIM

G. Distress significativo ou prejuízo no funcionamento cotidiano	Último mês	
Critério	Gravidade	Total (Gravidade ≥ 2) ?
(23) Angústia subjetiva		0 = NÃO 1= SIM
(24) Prejuízo no funcionamento social		0 = NÃO 1= SIM
(25) Prejuízo nas funções ocupacionais		0 = NÃO 1= SIM
Sub-total G	G Gra =	# G Gra =
Número sintomas critério E (necessário 2)		

Avaliações Globais	Último Mês
(26) Validade Global	
(27) Gravidade Global	
(28) Melhorias Globais	

Sintomas Dissociativos	Último mês	
Sintoma	Gravidade	Total (Gravidade ≥ 2) ?
(29) Despersonalização		0 = NÃO 1= SIM
(30) Desrealização		0 = NÃO 1= SIM
Subtotais)	Diss Gra =	# Diss Gra =
Pelo menos 1 ≥ 2?		

Diagnóstico de PTSD	Atualmente
Presente PTSD: Aplicam-se todos os critérios (A-G)?	0 = NÃO 1= SIM
Com sintomas dissociativos	0 = NÃO 1= SIM
(21) Com início tardio (≥ 6 meses de atraso)	0 = NÃO 1= SIM

Classificação de Frequência

QUANTOS DIAS DURANTE O MÊS PASSADO A REAÇÃO ACONTECEU?

0

S	T	Q	Q	S	S	D

Ausente

1

S	T	Q	Q	S	S	D

Leve

Entre um e três dias por mês (5-10%)

2

S	T	Q	Q	S	S	D

Moderado

Entre dois e três dias por semana (20-30%)

3

S	T	Q	Q	S	S	D

Severo

Entre três e quatro dias por semana (50%)

4

S	T	Q	Q	S	S	D

Extremo

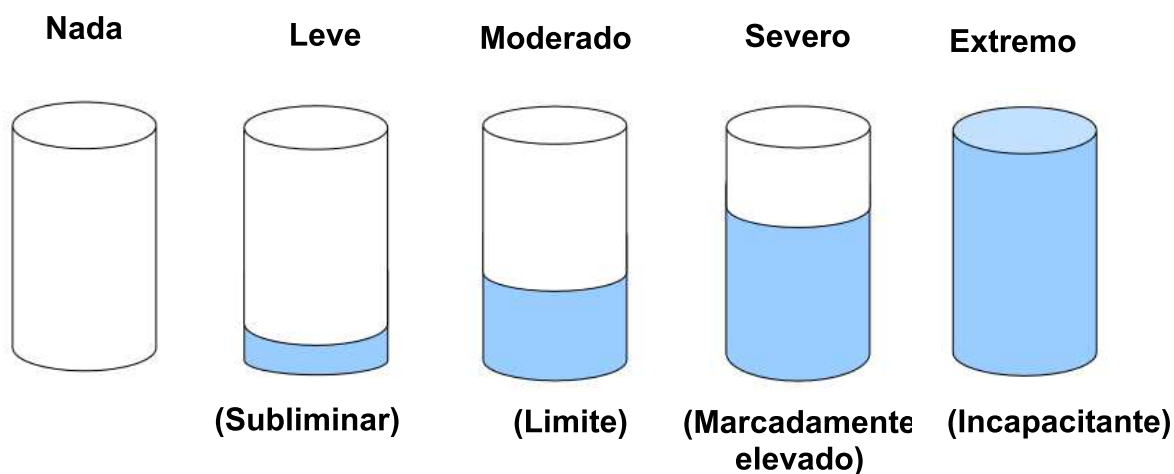
Quase todos os dias (Generalizada)

Apêndice B

Classificação de Intensidade

DURANTE O MÊS PASSADO QUANTO INCOMODOU O PROBLEMA?

Direções: Abaixo estão cinco fotos de copos que mostram resposta diferentes. Apontando para um copo mostra o quanto o problema incomodou no mês passado.



Os efeitos da exposição traumática no desenvolvimento de gestão de conflitos em adolescentes

Vânia, S.,¹ & Rocha, J.¹

¹Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde (IINFACTS), Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, Gandra PRD, Portugal.

Resumo

Objetivo: O objetivo da investigação é traduzir e validar o *Conflict Management Formative Questionnaire* (Gaumer Erickson & Noonan, 2018) e verificar que acontecimento de vida marcante no jovem tem impacto na forma como gere os conflitos.

Método: Após o consentimento informado, 100 estudantes em contexto escolar, em Portugal, preencheram um inquérito sociodemográfico, a Escala de Impacto de Eventos Revisto para Crianças CRIES-13 e o *Conflict Management Formative Questionnaire* (Gaumer Erickson & Noonan, 2018).

Conclusão: Os resultados demonstram uma consistência interna favorável, de acordo com os valores de alfa de *Cronbach* obtidos. Os valores obtidos através da análise fatorial confirmatória demonstram uma boa validade.

É possível ainda concluir que os acontecimentos de vida, nomeadamente violência doméstica, envolvimento com prisão/polícia, ataque de animal, apresentam diferenças estatisticamente significativas com QFGC, nomeadamente na subescala de Autoeficácia.

Palavras-chave: Gestão de Conflitos; Adolescência; Estilos de gestão de conflito; Escola.

Abstract

Objective: The objective of the research is to translate and validate the *Conflict Management Formative Questionnaire* (Gaumer Erickson & Noonan, 2018) and verify that a remarkable life event in young people has an impact on the way they manage conflicts.

Method: After informed consent, 100 students in the school context in Portugal completed a sociodemographic survey, the Children's Impact of Event Scale for CRIES-13 children and the Conflict Management Formative Questionnaire (Gaumer Erickson & Noonan, 2018).

Conclusion: The results demonstrate a favorable internal consistency, according to the Cronbach alpha values obtained. The values obtained through confirmatory factor analysis demonstrate a good validity.

It is also possible to conclude that life events, including domestic violence, involvement with the arrest/police, animal attack, have statistically significant differences with the QFGC, including the subscale of self-efficacy.

Keywords: Conflict Management; Adolescence; Conflict management styles; School.

Introdução

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são frequentes e podem afetar profundamente o desenvolvimento e a autonomia do futuro adulto, e muitos deles tendem a ter uma evolução crónica, com repercussões negativas e graves a nível familiar, educativo e social (Santos,2013).

Assim, interessa-nos focar esta investigação no contexto educativo, nomeadamente sobre a temática gestão de conflitos.

A Escola constitui um espaço de socialização por excelência, com ligação a família, assume-se como um mecanismo de ressonância das dificuldades, dos conflitos e das potencialidades que o adolescente experimenta. Num mundo cada vez mais global, onde a sociedade de informação é uma realidade, importa olhar as instituições de ensino e as relações que nela se desenvolvem sob um novo prisma (Marques & Cunha, 2004).

O conflito em contexto escolar, é uma realidade incontornável e intrínseca do nosso quotidiano que assume uma inegável pertinência e atualidade no contexto educativo Português.

O conflito pode assumir-se como um poderoso antídoto contra a estagnação na medida em que estimula o interesse, a curiosidade, tornando-se talvez no meio mais credível para que os problemas possam ser esclarecidos, debatidos e discutidos, ou seja, para que seja possível encontrar soluções na medida em que se assume como a raiz das mudanças pessoais e sociais (Deutsch, 1990).

Por outro lado, não sendo o conflito isento de riscos, pode ser o responsável por um processo destrutivo ao induzir as partes num círculo vicioso que se auto perpetua limitando os recursos disponíveis e colocando em questão todo o processo de resolução do problema (Maques & cunha, 2004). Há que não negligenciar os aspetos menos

positivos decorrentes das situações conflituais, pois estas por si só estimulam situações de força e fomentam percepções, atitudes e condutas hostis entre pessoas, grupos e comunidades (Maques & cunha, 2004).

A gestão do conflito envolve o diagnóstico e a intervenção a nível intrapessoal, interpessoal, intragrupal e intergruparal (Rahim, 1998). Assim, compreender o conflito é um primeiro passo para a sua resolução produtiva e construtiva, sendo importante ter presente que, em função da maneira como ele é encarado e gerido, assim pode ter consequências construtivas ou destrutivas.

Os estilos de gestão de conflito representam a maneira como as pessoas lidam com o conflito, apresentando os mesmos, um conjunto de benefícios e desvantagens, que advêm das contingências da situação.

Segundo Thomas (1992), os estilos de gestão de conflito devem ser interpretados como intenções, sejam elas mais genéricas ou específicas, que cada parte preconiza durante o conflito. Os vários estilos de gestão de conflitos podem assumir um carácter estrutural e enfatizam os mecanismos de diferenciação e integração. Da inter-relação entre estas dimensões podem surgir diferentes estilos de gestão de conflitos: competição, anuência, compromisso, colaboração e evitamento.

O objetivo desta investigação é traduzir e validar o *Conflict Management Formative Questionnaire* (Gaumer Erickson & Noonan, 2018) e verificar que acontecimento de vida no jovem tem impacto na forma como gere os conflitos.

A importância desta investigação surge na medida em que o conflito pode afetar as organizações de múltiplas formas. As instituições de ensino, pela sua própria natureza, possuem algumas características que potenciam o desenvolvimento de situações de conflito.

Nesse sentido, a gestão eficaz de conflitos em instituições de ensino é crucial para combater as suas eventuais consequências negativas.

Contudo, este instrumento será uma mais valia para os professores que podem aprimorar as suas práticas instrucionais integrando o treino em gestão de conflitos com assuntos que inerentemente estão relacionados com os conflitos. É também importante referir que este questionário não está validado nem traduzido para a população portuguesa.

Metodologia

Participantes

A amostra é composta por 100 estudantes, sendo que 60 (60%) do género masculino e 40 (40%) do género feminino. Estes participantes têm idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos ($M=17.08$; $DP= 1.19$). Relativamente às habilitações, 20 (20%) dos estudantes frequentam o segundo ciclo, 41 (41%) frequentam o terceiro ciclo, e 39 (39%) frequentam o secundário.

Dos 100 participantes, 8 (8%) responderam que são acompanhados em psicologia e 92 (92%) responderam que não usufruem de acompanhamento psicológico.

Em relação à toma de fármacos, 7 (7%) dos estudantes responderam que não tomam e 93 (93%) responderam que não fazem medicação.

(Tabela 1)

Instrumentos

Para que fosse possível a participação dos alunos neste estudo, e de acordo com questões éticas, foi necessário a recolha prévia do consentimento informado que culminava com um esclarecimento do estudo, um pedido de participação que garantia o anonimato e a

confidencialidade dos dados, conhecimento dos procedimentos bem como a finalidade pretendida.

Após o preenchimento do consentimento informado, estes alunos preencheram primeiramente um questionário sociodemográfico, o Questionário Formativo sobre Gestão de Conflitos (*Gaumer Erickson & Noonan, 2018*) e a Escala de Impacto de Eventos para Crianças (CRIES-13) (Children and War Foundation, 1998) versão Portuguesa (Rocha, Moreira e Silva, 2012).

O Questionário Sociodemográfico foi desenvolvido com o objetivo de caracterizar a amostra. Para isso, foram discutidas as informações pertinentes para o estudo com base na revisão bibliográfica sobre a temática. O questionário contém perguntas para obter informações sociodemográficas sobre a idade, gênero, profissão, habilitações literárias, acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e toma de fármacos (Anexo II).

A CRIES-13 (*Children's Impact of Event Scale*) (Children and War Foundation, 1998); é composta por três subescalas, nomeadamente a de intrusão, a de evitamento e a de hiperativação. Estas subescalas medem as três características primordiais da sintomatologia traumática. A CRIES-13 é um instrumento de autorresposta que procura avaliar o sofrimento subjetivo que advém de uma experiência traumática. É constituído por 13 itens classificados de forma não linear de acordo com a frequência da ocorrência durante a última semana em que 0 corresponde a “Nunca”; 1 “Raramente”, 3 “Algumas vezes” e 5 “Muitas vezes” em relação ao evento traumático específico. As pontuações são obtidas para quatro itens de intrusão, quatro itens de evitação e cinco itens de excitação. As pontuações totais variam de 0 a 65 e pontuações mais altas indicam mais sintomas de PSPT. A consistência interna total da CRIES-13 varia entre .75 e .87, sendo que, para as três subescalas, a intrusão apresenta a variação de .70-.90, a evitação de .62-.82 e a

excitação de .60-.74 (Dyregrov, Kuterovac & Barath, 1996; Giannopoulou et al., 2006a; Lau et al., 2013; Smith et al., 2003; van der Kooij et al., 2013; Yule, Bruggencate & Joseph, 1994; Zhang et al., 2011). A confiabilidade do reteste é de ($r's = .76-.85$) (Panter-Bricketal, 2011; Verlindenetal, 2014). A versão portuguesa foi validada por Rocha, Moreira e Silva, (2012) (Anexo IV).

O *Conflict Management Formative Questionnaire* (Gaumer Erickson & Noonan, 2018) foi desenvolvido para medir a capacidade do aluno em três componentes fundamentais na gestão de conflitos, nomeadamente entender a resposta natural do conflito, entender o contexto do conflito que inclui as perspetivas de todos os envolvidos e aplicar uma abordagem de gestão de conflitos adequada à situação. No geral, o *Conflict Management Formative Questionnaire* (Gaumer Erickson & Noonan, 2018) foi considerado moderadamente confiável (21 itens; $\alpha = 0.871$). A subescala de resposta natural de compreensão é composta por 9 itens e apresenta ($\alpha = 0.787$), a subescala do contexto de compreensão é constituída por 6 itens com ($\alpha = 0.703$) e, por último, a subescala da abordagem aplicada contém 6 itens e ($\alpha = 0.604$). Deste modo, o Questionário Formativo de Gestão de Conflitos contém 21 itens e uma pontuação total de 100 pontos, o quartil inferior varia de 19 a 63 e o quartil superior de 79 a 100. A subescala designada para entender a resposta natural é composta pelos itens 1-9, a subescala para entender o contexto é constituída pelos itens 10-15 e a subescala para aplicar abordagem é definida pelos itens 16-21. A resposta é classificada numa escala *likert* de 0 a 5, em que 0 corresponde “Nada parecido comigo” e 5 “Muito parecido comigo”. Ainda sobre a classificação de pontuação, os itens 12, 18 e 21 são questões enquadradas negativamente e, portanto, pontuadas no inverso (Anexo VI).

Procedimentos

O processo de tradução e adaptação do instrumento para a população Portuguesa passou inicialmente por um pedido de autorização à Gaumer Erickson, a que, de imediato, acedeu, uma vez que viu no mesmo uma mais-valia para a população portuguesa, bem como para a comunidade científica. Depois da autorização concedida, foram realizados os processos de tradução, tendo sempre em atenção para que a frase não perdesse o seu significado e intenções originais. Após três versões e uma versão final, foi feita uma retroversão. No final, a retroversão coincidiu com a original, existindo algumas questões de pormenor que foram ajustadas. O aspeto final do *Conflict Management Formative Questionnaire* e a ordem dos itens mantiveram-se iguais aos da versão original.

Recolha de dados

A amostra foi obtida na escola profissional e tecnológica de forma presencial e também através da plataforma online *Limesurvey*. Os participantes, que preencheram os inquéritos via online, foram selecionados tendo em conta o critério de inclusão, idade compreendida entre 14-18 anos, sendo que a recolha de dados e aplicação dos instrumentos ocorreram durante o mês de fevereiro de 2020, de forma autoadministrada e sem esse critério por ser escola profissional. De modo a garantir os aspetos éticos, foram explicados os objetivos do estudo e o caráter voluntário e confidencial da participação no mesmo. Foi ainda apresentado um consentimento informado que requeria a aceitação e preenchimento do mesmo por parte dos participantes.

Análise de dados

Após a recolha dos dados, a análise dos mesmos foi efetuada no *software* IBM SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 26.0. Foi utilizada uma análise do tipo descritivo para determinar as variáveis em estudo através da exibição de tabelas de frequências e percentagens, média e desvio padrão. Recorreu-se ao teste t para uma amostra, ao teste do coeficiente de correlação de *Pearson* para verificar se há correlações

entre as variáveis, análise de componentes principais para verificar inter-relações entre variáveis do QFGC e análise fatorial confirmatória para identificar relações entre variáveis interrelacionadas.

Resultados

Características Gerais da Escala

A média total do questionário formativo sobre Gestão de Conflito é de 96.68 e ($DP=17.31$). A média da subescala autoeficácia é de 24.55 e ($DP=6.21$). A média da subescala Empatia/Compromisso é de 72.13 e ($DP=14.09$).

(Tabela 2)

Fidelidade

O Alfa de *Cronbach* calculado para o QFGC Total é de 0.87, que é considerado um valor muito bom.

Entre as subescalas, os valores alfa obtidos são mostrados também como muito bons: o Alfa de *Cronbach* de 0.79 foi calculado para a subescala de Autoeficácia; O alfa de *Cronbach* de 0.87 foi calculado para a subescala de Empatia/Compromisso.

Em relação ao alfa de *Cronbach* se itens extraídos pertencentes a subescala Autoeficácia é de 0.73-0.78.

Relativamente ao alfa de *Cronbach* se itens extraídos pertencentes a subescala Empatia/Compromisso é de 0.85-0.88.

(Tabela 3)

Análise de Componentes Principais

A Análise de Componentes Principais foi usada para analisar as inter-relações entre variáveis do QFGC e explicar essas variáveis em termos de suas dimensões inerentes.

Assim concluiu-se que o QFGC dividisse em duas componentes. A primeira componente constitui 15 itens e a segunda componente é composta por 6 itens.

Os valores mais elevados da componente 1 correspondem aos itens 10,11,13,16 e 6. Na segunda componente os itens mais elevados correspondem 3 e 4. Verificou-se também que os itens pertencentes ao QFGC, especificamente 12 e 18 foram extraídos por motivos de não pertencerem a nenhum das duas componentes.

(Tabela 4)

Análise Componente Principal

Para o QFGC, calculamos um valor χ^2 de <0.001 ; um valor *SRMR* de 0.100; um *GFI* de 0.761. Era tudo um bom valor para um bom ajuste do modelo.

(Figura 1).

Validade Convergente

Na análise de validade entre o QFGC e a LAGS-CJ é possível referir que a escala autoeficácia, pertencente ao QFGC, apresenta diferença estatisticamente significativa nos acontecimentos 13 “ataque de animal”, no acontecimento 14 “violência doméstica” e no acontecimento 16 “prisão/polícia”.

Em relação a escala Empatia/Compromisso não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Essas diferenças também não foram encontradas para a escala total do QFGC.

(Tabela 5)

Na análise entre o QFGC e CRIES13 foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a subescala de hiperativação ($r = -0.214^*$). Em relação as restantes subescalas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

(Tabela 6)

Discussão e Conclusão

O objetivo principal desta investigação é traduzir e validar o *Conflict Management Formative Questionnaire* (Gaumer Erickson & Noonan, 2018) e verificar que acontecimento de vida no jovem tem impacto na forma como gere os conflitos.

O QFGC é um instrumento com valor para caracterização de conflitos em contexto educativo e como uma possível medida de resultado para intervenções.

A pequena amostra para uma escala é uma limitação real, no entanto abre caminho para novas pesquisas nesta área, aumentando a diversidade da amostra. Este aspeto pode proporcionar uma melhor definição fatorial.

Comparando os resultados com a versão original inglesa, encontramos um alfa *Cronbach* semelhantes, no entanto concluímos através da análise fatorial que a escala poderia ser reduzida a duas componentes principais e dois itens podiam ser extraídos. O primeiro aspeto parece estar relacionado com itens com a palavra "compromisso" que provocou dúvidas na população adolescente.

A partir desta pesquisa, foi possível também verificar a ocorrência de acontecimentos traumáticos, violência doméstica, abuso sexual, humilhação, entre outros, no percurso de muitos adolescentes.

Neste sentido, a partir dos resultados apresentados, foi verificado que a exposição dos jovens à violência é de alta frequência.

Desse modo, pode-se pensar que a violência na adolescência não é uma questão que diz respeito apenas à família das pessoas envolvidas, mas constitui-se como grave problema de saúde pública, que deve ser observado em todos os contextos de inserção dos jovens.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Entende-se pelo tamanho da amostra e pela característica representativa e aleatória da população adolescente que os dados encontrados podem ser generalizados para esta população. Embora não invalide os resultados, tal limitação deve ser considerada, pois os resultados poderiam ter sido mais diversificados se o estudo tivesse sido ampliado a mais adolescentes. As diferenças evidenciadas quanto ao tipo de violência experienciada pelos adolescentes em cada contexto revelaram a importância da realização de investigações que considerem as características de adolescentes sempre de forma contextualizada. Um contexto de desenvolvimento adequado pode contribuir para a redução do envolvimento dos adolescentes em situações de conflito e violência. Desta forma, torna-se urgente a necessidade de capacitação de profissionais da área da saúde e educação para atuar em situações de violência, tanto com as crianças e adolescentes vítimas como também com suas famílias, a fim de interromper uma possível multigeracionalidade dos atos violentos e diminuir a vulnerabilidade nesta população.

Referências bibliográficas

Brodski, S. (2010). Abuso emocional: Suas relações com autoestima, bem-estar subjetivo e estilos parentais em universitários.

Deutsch, M. (1990). A framework for teaching conflict resolution in the schools.

Sheppard, B.

Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C. M., Newton-Sánchez, O. A., & Plasencia-García, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *salud pública de México*, *52*(3), 213-219.

Fowler, P. J., Tompsett, C. J., Braciszewski, J. M., Jacques-Tiura, A. J., & Baltés, B. B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and psychopathology*, *21*(1), 227-259. doi:10.1017/S0954579409000145

Kunst, M., Winkel, F. W., & Bogaerts, S. (2010). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder among victims of violence applying for state compensation. *Journal of interpersonal violence*, *25*(9), 1631-1654. doi.org/10.1177/0886260509354591

Lenssen, G., Nijhof, A., Roger, L., Kievit, H., & Martinez, F. (2014). Corporate strategy and the environment: towards a four-dimensional compatibility model for fostering green management decisions. *Corporate Governance*. doi.org/10.1108/CG-02-2014-0030

MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., ... & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a

community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.
doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1878

Marques, L., & Cunha, P. (2004). Estilos de gestão de conflito em contexto escolar: análise de algumas variáveis relevantes. In *Actas V Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e acção* (pp. 97-100).

McDonald, C. C., & Richmond, T. R. (2008). The relationship between community violence exposure and mental health symptoms in urban adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 833-849. doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01321.x

Narvaz, M., & Oliveira, L. L. (2009). A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(1), 22-29.

Rahim, A. (1998). Rethinking the Structure of Conflict: Toward a Four-dimensional Conceptualisation. Department of Management Information Systems, Western Kentucky University

Santos, M. D. (2013). Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. *Identificar, avaliar e intervir*.

Sullivan, T. N., Farrell, A. D., Kliewer, W., Vulin-Reynolds, M., & Valois, R. F. (2007). Exposure to violence in early adolescence: The impact of self-restraint, witnessing violence, and victimization on aggression and drug use. *The Journal of Early Adolescence*, 27(3), 296-323. doi.org/10.1177/0272431607302008

Thomas, K. W. (1992). Conflict and negotiation processes in organizations.

Vasconcelos, M. M., Malheiros, A. F. D. A., Werner Jr, J., Brito, A. R., Barbosa, J. B., Santos, Í. S. O., & Lima, D. F. N. (2005). Contribuição dos fatores de risco

psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 63(1), 68-74. doi.org/10.1590/S0004-282X2005000100013

World Health Organization. (2010). Participant manual: IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV.

Tabelas

Tabela 1

Características Sociodemográficas dos Participantes (N=100)

Característica	n	%	M	DP
Sexo				
Feminino	40	40%		
Masculino	60	60%		
Idade				
[14 - 20]	100		17.08	1.19
Escolaridade				
2º ciclo	20	20%		
3º ciclo	41	41%		
Secundário	39	39%		
Apoio Psicológico				
Sim	8	8%		
Não	97	92%		
Ansiolítico e/ou Antidepressivos				
Sim	7	7%		
Não	93	93%		

Tabela 2

Valores descritivos das características gerais das escalas (N=100)

	n	M	DP
QFGC Total	100	96.68	17.31
QFGC Autoeficácia	100	24.55	6.21
QFGC Empatia/Compromisso	100	72.73	14.09

Tabela 3*Alfa de Cronbach de consistência interna das escalas e entre as subescalas(N=100)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Alfa Cronbach se item excluído</i>
QFGC1. Pensar várias formas	4.93	1.69	0.74
QFGC2. Pensar como responde	4.61	1.71	0.77
QFGC3. Sentir se bem da forma como lida	4.87	1.71	0.74
QFGC4. As formas resultam para mim	4.94	1.65	0.73
QFGC5. Responder de forma distinta	5.20	1.61	0.78
QFGC6. Perceber o ponto de vista do outro	5.58	1.58	0.85
QFGC7. Perceber o porquê	5.79	1.52	0.86
QFGC8. Perceber ponto de vista de dois amigos	5.69	1.84	0.86
QFGC9. Perceber desentendimento pelo mau humor	4.87	1.81	0.86
QFGC10. Compreender razão do desentendimento	5.20	1.64	0.85
QFGC11. Tentar compreender	5.39	1.46	0.85
QFGC13. Tentar encontrar soluções positivas	5.11	1.54	0.85
QFGC14. Fala como se sente e ouve o outro	5.29	1.63	0.86
QFGC15. Parar e pensar no que deve fazer	4.76	1.71	0.86
QFGC16. Tentar encontrar um compromisso	4.63	1.75	0.86
QFGC17. Manter a calma na conversa	4.99	1.76	0.86
QFGC19. Quando discordo falo com o outro sobre o assunto	5.19	1.49	0.87
QFGC20. Defender a minha posição e não rebaixar o outro	5.48	1.51	0.87
QFGC21. Dizer coisas que me arrependo	4.75	1.83	0.88
			<i>Alpha Cronbach's</i>
QFGC Total			0.87
QFGC Autoeficácia			0.79
QFGC Empatia/Compromisso			0.87

Tabela 4*Análise de Componentes Principais (N=100)*

	<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>
QFGC1		0.572
QFGC10	0.736	
QFGC11	0.807	
QFGC13	0.826	
QFGC14	0.533	
QFGC15	0.659	
QFGC16	0.853	-0.407
QFGC17	0.435	
QFGC19	0.318	
QFGC2		0.521
QFGC20	0.352	
QFGC21	0.341	
QFGC3	-0.300	0.934
QFGC4		0.926
QFGC5		0.616
QFGC6	0.866	
QFGC7	0.576	
QFGC8	0.614	
QFGC9	0.611	

Tabela 5

Teste t para amostra - QFGC e LAGS-CJ (N=50)

	QFGC Autoeficácia				QFGC Empatia					
	Exposto		Não Exposto		<i>t</i>	<i>d</i>	Exposto		Não Exposto	
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>			<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
1. Acidente com envolvimento	20	25.60 (6.34)	30	25.37 (6.88)	0.12	0.03	77.10 (10.65)	73.30 (11.42)	1.18	0.34
2. Acidente sem envolvimento	10	22.60 (8.00)	40	26.17 (6.11)	-1.55	-0.55	72.50 (9.54)	75.40 (11.58)	-0.73	-0.26
3. Hospital/ Operação	33	24.51 (7.01)	17	27.29 (5.45)	-1.42	-0.42	74.88 (10.99)	74.71 (11.84)	0.05	0.01
4. Afastamento por algum tempo dos familiares	6	26.50 (4.76)	44	25.32 (6.85)	0.41	0.18	79.50 (16.26)	74.18 (10.39)	1.10	0.48
5. Pais ausentes definitivamente	10	24.40 (7.20)	40	25.73 (6.52)	-0.56	-0.20	73.30 (11.51)	75.20 (11.20)	-0.48	-0.17
6. Ferimentos graves	12	24.75 (7.05)	38	25.68 (6.54)	-0.42	-0.14	76.08 (11.68)	74.42 (11.13)	0.45	0.15
7. Tratado forma diferente dos outros	18	23.78 (7.73)	32	26.41 (5.80)	-1.36	-0.40	76.94 (9.96)	73.62 (11.78)	1.01	0.30
8. Magoado fisicamente	9	24.56 (8.89)	41	25.66 (6.11)	-0.45	-0.16	72.89 (10.45)	75.24 (11.40)	-0.57	-0.21
9. Ameaças	13	26.08 (7.31)	37	25.24 (6.43)	0.39	0.12	71.61 (12.67)	75.95 (10.55)	-1.21	-0.40
10. Ridicularizado	15	26.40 (5.41)	35	25.06 (7.09)	0.65	0.20	78.00 (10.30)	73.46 (11.39)	1.33	0.41
11. Assalto/Roubo	5	25.80 (10.61)	45	25.42 (6.18)	0.12	0.06	72.60 (16.53)	75.07 (10.65)	-0.46	-0.22
12. Rapto	1	25.00	49	25.47 (6.67)			71.00	74.90 (11.27)		
13. Ataque de animal	15	28.20 (4.54)	35	24.29 (6.96)	1.98*	0.61	77.13 (13.22)	73.89 (10.22)	0.96	0.30
14. Agressão física entre familiares	14	21.50 (7.67)	36	27.00 (5.52)	-2.83*	-0.90	75.50 (9.93)	74.56 (11.74)	0.27	0.09
15. Agressão verbal entre familiares	15	26.33 (4.35)	35	25.09 (7.39)	0.61	0.19	74.93 (10.84)	74.78 (11.46)	0.05	0.01
16. Prisão/ Polícia	3	18.00 (9.64)	47	25.94 (6.21)	-2.09**	-1.24	76.33 (4.73)	74.72 (11.48)	0.24	0.14
17. Agressões físicas de pessoas de fora da família	11	23.91 (9.41)	39	25.90 (5.66)	-0.89	-0.30	70.73 (11.29)	75.97 (11.01)	-1.39	-0.47
18. Obrigação e lesão	10	25.30 (5.31)	40	25.50 (6.94)	-0.08	-0.03	77.70 (13.43)	74.10 (10.60)	0.91	0.32
19. Atitudes inapropriadas de alguém	20	25.40 (6.50)	30	25.50 (6.78)	-0.05	-0.01	77.25 (11.02)	73.20 (11.76)	1.26	0.36
20. Humilhação	11	26.00 (5.74)	39	25.31 (6.89)	0.30	0.10	77.00 (8.68)	74.20 (11.80)	0.73	0.25
21. Mau trato na escola	21	24.38 (8.01)	29	26.24 (5.38)	-0.98	-0.28	74.71 (11.93)	74.90 (10.80)	-0.06	-0.02
22. Punição física	4	24.75 (3.59)	46	25.52 (6.82)	-0.22	-0.12	74.00 (6.22)	74.90 (11.54)	-0.15	-0.08

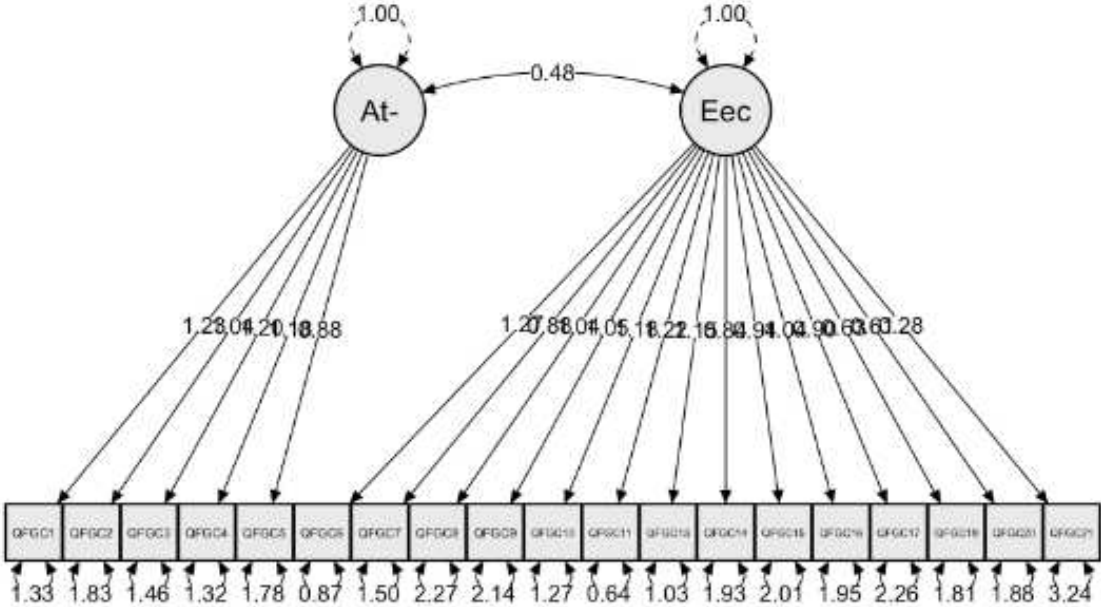
Tabela 6*Coeficiente de Correlação de Pearson entre CRIES13 e QFGC (N=100)*

	QFGC Autoeficácia	QFGC Empatia	QFGC Total
CRIES13 Intrusão	-0.120	-0.017	0.034
CRIES13 Evitamento	-0.070	0.079	0.033
CRIES13 hiperativação	-0.214*	-0.051	-0.115
CRIES13 Total	-0.147	0.040	-0.018

*. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades). **. A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

Figura 1

Análise Confirmatória do QFGC



ANEXOS

ANEXOS I

Questionário Sociodemográficos

Dados Pessoais

Idade: _____ anos

Género: Feminino Masculino

Habilitações Literárias:

Sem habilitações 1º ciclo (4ºano) 2º ciclo (6ºano) 3º ciclo (9ºano)

Secundário (12ºano) Licenciatura

É acompanhado por psicólogo/psiquiatra? Sim Não

Toma ansiolíticos ou antidepressivos: Sim Não

ANEXOS VI

Questionário Formativo sobre Gestão de Conflitos

Por favor, selecione uma resposta que melhor o descreve. Seja honesto, uma vez que a informação recolhida será para o ajudar na escola e também para o ajudar a preparar-se para a faculdade e para a sua carreira. Não há respostas certas ou erradas!

Nome: _____ Data: _____

	Nada parecido comigo → Muito parecido comigo				
	1	2	3	4	5
1. Consigo pensar em várias maneiras diferentes de lidar com um desentendimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu tenho pensado na maneira como normalmente respondo aos conflitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu sinto-me bem com a maneira como eu lido com conflitos ou desentendimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As maneiras que uso para resolver os conflitos normalmente funcionam para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Respondo de maneira distinta a diferentes desentendimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Numa discussão eu tento compreender o ponto de vista do outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quando alguém está chateado comigo, eu tento perceber o porquê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando dois amigos estão a discutir, tento perceber o ponto de vista de ambas as partes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tento perceber se alguém está a discutir apenas porque está de mau humor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Em vez de tirar conclusões precipitadas, tento compreender a razão do desentendimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tento compreender se a discussão é causada por um mal-entendido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando estou chateado com um amigo/a, evito falar com ele/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu tento encontrar soluções que agradem ambos os lados quando há um desentendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando discuto com alguém, eu falo sobre como me sinto e ouço como a outra pessoa se sente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quando estou envolvido/a numa discussão, eu paro e penso sobre o que devo dizer ou fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No decorrer de uma discussão eu tento encontrar um acordo mútuo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quando estou chateado com alguém, tento manter a calma enquanto conversamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu tento ganhar todas as discussões, mesmo que para isso eu perca amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Quando discordo de alguém, eu tento falar diretamente com a pessoa sobre o assunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Quando discordo de alguém, eu defendo a minha posição, mas não rebaixo o outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Durante uma discussão, muitas vezes digo coisas de que me arrependo mais tarde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>