

Universidades Lusíada

Paulito, Alexandra Lopes, 1995-

Eventos de vida : perturbação de stress pós-traumático, regulação emocional e suporte social

<http://hdl.handle.net/11067/5771>

Metadata

Issue Date 2020

Abstract O presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre sintomatologia PSPT, a regulação emocional, tendo em conta o suporte social à luz de dados sociodemográficos (idade, sexo e evento considerado traumático), em vítimas e não-vítimas. Deste modo, foi desenvolvido um estudo quantitativo, que envolveu 167 participantes, 83.8% do sexo feminino e 16.2% do sexo masculino, com idades entre os 18 e os 67 anos, com média de 32.43 e desvio-padrão de 12.23. Foram utilizados instrumentos para avali...

The present study aims to analyse the relationship between PSPT symptomatology, emotional regulation and considering social support through sociodemographic data (age, sex and event considered traumatic), in victims and non-victims. In this way, a quantitative study was developed, through online data collection, informed consent, the instruments PCL-C, EDRE and MSPSS were available for filling in the online platform, between the 3rd of February until the 16th April 2020. This investigation has a...

Keywords Stress pós-traumático - Reabilitação, Ajustamento (Psicologia)

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2021-04-23T17:45:22Z with information provided by the Repository



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Eventos de vida: perturbação de stress pós-traumático,
regulação emocional e suporte social**

Realizado por:
Alexandra Lopes Paulito

Orientado por:
Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente: Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera

Dissertação aprovada em: 11 de fevereiro de 2021

Lisboa

2020



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**Eventos de vida: perturbação de stress
pós-traumático, regulação emocional
e suporte social**

Alexandra Lopes Paulito

Lisboa

novembro 2020



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**Eventos de vida: perturbação de stress
pós-traumático, regulação emocional
e suporte social**

Alexandra Lopes Paulito

Lisboa

novembro 2020

Alexandra Lopes Paulito

Eventos de vida: perturbação de stress pós-traumático, regulação emocional e suporte social

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Lisboa

novembro 2020

Ficha Técnica

Autora Alexandra Lopes Paulito
Orientadora Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Título Eventos de vida: perturbação de stress pós-traumático, regulação emocional e suporte social
Local Lisboa
Ano 2020

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

PAULITO, Alexandra Lopes, 1995-

Eventos de vida : perturbação de stress pós-traumático, regulação emocional e suporte social / Alexandra Lopes Paulito ; orientado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2020. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GASPAR, Tânia, 1977-

LCSH

1. Stress pós-traumático - Reabilitação
2. Ajustamento (Psicologia)
3. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

1. Post-traumatic stress disorder - Rehabilitation
2. Adjustment (Psychology)
3. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
4. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC552.P67 P38 2000

Agradecimentos

Hoje termino um ciclo e é com alegria e emoção, quando olho ao meu redor, tenho muito a agradecer.

Obrigada a todo o corpo de docentes, pelo trabalho desempenhado e pela partilha de conhecimentos. Em especial, agradeço à Professora Doutora Tânia Gaspar, pelo auxílio na concretização deste trabalho, bem como, pela sua atenção e disponibilidade.

Aos meus colegas de curso, por todas as partilhas. Em especial, à minha colega Flávia pela ajuda, pelas conversas e gargalhadas e pela amizade. Muito obrigada!

Obrigada à APAV, a entidade que me ensinou tanto.

Quero agradecer também ao meu noivo, por me ouvir, por me apoiar, por me animar sempre que estou desanimada, por me dar sempre força! Além de ser uma pessoa extraordinária, é um companheiro incrível.

Agradeço à minha família que é o meu porto seguro, por estarem sempre lá para me ampararem, por me apoiarem e amarem incondicionalmente, para me tornar numa pessoa melhor, apontando os aspetos negativos de forma a corrigi-los. Em especial, estou eternamente grata à minha mãe, ao meu pai e aos meus avós maternos. São os pilares da minha vida.

À minha mãe por ser a melhor pessoa do mundo, sempre bondosa, pronta ajudar e o melhor colo do mundo.

Ao meu pai, pelas suas lições e pelos seus concelhos, sendo a razão em pessoa.

Aos meus avós, sempre humildes e honestos, por todos os vossos ensinamentos e concelhos sábios que herdaram da vida. À minha avózinha, pela sua força incomparável, a minha guerreira incansável. Ao meu avôzito, um Homem magnífico, com valores extraordinários. São, sem dúvida, os meus anjos da guarda na terra. Um muitíssimo obrigada!

Às minhas irmãs, por seres as pestinhas da minha vida. Apesar de MUITO barulhentas, são a maior alegria. Adoro-vos muito!

Por fim, à pessoa que partiu este ano... que apesar dos altos e baixos, também contribuiu nesta minha caminhada. Que me proteja e esteja em descanso. Até sempre, Paulo

Resumo

O presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre sintomatologia PSPT, a regulação emocional, tendo em conta o suporte social à luz de dados sociodemográficos (idade, sexo e evento considerado traumático), em vítimas e não-vítimas. Deste modo, foi desenvolvido um estudo quantitativo, que envolveu 167 participantes, 83.8% do sexo feminino e 16.2% do sexo masculino, com idades entre os 18 e os 67 anos, com média de 32.43 e desvio-padrão de 12.23. Foram utilizados instrumentos para avaliar a sintomatologia depressiva, a regulação emocional e o suporte social percebido, que estiveram disponíveis na plataforma *online* durante dois meses. Os resultados revelam que as variáveis de sintomatologia depressiva, suporte social percebido e a regulação emocional estão fortemente correlacionadas. As vítimas apresentam valores superiores em sintomatologia de stress pós-traumático, especificamente na reexperienciação e na hiperativação, no entanto, quanto aos participantes não-vítimas apresentam maior perceção de suporte social por parte de amigos e outras pessoas significativas. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à sintomatologia PSPT e à regulação emocional. Porém, relativamente ao suporte social percebido, o sexo feminino apresenta suporte social percebido proveniente dos amigos e suporte social percebido total superior, contudo os homens apresentam níveis mais elevados na perceção de suporte social por outras pessoas significativas. Em relação à idade, observou-se que os indivíduos mais velhos têm maior dificuldade em agir de acordo com os objetivos comparativamente com os indivíduos mais jovens. Na sintomatologia PSPT e no suporte social não foram encontradas diferenças significativas em relação à idade. Concluimos que, os indivíduos mais jovens apresentam maior dificuldade em gerir as suas emoções comparativamente com os indivíduos mais velhos e as mulheres apresentam uma perceção de suporte social total superior aos homens.

Palavras-chaves: *PSPT; Estratégias de Coping; Regulação Emocional; Suporte Social.*

Abstract

The present study aims to analyse the relationship between PSPT symptomatology, emotional regulation and considering social support through sociodemographic data (age, sex and event considered traumatic), in victims and non-victims. In this way, a quantitative study was developed, through online data collection, informed consent, the instruments PCL-C, EDRE and MSPSS were available for filling in the online platform, between the 3rd of February until the 16th April 2020. This investigation has a sample of 167 participants, 83.8% female and 16.2% male, between 18 and 67 years old – average and standard deviation. Instruments were used to assess depressive symptoms, emotional regulation and perceived social support, which were available on the online platform for two months. The results reveal that the variables of depressive symptoms, perceived social support and emotional regulation are strongly correlated. The victims show higher values in the symptoms of post-traumatic stress, specifically in reexperiencing and hyperactivation, however, as for the non-victim participants have a greater perception of social support from friends and other significant people. It was found that there are no statistically significant differences between men and women regarding the symptoms of PSPT and emotional regulation. However, in relation to perceived social support, females have perceived social support from friends and higher total perceived social support, however men have higher levels of perceived social support by other significant people. Regarding the age, it was observed that older individuals have greater difficulty in acting according to the objectives compared to younger individuals. In PSPT symptomatology and social support, no significant differences were found in relation to age. We conclude that, younger individuals have greater difficulty in managing their emotions compared to older individuals and women have a perception of total social support superior to men.

Keywords: *PTSD; Coping Strategy; Emotional Regulation; Social support.*

Índice de tabelas

Tabela 1- Distribuição entre vítimas e não-vítimas	50
Tabela 2 - Distribuição nas dimensões da escala PCL-C-TOTAL	50
Tabela 3 - Distribuições nas dimensões na escala PCL-C.....	50
Tabela 4 - Diferenças entre vítimas e não-vítimas nos instrumentos EDRE, PCL-C e MSPSS	51
Tabela 5 - Diferenças entre homens e mulheres na escala EDRE	52
Tabela 6 - Diferenças entre homens e mulheres no instrumento PCL-C.....	53
Tabela 7 - Diferenças entre homens e mulheres na escala MSPSS	54
Tabela 8 - Diferenças de médias entre as idades na escala EDRE	55
Tabela 9 - Diferenças de médias entre as idades na escala PCL-C	56
Tabela 10 - Diferenças de médias entre as idades na escala MSPSS	57
Tabela 11 - Diferenças de médias entre os tipos de severidade na escala EDRE.....	58
Tabela 12 - Diferenças de médias entre os tipos de severidade na escala PCL-C.....	59
Tabela 13 - Diferenças de médias entre os tipos de severidade na escala MSPSS.....	60
Tabela 14 - Correlações entre as variáveis regulação emocional, sintomas de perturbação de stress pós-traumático e o suporte social.....	61
Tabela 15 - Regressão linear das variáveis sexo, idade e as escalas EDRE, MSPSS e PCL-C	65

Lista de Abreviaturas, Siglas, Acrónimos e Símbolos

ANOVA – Análise da Variância

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CIDM – Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDRE – Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

EUA – Estados Unidos da América

MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCL-C – Posttraumatic Stress Disorder Checklist

PSPT – Perturbação de Stress Pós-traumático – Civilian Version

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Índice

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract	VIII
Índice de tabelas	IX
Lista de Abreviaturas, Siglas, Acrónimos e Símbolos	X
Índice	XI
Introdução	12
Enquadramento Teórico	14
Acontecimentos de vida	14
Violência	17
Violência Doméstica	20
Consequências da violência	23
Perturbação de Stress Pós-Traumático	28
Estratégias de <i>Coping</i>	32
Regulação Emocional	34
Suporte Social	37
Psicologia Clínica	40
Objetivos	44
Método	45
Participantes	45
Instrumentos	46
Procedimentos	49
Resultados	50
Discussão	66
Conclusão	71
Referências	73
Lista de Anexos	86
Anexo A	87
Anexo B	88
Anexo C	90
Anexo D	92
Anexo E	93

Introdução

No século XX, após as grandes guerras mundiais, existiu o interesse pela compreensão do impacto na saúde mental de eventos traumáticos. Existem vários eventos que tornam as pessoas vulneráveis e, por vezes, vítimas, como catástrofes naturais, doenças graves ou crónicas, ataques terrorista e violência doméstica, entre outros (OMS, 2002). Por esse motivo é interessante compreender o funcionamento psicológico, a regulação emocional e de que forma as pessoas lidam com este tipo de eventos traumáticos. Quanto maior for o estudo acerca deste tema, maior o conhecimento dos profissionais. Desta forma, os profissionais podem auxiliar as vítimas a melhorar a sua qualidade de vida, bem como, na resolução dos seus problemas.

O objetivo desta investigação é compreender e caracterizar a relação entre sintomatologia PSPT e a regulação emocional, tendo em conta o suporte social. Como objetivos específicos, pretende-se compreender e caracterizar a regulação emocional, a sintomatologia PSPT e o suporte social relativamente à idade, ao sexo e ao evento considerado traumático, fazendo uma comparação entre dois grupos: vítimas e não-vítimas.

Este trabalho aborda a perturbação de stress pós-traumático, as estratégias de *coping*, a regulação emocional e o suporte social. Deste modo, a recolha de dados da investigação foi realizada *online*, o consentimento informado, os instrumentos Escala de sintomas da perturbação pós-stress traumático (PCL-C) (Marcelino & Gonçalves, 2012), Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009) e a Escala Multidimensional de Suporte Percebido (MSPSS) (Carvalho, Gouveia, Pimentel, Maia & Pereira, 2011) estiveram disponíveis para o seu preenchimento na plataforma *online*, entre o dia 3 de fevereiro até ao dia 16 de abril de 2020. Esta investigação conta com 167 participantes, 83.8% do sexo feminino e 16.2% do sexo masculino, com idades entre os 18 e os 67 anos.

Relativamente aos resultados, as variáveis de sintomatologia de perturbação de stress pós-traumático, regulação emocional e suporte social percebido estão diretamente correlacionadas. Os participantes que foram vítimas apresentam valores superior na sintomatologia de stress pós-traumático, nomeadamente a reexperienciação e a hiperativação, quanto os participantes que não sofreram nenhum evento traumático apresentam maior perceção de suporte social por parte de amigos e outras pessoas significativas. Também foi possível observar que não existem diferenças entre homens e mulheres na dimensão de sintomatologia PSPT e na regulação emocional. Apenas na dimensão suporte social, as mulheres apresentam suporte social percebido proveniente dos amigos e suporte social percebido no total superior ao dos homens, porém os homens apresentam níveis mais elevados na perceção de suporte social por outras pessoas significativas.

Quanto à idade, pode-se afirmar que existem diferenças entre idades na dimensão da regulação emocional, os indivíduos mais velhos apresentam maior dificuldade em agir de acordo com os objetivos comparativamente com os indivíduos mais jovens.

Relativamente ao evento traumático, os resultados indicam que existem diferenças significativas nas três dimensões: sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumático, regulação emocional e suporte social percebido.

Concluindo, na dimensão de regulação emocional, os indivíduos mais velhos apresentam maior facilidade em gerir as suas emoções em comparação com indivíduos mais jovens e na dimensão de suporte social, os homens apresentam níveis inferiores no suporte social total em comparação às mulheres.

Enquadramento Teórico

Acontecimentos de vida

A interação entre o indivíduo e o meio ambiente é constante, deste modo os estímulos recebidos e as respostas emitidas consoante o mesmo, transmitem sinais de estado de espírito e interpretações mediante os fatores decorrentes do quotidiano (Simonetti & Ferreira, 2008).

O bem-estar do indivíduo designa-se pelo grau em que o indivíduo classifica a sua qualidade de vida como um todo (Sparrenberger, Santos & Lima, 2004). A maioria das pessoas tem como objetivo de vida obter a felicidade (Woyciekoski, Natividade & Hutz, 2014).

A autoestima está relacionada com a satisfação ou insatisfação do sujeito relativamente aos acontecimentos vividos (Schultheisz & Aprile, 2013). A perceção que as pessoas têm quanto aos eventos de vida, bem como, aos recursos para lidar com os mesmos são aspetos importantes para o seu bem-estar (Woyciekoski et. al., 2014).

A autoestima é considerada um indicativo de saúde mental por estar relacionado com as condições afetivas, sociais e psicológicas. Deste modo interfere na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida da população (Schultheisz & Aprile, 2013).

Segundo o estudo de Giacomoni, Souza e Hutz (2016) os eventos positivos mencionados pelos participantes são questões ligadas à família, as atividades de lazer (e.g. viajar), as relações de amizade, as condições económicas favoráveis e questões de saúde (saudáveis).

As emoções positivas relacionadas a eventos que já ocorreram, o que permite serem interpretados, e o uma dessas emoções é a gratidão, o que acelera o prazer e a apreciação dos bons tempos intensificando memórias positivas. As emoções centradas no presente incluem o prazer, a alegria, a tranquilidade, o entusiasmo e a euforia. Por fim, as emoções evidenciadas no futuro têm como principal característica “poder e procurar desenvolver”, tais como, a esperança, a fé e a confiança (Estrada & Martínez, 2013).

Durante o decorrer da vida podem ocorrer determinados eventos que têm impacto no estado de saúde do indivíduo que resultam de acontecimentos como participar em cenários de guerra, sofrer um acidente grave ou atos de violência (Sparrenberger et. al., 2004). No entanto, o mesmo evento pode ter consequências diferentes em cada pessoa, ou seja, os eventos são entendidos consoante o contexto da personalidade e da fase de vida do indivíduo (Segerstrom & O'Connor, 2012).

Os acontecimentos de vida que foram referidos como negativos e que causam *stress* são: a morte de uma pessoa significativa, conflitos conjugais ou separação conjugal, ser vítima de roubo, estar na condição de desemprego ou ter problemas económicos, uma doença diagnosticada a um familiar ou ao próprio (Sobrinho & Campos, 2016; Sparrenberger et. al., 2004), bem como, problemas psicológicos (Nunes, Lemos, Nunes & Costa, 2013) ou privação de necessidades básicas (Giacomoni, Souza & Hutz, 2016).

O diagnóstico de uma doença crónica é um fator de stress que pode iniciar um conjunto de experiências traumáticas, tais como, a dificuldade do controlo do tratamento, os sintomas físicos, a dificuldade nos relacionamentos interpessoais e a apreensão com o desenvolvimento da doença (Lopes, Lemos, Henriques, Oliveira & Mendes, 2019).

Existem acontecimentos de stress inerentes à própria vida, como os fatores ambientais, comunitários, biológicos, situações de abuso, negligência ou trauma, que podem causar efeitos negativos à saúde (Sparrenberger et. al., 2004).

Segundo o estudo realizado em Portugal por Aguiar, Abreu, Matias e Fontaine (2016), a condição de estar desempregado, segundo os indivíduos desempregados, tem aspetos negativos como a alteração do estilo de vida, a dificuldade a pagar as contas e o impacto psicológico negativo. Porém, os aspetos positivos são ter mais disponibilidade para estar com a família e o apoio familiar.

A exposição a uma catástrofe natural pode desencadear diversas consequências, tais como, o sofrimento psicológico, cansaço físico e o sofrimento emocional aliados a uma terrível sensação de perda, que poderá afetar gravemente o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida dos sujeitos (Yin, Wu, Yu & Liu, 2019). Como por exemplo, o terramoto de magnitude de 8.0, a 12 de maio de 2008 em Sichuan na China, em que morreram várias pessoas e 1.486.407 pessoas ficaram sem casa, bem como, o impacto psicológico que permanece após 10 anos.

Em Portugal, ocorreram os incêndios florestais de junho e outubro em 2017, com inúmeros mortos e feridos, sendo importante salientar a necessidade urgente de apoio psicológico aos sobreviventes, aos familiares em luto e aos profissionais de socorro envolvidos (Queirós & Passos, 2018). Por exemplo, o luto que surge após a perda de uma pessoa significativa pode durar até dois meses, quando ultrapassa esse período pode ser um luto patológico (Sparrenberger et. al., 2004).

Atualmente, deparamo-nos com outro evento de vida negativa e potencialmente traumático, a questão dos milhares de refugiados que estão expostos a inúmeras e fortes situações traumáticas que representam um risco para uma doença mental ou um trauma secundário (Borho, Georgiadou, Grimm, Morawa, Silbermann, Niblbeck & Erim, 2019).

O indivíduo percebe os eventos e depende da interpretação que faz sobre os mesmos, isto é, quanto mais frequentes e intensos forem os acontecimentos negativos na percepção do indivíduo, maior o risco de desenvolver sintomatologia depressiva e, eventualmente, contribuir para o risco de suicídio (Sobrinho & Campos, 2016).

O ser humano de forma inata concebe respostas imediatas a eventos negativos, no entanto, é possível desenvolver estratégias e induzir recursos que contribuem significativamente para o desenvolvimento, identificação e reprodução de emoções positivas,

como o objetivo de promover o bem-estar psicológico do ser humano (Estrada & Martínez, 2013).

Segundo o estudo de Woyciekoski, Natividade e Hutz (2014), as pessoas com traços de personalidade ligados à socialização proporcionam níveis de afeto negativo mais baixos, tendem a ser pessoas socialmente agradáveis, afetuosas e têm um suporte social, contribuindo para menores níveis de afeto negativo.

Os acontecimentos traumáticos de maior intensidade, como separações, mortes e eventos de violência extrema, devem receber um apoio imediato pelos profissionais, sendo que existe maior risco de sofrimento psicológico (Benetti, Pizetta, Schwartz, Hass & Melo, 2010).

Violência

A palavra violência tem origem na palavra latina *vis*, que significa força, percepção de constrangimento e superioridade física exercida sobre outro indivíduo (Casique & Furegato, 2006). A violência simboliza toda a ação que coloca o outro num papel de objeto desprovido de desejo, da autonomia e da autodeterminação (Oliveira & Cavalcanti, 2007), sendo um fenômeno inter-racial que implica aspectos individuais e interpessoais num contexto social (Bruhn & Lara, 2016).

O conceito de abuso designa-se pelo conjunto de condutas que pretendem causar dano físico, dor ou magoar intencionalmente outra pessoa (Casique & Furegato, 2006).

A violência é a ação de agressão ou negligência a uma pessoa, a um conjunto de pessoas ou comunidade causando malefício psicológico, físico ou sexual, incluindo ameaças, coação ou privação arbitrária de liberdade, em ambiente público ou privado (Netto, Moura, Queiroz, Tyrrell & Bravo, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência designa-se pelo uso da força física ou do poder, em ameaça ou exercida, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que ocorra ou tenha grande possibilidade de ocorrer uma lesão,

sofrimento psicológico, deficiência de desenvolvimento ou morte (OMS, 2002). A violência é um fenómeno complexo, influenciada pela cultura, pelos valores e pelos princípios sociais (Casique & Furegato, 2006).

De acordo com a OMS (2002), existem três categorias de violência: a violência autoinfligida (contra si mesmo), incluindo, as ideações suicidas (e.g. pensamentos ou tentativas de suicídio) e um ato autoinfligido (e.g. atos como a automutilação); a violência interpessoal (e.g. assaltos, catástrofes naturais, entre outras), abrangendo, a violência por parte da família e/ou do(a) parceiro(a) íntimo(a) (como por exemplo, abuso infantil, abuso contra idosos, violência doméstica, entre outros) e a violência comunitária (entre pessoas sem laços parentesco); e a violência coletiva, envolvendo, a violência social, política e económica (como por exemplo, crimes de ódio, ataques terroristas, entre outros). Este tipo de violência, ao contrário dos outros dois tipos, é exercida por grandes grupos de pessoas e/ou pelos governos.

A violência pode manifestar-se através dos tipos de atos violentos, tais como, física, sexual, psicológica, envolvendo privação de necessidades básicas, bem como, negligência e o suicídio. No entanto, num ato de violência pode estar inserido vários tipos de violência, por exemplo, a violência contra crianças pode incluir violência física, sexual, psicológica, ou ainda, negligência (Casique & Furegato, 2006; Dahlberg & Krug, 2007; OMS, 2002).

Existem várias teorias que tentam explicar o fenómeno da violência (Ramos, Servet & Otón, 2014). Alguns estudos referem que a violência está relacionada com fatores individuais e biológico com predisposição para a agressividade, interagindo com fatores culturais, comunitários e familiares, que criam situações de violência (Dahlberg & Krug, 2007).

Segundo a OMS (2002), existe o modelo ecológico, com base teórica, defende que não existe apenas um único fator que explique a violência. Este modelo considera a interação dos fatores que atuam em quatro áreas: individual – primeiro nível – pretende identificar os

fatores biológicos e a história pessoal, isto é, as características que aumentam a probabilidade de ser vítima ou agressor; racional – segundo nível – analisa as relações sociais mais próximas (relações íntimas, familiares e amigos), de forma a compreender o risco de vitimização ou de exercer violência; comunitário – terceiro nível – explora o meio em que o indivíduo está inserido como, a escola, local de trabalho, os vizinhos, comunidade; e, por fim, social – quarto nível – observa os fatores sociais mais complexos que incentivam ou inibem o uso da violência, isto é, as normas culturais e atitudes sociais. Bem como, as políticas de saúde, sociais, educativas e económicas que contribuem para as desigualdades sociais. Desta forma, este modelo ajuda a compreender a origem e as causas da violência, os fatores de risco com o objetivo de prevenir a violência e as suas intervenções específicas (Casique & Furegato, 2006; OMS, 2002).

Calcula-se que todos os anos cerca de 15% da população europeia (75.000 pessoas na União Europeia) são vítimas de um crime (Covalciuc, 2019). Estima-se que a violência é uma das principais causas de morte, em todo o mundo, além disso, todos os anos morre mais de um milhão de pessoas com idades entre os 15 e os 44 anos devido a autoagressões, a violência interpessoal ou a violência coletiva (Dahlberg & Krug, 2007).

A Declaração das Nações Unidas (1985) desenvolveu os princípios básicos para as vítimas de crime e abuso de poder, esclarecendo o conceito de vítima como as pessoas que, individualmente ou coletivamente, sofreram experiências físicas, psicológicas, emocionais ou prejuízos materiais ou económicos, independentemente da relação entre o agressor e a vítima ou se o agressor é identificado ou condenado (Covalciuc, 2019).

É importante consciencializar e informar a sociedade sobre o conceito de violência, quais os tipos de violência e diminuir os estigmas criados pela questão cultural, social, económica (Borges & Santos, 2017). Atualmente, através da tecnologia como a televisão ou o telemóvel é possível ver alguns tipos de violência como o terrorismo, guerras e revoltas civis, contudo,

existem inúmeros casos de violência que ocorrem em lares, locais de trabalho, em instituições sociais e em hospitais (Dahlberg & Krug, 2007). A violência deve ser considerada um fator de risco para problemas de saúde, nomeadamente da saúde mental (Souza, Vizzotto & Gomes, 2018).

Violência Doméstica

Na década de 70 o fenómeno da violência doméstica tornou-se num problema mundial, tornou-se um objeto de investigação científica e originou a definição de políticas públicas para combater a problemática (Matos, Machado, Santos & Machado, 2012).

A violência familiar é um problema transversal, social e cultural, independente de etnias, classes económicas e religiões, sendo uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública (Martins, Rato & Marques, 2017).

A violência doméstica caracteriza-se pela agressão do companheiro ou membro da família, as vítimas podem ser crianças, mulheres, homens, idosos e/ou deficientes (Casique & Furegato, 2006; Dias, 2010). Esta problemática social tem origem multifatorial (Colossi & Falcke, 2013), tais como, fatores sociais, económicos, culturais (Borges & Santos, 2017), biológicos e genéticos, aspetos relacionados com a transgeracional (Razera, Cenci & Falcke, 2014).

A violência perpetuada pelo companheiro ocorre a nível mundial, independentemente dos fatores religiosos e económicos, e geralmente, as mulheres são dependentes emocionalmente dos parceiros e dependem economicamente dos mesmos (Casique & Furegato, 2006). Por exemplo, as relações de desigualdades entre homens e mulheres ou uma relação hierárquica em que o homem tem o poder de decisão e a mulher o papel de submissa (Oliveira & Cavalcanti, 2007).

O fenómeno de violência intrafamiliar inclui crimes de violência física, psicológica, verbal, e em alguns casos, sexual (Casique & Furegato, 2006; Dias, 2010), tendo fatores de

risco associados, tais como os aspectos sociais e culturais (por exemplo, a aceitação da violência como resolução de problemas), psicológicos (por exemplo, problemas com adições e traços de personalidade como a impulsividade ou a agressividade) e as experiências de violência vivenciadas na infância (por exemplo, violência entre os pais) (Casique & Furegato, 2006). Esta problemática, muitas das vezes, está relacionada com problemas sociais, desigualdades sociais, desemprego, consumo de álcool e drogas (Netto et. al., 2014).

As pessoas obtêm modelos relacionais através da experiência com outras relações e repetem esses padrões noutros relacionamentos, deste modo, a família tem um papel importante no suporte emocional para a estrutura psíquica (Razera, Cenci & Falcke, 2014). Deste modo, as pessoas repetem os padrões de relacionamento que ocorrem dentro da família de origem (Razera & Falcke, 2014), através de uma análise transgeracional observaram que existe repetição do traço de agressividade e a violência é considerada uma característica da família (Razera, Cenci & Falcke, 2014).

O conceito de violência de gênero está relacionado com as características atribuídas socialmente a homens e mulheres, ou seja, são construções culturais e sociais (Casique & Furegato, 2006). Porém, existem maiores números de casos de violência contra mulheres, crianças e idosos pode resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais (OMS, 2002). Assim, é pertinente compreender a descrição e o impacto da violência, percepção dos fatores de risco e a eficácia dos programas de prevenção da violência (Dahlberg & Krug, 2007).

A violência contra o homem também existe, no entanto, ainda existe o estigma social, em que as pessoas não acreditam ou fingem que não acontece, existindo a crença de que os homens nunca permitiriam que isso acontecesse. Ou seja, esta crença deve ser alterada e os homens também têm a necessidade de serem vistos como vítimas que necessitam de apoio (Carvalho & Senra, 2014).

A violência física exercida no âmbito da violência doméstica pode manifestar-se através de arranhões, beliscões, mordidas, lançar objetos diretamente para a pessoa, empurrões, queimaduras, socos ou murros, qualquer ato contra a integridade física (Casique & Furegato, 2006).

Relativamente à violência psicológica ou emocional compreende-se a supressão das verbalizações (Colossi & Falcke, 2013) através de nomes ofensivos, proibir o companheiro de ir trabalhar, controlar as amizades e as suas atividades, ameaças de morte ou agressões físicas contra o companheiro e os filhos (Casique & Furegato, 2006). Através da violência psicológica, o agressor pretende ter o controlo sobre a vítima, prejudicando a sua autoestima através de um processo progressivo e lento, de forma a exibir o seu poder e autoridade, produzindo uma situação permanente de desamparo aprendido que incentiva as vítimas a valorizar a necessidade de permanecer submissivas (Ramos, Servet & Otón, 2014).

As pessoas que estão inseridas nesses contextos não compreendem que as atitudes dos companheiros podem ser consideradas violências, não identificam a necessidade de acabar com esses comportamentos e/ou terminar com a relação. Nestas circunstâncias, a vítima tem dificuldade em terminar com o ciclo de violência devido a preocupações com os filhos, condição financeira, partilha da casa, insegurança no recomeço de uma vida nova ou medo da solidão (Razera & Falcke, 2014). Os fatores externos que motivam a vítima a sair da relação violenta são a rede social de apoio e as instituições que apoiam e encaminham as vítimas para casa abrigo (Bruhn & Lara, 2016), como por exemplo, a polícia, a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM), a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), entre outras (Machado, 2004).

A sinalização e intervenção precoce por parte dos profissionais de saúde é fundamental no auxílio das vítimas, para além disso, é importante educar os jovens para a não-violência, introduzida na escola, e a formação dos profissionais de saúde que são confrontados com

situações de violência domésticas. Desta forma, estamos a prevenir situações futuras (Martins, Rato & Marques, 2017).

Os fatores que contribuem para as reações violentas podem ser modificados, independentemente de serem atitudes, comportamentos ou condições sociais, económicas, políticas ou culturais (Dahlberg & Krug, 2007). A procura de apoio psicológico pode auxiliar na descoberta de novas estratégias de resolução de conflitos (Razera & Flacke, 2014).

Alguns estudos referem a teoria do ciclo da violência é um modelo explicativo acerca do desenvolvimento da violência doméstica, em relações heterossexuais (Ramos, Servet & Otón, 2014). Este ciclo está dividido em três fases, que são as seguintes (García, 2014):

A primeira fase – fase da acumulação de tensão – iniciam as discussões, os insultos, as humilhações, as ameaças e a intimidação. De um modo geral, os agressores culpabilizam as vítimas dos seus comportamentos agressivos;

A segunda fase – fase de explosão de violência – o ato de violência, ou seja, as agressões verbais, físicas ou sexuais severas;

A terceira fase – fase de “lua de mel” – O agressor nega a violência e demonstra arrependimento, pede desculpas, faz promessas de amor e promete que as agressões nunca mais se irão repetir. Sendo um ciclo e dado os comportamentos adotados, a vítima perdoa o agressor. No entanto, mais tarde, a violência começará novamente e tendo um padrão de escalada de violência. Ou seja, a violência é cada vez com maior intensidade e gravidade (García, 2014).

Consequências da violência

As situações traumáticas ocorridas na infância e na idade da adolescência (e.g. negligência, abuso, violência familiar, entre outras) são consideradas como fatores de risco para psicopatologias na idade adulta (Martins-Monteverde, Padovan & Juruena, 2017), aumentando a probabilidade de desenvolverem depressão, ansiedade e desenvolvimento

cognitivo comprometido (Casique & Furegato, 2006). Portanto, a violência doméstica tem consequências negativas quanto ao nível do desenvolvimento físico, emocional e cognitivo das vítimas (Barros & Freitas, 2015).

A vitimização na infância tem efeitos a curto prazo como comprometer a capacidade de regular as emoções e, como resultado, as crianças podem agir agressivamente. Assim sendo, pode promover no desenvolvimento de psicopatologias como perturbações comportamentais (e.g. delinquência), perturbações do humor e emocional (e.g. ansiedade ou depressão), perturbação de stress pós-traumático e problemas acadêmicos e cognitivos. Quanto os efeitos a longo prazo, é referido que a exposição à violência durante a infância aumenta a probabilidade de executar a violência ou ser vítima de agressão na vida adulta (Margolin & Cordis, 2004).

As consequências físicas e psicológicas da violência são incalculáveis. A nível psicológico pode provocar problemas de autoestima, sentimentos de vergonha, culpa e constitui um fator de risco para o desenvolvimento de várias perturbações, tais como, a perturbação de stress pós-traumática, sintomatologia depressiva, ansiedade, perturbações do sono ou disfunções sexuais (Aguirre, Cova, Domarchi, Garrido, Mundaca, Rincón, Troncoso & Vidal, 2010).

Os efeitos da violência são o trauma, a diminuição da qualidade de vida, da inserção social (Fonseca, Ribeiro & Leal, 2012), da autonomia e da autoestima, tendo consequências ao nível da estrutura pessoal, familiar e social (Netto et. al., 2014). A violência física, psicológica e social tem consequências graves na saúde da vítima a nível físico (e.g. cicatrizes, fraturas, queimaduras, funcionamento físico reduzidos, entre outras), sexuais e reprodutivas (e.g. distúrbios ginecológicos, infertilidade, disfunções sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, aborto espontâneo ou gravidez indesejada), psicológicas e

comportamentais (e.g. depressão, ansiedade, baixa autoestima, ideações suicidas, fobias) (Casique & Furegato, 2006).

O conceito de lesão psíquica designa-se a uma alteração clínica aguda que uma pessoa sofre como consequência de ter sofrido um crime violento e que tem consequências significativas na sua vida quotidiana a nível familiar, laboral e/ou social (Ramos, Servet & Otón, 2014).

No estudo de Moniz (2017) realizado em Portugal com uma amostra de homens e mulheres vítimas de violência doméstica, verificou que após o primeiro episódio de violência a permanência na relação é 10 vezes superior nas mulheres (mulheres=12.9 anos; homens=1.20anos). O autor explica os resultados, afirmando que as mulheres demonstram maior resiliência, maior dependência financeira e preocupação com os filhos comparativamente com os homens (Moniz, 2017).

As vítimas de crimes manifestam a necessidade de apoio emocional, ou seja, desejam ser ouvidas, compreendidas e reconhecidas, bem como, a necessidade de informações sobre o sistema de justiça e do processo-crime a decorrer (Boom & Kuijpers, 2012). Os direitos das vítimas pretendem que a vítima e os seus familiares sejam reconhecidos e tratados com respeito e sem discriminação através de uma abordagem individual e adaptação às necessidades da vítima (Covalciuc, 2019).

Na intervenção com vítimas surgem vários dilemas que resultam antes da dinâmica da própria intervenção como a necessidade de consciencializar as próprias vítimas acerca da sua situação de vitimização, tal como os riscos que correm e os recursos pessoais reduzidos (e.g. falta de autonomia financeira, rede de suporte reduzida, carência de locais de refúgio) (Machado, 2004). As necessidades das vítimas variam consoante a vítima, o tipo e a natureza do crime (Covalciuc, 2019).

Os acontecimentos de vida negativos que envolvam os indivíduos em risco real de perda de vida podem conduzir à perturbação de Stress Pós-Traumático (Sparrenberger et. al., 2004). Desta forma, as principais consequências de malefícios psíquicos em vítimas de crimes violentos estão fortemente associadas a perturbações psicológicas, tais como, a depressão, a ansiedade e a perturbação de stress pós-traumático (Cervantes, Schuelter-Trevisol & Jornada, 2013; Ramos, Servet & Otón, 2014).

Os estudos indicam que a exposição a todas as variáveis envolvidas num padrão de violência aumenta a probabilidade de desenvolver uma perturbação de stress pós-traumático (Souza, Vizzotto & Gomes, 2018). Tal como, afirma o estudo Cervantes, Schuelter-Trevisol e Jornada (2013), metade das vítimas de violência apresentam o desenvolvimento de sintomatologia de perturbação de stress pós-traumático.

Stress

O stress faz parte da vida do ser humano (Simonetti & Ferreira, 2008) e foi definido como uma resposta (não específica) do corpo para o indivíduo se reajustar (Fink, 2016; Harry, 2020). Ou seja, caracteriza-se por um estado produzido pelo sistema biológico, que se caracteriza pela reação do indivíduo, após o seu esforço para lidar com uma determinada dificuldade (Bachon, Peres, Belisário & Carvalho, 1998).

Alguns indivíduos reajustam-se bem fisicamente e psicologicamente com certas circunstâncias, porém existem outras pessoas que lidam com o stress ficando chateadas ou confusas, afetando o seu sistema, o seu dia e o seu estilo de vida (Harry, 2020).

O estímulo que desencadeia a reação de stress está diretamente ligado ao modo como o indivíduo interpretou esse mesmo estímulo, através de significados, de experiências anteriormente vividas e da função cognitiva (Simonetti & Ferreira, 2008). Isto é, eventos que exigem ao organismo uma resposta rápida de forma a manter o equilíbrio ou a homeostasia (Aragão, Vieira, Alves & Santos, 2009).

A situação ou evento que causa o stress pode ser de natureza física (e.g. extremos de temperatura), química (e.g. falta de oxigénio), biológica (e.g. hemorragia), psicológica (e.g. separação de casais ou morte de um familiar), social (e.g. dificuldades financeiras), podem ser fatores intrínsecos ou extrínsecos do sujeito (Aragão et. al., 2009; Bachon et. al., 1998; Simonetti & Ferreira, 2008).

O stress é uma reação a uma dada situação que pode ter um efeito positivo ou negativo, no entanto, a percepção do indivíduo acerca dessa mesma situação é que determina se a tensão é um desafio ou uma ameaça (Harry, 2020). Deste modo, existem dois conceitos de stress: o *eustress* que é o “stress positivo” resultante de eventos positivos ou de curta duração e o *distress* é consequente de situações ameaçadoras ou de longa duração (Bachon et. al., 1998; Rudland, Golding & Wilkinson, 2018).

Segundo Bachon et. al. (1998), a reação ao stress tem três fases:

A reação de alarme que representa o momento inicial de resposta ao agente de *stress*, ou seja, reunir as forças orgânicas de defesa e selecionar a resposta de luta ou fuga. Envolve reações biológicas e psicossociais (e.g. taquicardia, irritabilidade, fadiga, entre outras);

A fase de resistência (o conceito de *distress*), o organismo estabelece os índices normais de atividades e permanece até que o agente de stress desapareça;

Caso o agente de stress não desapareça, o organismo entra na fase de exaustão em que a organização de atividades iniciadas na fase anterior, após um período, resulta em sobrecarga.

O Sinal de Alerta permite prevenir e proteger o indivíduo do perigo, caso este se sinta ameaçado, ajuda ainda na compreensão das intrusões (Ehlers, Hackmann, Steil, Clohessy, Wenninger & Winter, 2002).

As consequências do stress incluem a ansiedade, o medo, a depressão e a perturbação de stress pós-traumático. Além disso, o stress tem efeitos adversos para outras perturbações como perturbação bipolar e esquizofrenia (Fink, 2016).

Perturbação de Stress Pós-Traumático

O conceito de trauma teve origem na etimológica grega e significa lesão causada por um fator externo (Peres, Mercante & Nasello, 2005). A perturbação de stress pós-traumático é uma doença psiquiátrica que pode ocorrer após a exposição a eventos traumáticos (Socci, Rossi, Talevi, Crescini, Tempesta & Pacitti, 2020).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-V, o trauma é a experiência pessoal direta com um acontecimento que envolve ameaça à integridade física, morte ou ameaça de morte, podendo também ocorrer caso o indivíduo observe o mesmo numa outra pessoa (APA, 2013). Assim, pode desenvolver uma Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) que é caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas particulares da exposição ao trauma que incluem: reexperiência persistente do episódio traumático através de pensamentos, imagens perturbadoras (Pinto & Esteves, 2009), pesadelos ou durante o estado de vigília (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003). As características de PSPT são a persistência de reações intensas e angustiantes, a lembranças do evento, as alterações de humor e de cognição, a sensação de ameaça iminente, perturbações no sono e hipervigilância (Shalev, Liberzon & Marmar, 2017).

Os principais sintomas da PSPT são o evitamento, o afeto negativo, as intrusões (incluindo os pesadelos e os *flashbacks*), a hiperexcitação, as alterações do sono e de concentração podem ser mantidos a um alto nível que originam um stress adicional (Hinsberger, Sommer, Kaminer, Holtzhausen, Weierstall, Seedat, Madikane & Elbert, 2016; Socci et. al., 2020). Este diagnóstico é considerado quando os sintomas prevalecem mais de um mês e têm um grande impacto na vida do indivíduo (Krans, Näring, Becker & Holmes, 2009).

Ao longo da vida, a exposição a eventos traumáticos afeta 90% da população mundial, especificamente homens (Cervantes, Schuelter-Trevisol & Jornada, 2013). Precisamente,

mais de 70% dos adultos em todo o mundo experimentam um evento traumático durante a sua vida e 31% experimentam quatro ou mais eventos (Shalev, Liberzon & Marmar, 2017). As características do evento traumático preveem o desenvolvimento e a gravidade da PSPT (Keane, Marshall & Taft, 2006).

A Perturbação de Stress Pós-Traumático envolve várias emoções, tais como a ansiedade e o medo que provoca intensas experiências emocionais (Pinto & Esteves, 2009), podendo diferenciar entre indivíduos (e.g. variações entre sintomas emocionais, comportamentais, estados de humor, cognições negativas, entre outras) (DSM-V, 2013). Os indivíduos que apresentam a PSPT apresentam medo, pensamentos intrusivos e têm a intuição de que o mundo não é seguro (Caldeira, 2012).

As memórias intrusivas são construídas através de um conjunto de informações sobre o trauma (Shipherd & Salters-Pedneault, 2008), ou seja, são imagens mentais pormenorizadas de sensações de eventos traumáticos, aos quais as pessoas não têm qualquer controlo, pois estas são involuntárias e espontâneas (Krans, Näring, Becker & Holmes, 2009). Podem ser imagens distorcidas como *flashbacks*, nas quais o indivíduo perde a noção da realidade (Chou, Marca, Steptoe & Brewin, 2014).

A PSPT surge após a exposição ao trauma e em cerca de metade dos casos prolonga-se (fase crónica), com frequência durante anos ou até toda a vida (Albuquerque et al., 2003), sendo uma doença psiquiátrica crónica tende a comprometer a qualidade de vida (Moreira & Afonso, 2017; Yin et. al., 2019).

O desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumática está ligado a fatores genéticos, individuais e sociais, tais como, a idade, as habilitações literárias, a religião, os traços de personalidade, a forma de lidar com os problemas e os sentimentos, bem como, o histórico de perturbações mentais (Cervantes, Schuelter-Trevisol & Jornada, 2013). As taxas mais elevadas de PSPT foram documentadas entre pessoas socialmente desfavorecidas, mais

jovens, do sexo feminino e com profissões consideradas de risco (e.g. bombeiros, polícias, militares) (Shalev, Liberzon & Marmar, 2017).

Segundo o estudo de Heir, Bonsaksen, Grimholt, Ekeberg, Skogstad, Lerdal e Schou-Bredal (2019), realizado com a população da Noruega com idade superior a 18 anos, concluíram que a prevalência de PSPT é de 3.8% para homens e 8.5% para mulheres. Os eventos mais comuns que causam PSPT foram as agressões sexuais, agressões físicas, doenças ou lesões com risco de vida e mortes violentas repentinas. Referindo ainda que o risco de PSPT aumentou consoante o número de eventos vividos, bem como, o sexo feminino e o ensino inferior foram associados a um maior risco de PSPT. No entanto, Cervantes, Schuelter-Trevisol e Jornada (2013) afirmam que o desenvolvimento de PSPT é duas vezes mais comum no sexo feminino e excepcionalmente se desenvolve no sexo masculino. Porém, no estudo desenvolvido não apresenta uma correlação estatisticamente significativa entre o sexo e a PSPT.

A investigação de Cloite, Miranda Stovall-McClough e Han (2005) chegaram a conclusões semelhantes evidenciando que os maus tratos precoces (incluindo abusos físicos e sexuais) estão associados com altos níveis de negativismo e raiva em crianças, bem como, a falta de autocontrolo em idades pré-escolares. Na adolescência a presença deste tipo de abuso consiste em agressividade reativa, dificuldades com os pares (e.g. bullying) e competências sociais limitadas. Na idade adulta, observa-se a influência destes acontecimentos na dificuldade da modulação, estados emocionais, níveis elevados de hostilidade e ansiedade (Cloite et. al., 2005).

Segundo Litz (2014) é importante compreender a experiência dos combatentes de forma a analisar os processos psicológicos subjacentes. Tal como, alguns estudos demonstram que, em Portugal, existiam 140mil os combatentes em cenário de guerra do Vietname com perturbações psicológicas crónicas diversas e 120 combatentes da Guerra Colonial

Portuguesa com PSPT – 84.2% apresentavam PSPT, 98.2% apresentavam patologias associadas e 37.7% grau de incapacidade severa (Pereira, Pedras, Lopes, Pereira & Machado, 2010). Tal como corrobora outros estudos nesse sentido, afirmam que os combatentes apresentam autocrítica, défice nas estratégias de suporte social, isolamento, responsabilidade excessiva na resolução de problemas e distanciamento cognitivo e emocional (Hipólito, Nunes, Brites, Laneiro, Correia & Anunciação, 2017).

Dantas e Andrade (2008) referem que os sobreviventes de campos de concentração e ex-combatentes de guerra apresentam sintomas, tais como pensamentos intrusivos, pesadelos, hipervigilância, *flashbacks* e isolamento social, um padrão semelhante ao de mulheres vítimas de violência sexual.

Os sintomas de PSPT mais recorrentes em vítimas são a reexperimentação da agressão sofrida (e.g. memórias constantes, imagens involuntárias, pesadelos recorrentes), evitamento cognitivo e comportamental (isto é, evitar lugares ou situações associadas ao evento traumático) e dificuldade de concentração, irritabilidade emocional (Ramos, Servet & Otón, 2014).

Os fatores de risco e protetores influenciam três padrões de desenvolvimento de sintomas PSPT que são resiliente, recuperável ou crónico. Segundo o estudo de Magalhães et. al. (2019), o padrão mais frequentemente encontrado em crianças e adolescentes é o PSPT resiliente, no entanto, a presença de fatores de risco como do sexo feminino, o tipo de exposição do evento ou estratégias de *coping* negativas que promovem a evolução da PSPT crónica.

Através do estudo de 136 alunos universitários, os resultados indicaram que não existem diferenças significativas relativamente à relação entre o género, a etnia/raça, estratégias de *coping* e suporte social. Porém, os resultados indicam que as estratégias de *coping* de evitamento aumentam os sintomas de PSPT, bem como, o suporte social forte minimiza o

impacto negativo das estratégias de *coping* de evitação na depressão e ansiedade, mas não na PSPT (Romero, Riggs & Ruggero, 2015).

Os fatores protetores que impedem o desenvolvimento da PSPT são o suporte social adequado (Aydin, Akbas, Turla & Dundar, 2016) e a prática de estratégias de *coping* apropriadas (Keane et. al., 2006).

Estratégias de *Coping*

No século XX, Freud utilizou o termo “mecanismos de defesa” para caracterizar os processos inconscientes que as pessoas utilizavam para lidar com as ameaças internas ou os conflitos de modo a proteger o ego (Ribeiro, 2009).

Atualmente, o conceito de *coping* designa-se pelo modo de lidar com os problemas (Bachon et. al., 1998), desenvolvendo um conjunto de estratégias de forma a existir uma adaptação às circunstâncias adversas (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998), isto é, estabelecer esforços cognitivos e comportamentais para controlar, diminuir ou suportar as condições impostas pelo evento (Ribeiro, 2009). Deste modo, estabelece o equilíbrio psicológico e fisiológico (Bachon et. al., 1998).

É importante diferenciar dois conceitos de *coping*: estilos de *coping* - estão relacionados com as características de personalidade, e as estratégias de *coping* - são as ações cognitivas ou de comportamentos para lidar com o fator de stress. No entanto, os estilos de *coping* podem influenciar a extensão das estratégias de *coping* (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998).

Nas estratégias de *coping* existem cinco categorias: a reestruturação cognitiva positiva, resolução do problema, procura de apoio (Allen & Leary, 2010), o evitamento (e.g. adiar o confronto, tentar esquecer, minimizar o evento, bloquear emoções e sentimentos) e o confronto direto (e.g. procurar informação, falar sobre o assunto, aceitação e retirar aspetos positivos da situação) ou indireto (e.g. realizar atividades desportivas, descarregar em outra

pessoa que não tem nada ver, atribuir a outra pessoa os seus pensamentos e sentimentos), assim conseguem aliviar o stress momentaneamente porém não conseguem ajudar na adaptação efetivamente (Bachon et. al., 1998). O evitamento é a estratégia de *coping* mais inadequada (Allen & Leary, 2010).

As estratégias de *coping* têm como função regular ou alterar o agente de stress, deste modo existem dois tipos destas estratégias: *coping* focado na emoção e *coping* centrado no problema (Simonetti & Ferreira, 2008). O *coping* focado na emoção designa-se pelo esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress, isto é, tem como função diminuir a sensação física desagradável de um estado de stress. O *coping* centrado no problema caracteriza-se pelo empenho de atuar na situação que originou o estado de stress, na tentativa de alterá-la, geralmente inclui a reestruturação cognitiva (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998), por exemplo, resolução de problemas, procura de apoio social e conforto que levará a uma maior eficácia de *coping* (Khamis, 2015).

Os indivíduos tendem a recorrer mais às estratégias de *coping* focadas na emoção comparativamente às estratégias de *coping* focadas nos problemas (Gomes & Pereira, 2008). De acordo com o estudo de Khamis (2015), não existe associações estatisticamente significativas entre o género e as estratégias de *coping*, tanto focadas na emoção como focadas no problema.

As vítimas podem desenvolver estratégias disfuncionais de *coping* – estratégias para lidar com o trauma – estando estas também implicadas na gravidade dos sintomas de PSPT, dado que, as vítimas tendem a usar a preocupação e a autopunição para controlar as intrusões (Elsesser & Sartory, 2007).

Devido às implicações negativas do *coping* de evitação no desenvolvimento de sintomatologia (e.g. depressão ou perturbação de stress pós-traumático), é importante no apoio prestado às vítimas reduzir esse tipo de *coping* e promover estratégias de *coping* ativas,

adaptativas e impulsionadoras de equilíbrio psicológico (e.g. *coping* focado no problema) (Caridade, Antunes & Matos, 2015).

Segundo o estudo de Garnefski, Rood, Roos e Kraaij (2017), afirma que as queixas somáticas estão relacionadas significativamente com um evento traumático do passado (e.g. perda ou maus-tratos) ou número total de eventos negativos ao longo da vida, bem como, a estratégias de *coping* cognitivas mal adaptativas, nomeadamente, culpar-se a si mesmo, as ruminação e a catastrofização sobre os mesmos eventos de vida negativos.

De acordo com o estudo realizado em Portugal, em 2017, com minorias étnicas e sexuais, tendo em conta a vitimização por pares e a discriminação, avaliariam que os mecanismos de proteção envolvem baixos níveis de personalidade ansiosa, capacidades de empatia, as estratégias de *coping*, apoio familiar e as relações com os pais. Concluíram que são os mecanismos de proteção individuais que mais afetam os níveis de saúde mental e o desajustamento externo (Freitas, Coimbra, Fontaine & Marturano, 2017).

Regulação Emocional

A regulação emocional caracteriza-se pela expressão dos processos envolvidos para lidar com os níveis elevados de emoções positivas e negativas (Crunivel & Boruchovitch, 2010), envolve estratégias conscientes e/ou inconscientes para preservar, aumentar ou diminuir um ou mais componentes emocionais, incluindo os sentimentos, os comportamentos e as respostas fisiológicas que produzem as emoções (Mocaiber, Oliveira, Pereira, Machado-Pinheiro, Ventura, Figura & Volchan, 2008), bem como a intensidade e a duração da experiência emocional (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2010). Assim sendo, a regulação emocional representa uma capacidade fundamental para a interação social que influencia o comportamento e a expressão das emoções (Mocaiber et al., 2008).

Durante o ciclo de vida as pessoas enfrentam situações difíceis e vivenciam emoções intensas e negativas que exige uma adaptação do organismo e estratégias de regulação

emocional de forma a estabelecer o equilíbrio e a promover o bem-estar físico e psíquico (Crunivel & Boruchovitch, 2010). Estima-se que 51,2% das mulheres e 60,7% dos homens vivenciaram, no mínimo, um evento potencialmente traumático (Peres, Mercante & Nasello, 2005).

Existem duas perspectivas de bem-estar, o bem-estar subjetivo (hedonismo) referente ao prazer e gratificação imediata (presença de emoções positivas) e o bem-estar psicológico (eudemonismo) considera o funcionamento positivo dos indivíduos e os aspetos desafiantes e duradouros como forma de alcançar relações satisfatórias e um sentimento de autorrealização (Freire & Tavares, 2011). Sendo que a forma como os indivíduos lidam com os eventos de stress é fundamental na determinação do seu bem-estar (Mocaiber et al., 2008).

O processo da regulação emocional caracteriza-se pela identificação, seleção, implementação ou monitoramento (McRae & Gross, 2020). A regulação emocional envolve a consciência e a compreensão das emoções, a aceitação das emoções, a capacidade de controlar comportamentos impulsivos, a agir através dos objetivos pretendidos e a capacidade de regulação emocional para responder às circunstâncias da situação, sendo que a ausência de alguma destas dimensões indica uma desregulação emocional (Coutinho et al., 2010).

As estratégias de regulação emocional mais estudadas são a reavaliação cognitiva que consiste na modificação do significado da situação de modo a alterar o impacto emocional, ou seja, esta estratégia permite um melhor funcionamento emocional e interpessoal, maior positivismo, autoestima e um bem-estar psicológico permitindo um maior crescimento pessoal, autoaceitação, objetivos de vida definidos e maior autonomia. A supressão emocional envolve a inibição do comportamento emocional expressivo, portanto, esta estratégia permite menos emoções positivas e mais emoções negativas, afastamento social, sintomatologia depressiva e níveis reduzidos de autoestima e positivismo (Brockman, Ciarrochi, Parker & Kashdan, 2011; Freire & Tavares, 2011; Mocaiber et al., 2008). Existem

ainda, como estratégias de regulação emocional, a resolução-problema e a aceitação (Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caflier & Samson, 2016).

O processo de regulação das emoções é considerado um processo de motivação, inclui a herança cultural (e.g. definição de metas emocionais definidas pela cultura em que o indivíduo está inserido), as consequências (e.g. controlar o progresso do objetivo emocional e a saúde mental) e as intervenções (e.g. manipular os recursos de definição de objetivos emocionais e de esforço para promover a regulação adaptativa das emoções) (Tamir, Vishkin & Gutentag, 2020). As dificuldades de regulação emocional verificam-se através das dimensões de clareza, impulso, objetivos, não-aceitação e estratégias (Claro & Mota, 2019).

De acordo Ehring e Quack (2010) a relação entre o PSPT e a regulação emocional é possível observar que a severidade dos sintomas inerentes à patologia de PSPT está fortemente relacionada com todas as componentes da regulação emocional. Sendo que os indivíduos que experienciaram traumas no início da sua vida apresentam um maior défice nas capacidades de regulação emocional que os sujeitos que sofreram traumas mais tardiamente ou de ocorrência isolada.

Os autores Mata, Peixoto, Morgado, Silva e Monteiro (2012), desenvolveram um estudo com 268 adolescentes, entre os 12 e os 15 anos, concluíram que os índices superiores na regulação emocional estão ligados à menor rejeição materna percebida, tal como, a percepção da aceitação-rejeição materna é um fator preditor na regulação emocional na adolescência.

Segundo Vaz, Martins e Martins (2008), através de 824 participantes com idades entre os 18 até aos 65 anos, concluíram que quanto maior a capacidade de repertório e diferenciação emocional, menor a utilização da supressão emocional. Os autores mencionam que não existiram diferenças de género, no entanto, os homens recorrem mais à supressão emocional.

Claro e Mota (2019) defendem que o sexo masculino apresenta maiores dificuldades em reconhecer emoções e gerir positivamente as mesmas.

No estudo realizado por Pinto, Carvalho e Sá (2014), com 64 crianças do 3º e 4º ano de escolaridade. Os autores referem que a vinculação entre pais e filhos é uma consideração dominante ao nível do ajustamento adaptativo, bem como, do seu bem-estar e do seu desenvolvimento emocional. Deste modo, analisaram que níveis mais elevados de suporte parental estão diretamente associados a níveis elevados de elaboração emocional.

Suporte Social

O suporte social envolve inerentemente relacionamentos entre indivíduos influenciado pelo contexto cultural e pelo funcionamento psicológico (Kim, Sherman & Taylor, 2008), especificamente, entende-se pela existência e quantidade de relações sociais (tais como, conjugais, de amizade ou organizações) e é determinado consoante o funcionamento das relações, a posição de envolvimento afetivo-emocional ou instrumental, o auxílio ou a informação (Ornelas, 1994).

O apoio social pode envolver transações específicas pelas quais uma pessoa recebe explicitamente benefícios de outra ou através da perceção de que tais ajuda e suporte estão potencialmente disponíveis (Taylor, 2011).

O significado de suporte consiste em atos, tais como, manifestar preocupação, demonstrar afeto, partilhar uma ação, conceder cuidados, recomendar, oferecer sugestões ou socializar, e as funções do suporte social são as consequências desses mesmos atos, por exemplo, as ligações íntimas, o sentimento de pertença, a participação (Ornelas, 1994), bem como, o apoio, a intimidade e o companheirismo (Lakey & Cohen, 2000).

Quando o apoio social diminui, pode existir um comprometimento do sistema de defesa do corpo do indivíduo (Aragão et. al., 2009). De um modo geral, pode-se afirmar que a falta

de relações sociais positivas pode promover condições psicológicas negativas, como a ansiedade e a depressão (Cohen & Wills, 1985).

O suporte social está relacionado com melhores resultados a nível de saúde (Uchino, Carlisle, Birmingham & Vaughn, 2011) revela a existência de diversas variáveis, tais como, a intimidade das relações, a disponibilidade de apoio familiar em situações de crise, um ambiente benéfico em casa ou no local de trabalho e relações positivas com os diferentes membros da família (Ornelas, 1996).

Contudo, o suporte social apesar de ser um recurso universal, demonstra manifestações nas diferentes culturas. O suporte social implícito, é mais comum nos asiáticos orientais, semelhante ao suporte percebido e refere-se ao conforto proporcionado através da consciencialização de uma rede de apoio. O suporte social explícito, utilizado pelos americanos e europeus, corresponde a uma maior intimidade, envolve solicitação de conselhos, ajuda instrumental e apoio emocional (Taylor, 2011).

Os fundamentos teóricos realçam a importância dos suportes pessoais e comunitários, têm benefícios para a estrutura de saúde mental e física (Ornelas, 1996). O suporte social tem sido considerado um fator favorável nas situações de stress vivenciadas pelos indivíduos, bem como, em evidências empíricas referem que a baixa perceção de suporte social pode ser um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento de patologias (Cardoso & Baptista, 2014).

O suporte social influencia diretamente a saúde, promovendo a autoestima e a autorregulação (Lakey & Cohen, 2000). Assim sendo, os laços de apoio social são claramente benéficos nos momentos de stress e podem alcançar benefícios, ajudam as pessoas a controlar as respostas emocionais a situações de stress e mantêm a condição fisiológica com respostas imunológicas em níveis baixos ou promovem uma recuperação mais rápida desses sistemas após o evento de stress (Taylor, 2011).

Além da relação entre a pessoa e o evento, a combinação entre o evento de stress e outros aspetos de vida da pessoa (e.g. a nível laboral e a nível de relacionamentos) são os fatores mais importantes (Segerstrom & O'Connor, 2012). Vários estudos reconheceram o suporte social como o fator protetor mais importante (Magalhães et. al., 2019).

As consequências da vitimização presente nas vítimas estão relacionadas com o apoio social e afetivo, ou seja, não diminui a gravidade e a complexidade do ato violento, no entanto, modera as consequências do mesmo (Barros & Freitas, 2015).

Através de um estudo com 182 vítimas de abuso sexual com idades entre os 6 e os 18 anos, observaram que o apoio social percebido no sexo feminino confere maior benefício psicológico em comparação com o sexo masculino. No entanto, o apoio social percebido envolve a redução de sintomas psicológicos em ambos os sexos (Aydin et. al., 2016).

Segundo o estudo de Zlotnick, Shea, Pilkonis, Elkin e Ryan (1996), afirmam que quanto menor for o número de eventos de stress e maior o apoio social positivo, os homens e as mulheres apresentam níveis mais baixos de sintomas depressivos. O estudo demonstrou que os eventos de vida e o apoio social estão relacionados com a gravidade dos sintomas depressivos para ambos os sexos.

O estudo de Buesa e Calvete (2013) realizado com mulheres vítimas, concluindo que 72.9% das vítimas dizem não ter apoio de uma pessoa significativa e 30% referem ter pouco apoio social por parte da família e amigos. As mulheres referem que o apoio de uma pessoa significativa é o auxílio mais importante para bem-estar psicológico das mesmas.

No processo de adaptação está implícito as características de resiliência, as estratégias de *coping* positivas e o suporte social em específico que desempenham papéis significativos no processo (Rahat & İlhan, 2016).

De acordo com Jiang, Drolet e Kim (2018), através da investigação com 158 participantes com idades entre os 18 e os 65 anos, os resultados mostram que, de um modo

geral, os jovens adultos beneficiam emocionalmente com o suporte explícito e implícito, enquanto os adultos mais velhos beneficiam emocionalmente do uso de suporte implícito em particular. A explicação encontrada para estes resultados foi que os adultos mais velhos, ao longo da vida, procuraram lidar com os fatores de stress sem pedir apoio a outras pessoas.

Vários estudos indicam que existe uma relação entre o stress e o suporte social, bem como, o apoio social envolve benefícios para vítimas (Abdullah, Sipon, Nazli & Puwasa, 2015). Os modelos mais específicos guiam-se por intervenções que utilizam os relacionamentos de forma a promover resultados positivos de saúde (Uchino et. al., 2011).

Psicologia Clínica

A psicologia clínica surgiu na década de 50, nos EUA, como alternativa ao modelo médico, procurando uma explicação acerca dos comportamentos de carácter psíquico (Brito, 2008), tendo como objetivo a diminuição do sofrimento humano (Joseph & Wood, 2010).

Lightner Witmer, realizou o doutoramento na Universidade de Leipzig, em 1882, criou o conceito de “psicologia clínica” (Ribeiro & Leal, 1996). A conceção de clínica está relacionada à noção de doença, assim sendo, o procedimento e o método são o suporte para uma nova abordagem de fenómenos (Brito, 2008).

Esta área da psicologia tem como orientação a experiência subjetiva individual e a diminuição de sofrimento (Timm, Pereira & Gontijo, 2011). A psicologia clínica designa-se uma atividade prática, integrando teorias e métodos, tendo como intuito a análise, a avaliação, o diagnóstico e a intervenção psicológica (Brito, 2008).

A psicologia clínica tem explorado integrar conceções da psicologia positiva na assimilação de fenómenos psicopatológicos ou cognições disfuncionais, de modo a diminuir o sofrimento, prevenir o desenvolvimento de patologias e promover o funcionamento saudável do indivíduo (Freire & Tavares, 2011).

O psicólogo, na prática clínica, deve adotar competências que colaborem para a compreensão acerca do indivíduo, tendo em conta as suas necessidades, através de objetivos terapêuticos (Luczinski & Ancona-Lopez, 2010) e na elaboração de um plano terapêutico adequado ao seu diagnóstico (Braga, Daltro & Danon, 2012).

A psicologia no âmbito do trauma pretende desenvolver diretrizes de melhores práticas, atendendo às necessidades específicas de cada indivíduo e promover diretrizes de terapia (Mattar & Vogel, 2014).

A intervenção adequada a desenvolver com as vítimas está relacionada com a necessidade de autoestima ou identidade positiva com a importância de retirar o “papel de vítima” (Boom & Kuijpers, 2012). Os modelos centrados no *empowerment* devem ser favorecidos face a abordagens mais educativas (e.g. modelos de gestão de crise) (Caridade, Antunes & Matos, 2015).

Segundo Boom e Kuijpers (2012), as mulheres têm maior necessidade de apoio e alguém com quem conversar comparativamente com os homens, bem como, as vítimas que pertencem às minorias étnicas apresentam mais necessidades.

No diagnóstico psiquiátrico é essencial a avaliação, incluindo os critérios de diagnóstico, a sintomatologia e analisar o processo de tratamento (Martins-Monteverde et. al., 2017). Todas as formas de tratamento do trauma pretendem que a pessoa recupere a sua capacidade de autonomia e de viver, incluindo o evento traumático como um momento de vida do passado e como algo que permitiu aumentar a capacidade de resiliência (Queirós & Passos, 2018).

A intervenção com vítimas de violência doméstica deve ser centralizada na técnica de escuta ativa, de forma permitir que a pessoa exprima os seus sentimentos. Para além disso, deve ser baseada na terapia cognitivo-comportamental através da aliança terapêutica e de sessões terapêuticas adaptadas às necessidades de cada paciente com o objetivo de modificar

o pensamento e o comportamento, indicando estratégias cognitivas e comportamentais mais adaptativas (Ribeiro, 2017).

As psicoterapias direcionadas às vítimas de traumas psicológicos têm como objetivo atribuir gradualmente novos significados emocionais à experiência traumática (Peres, Mercante & Nasello, 2005). Como tratamento, reconhecemos o uso de psicoterapias breves e pontuais de forma a validar a memória traumática, tais como, a terapia de exposição (considerada a mais eficaz), a psicoterapia breve de base dinâmica, a terapia interpessoal, a terapia cognitiva-comportamental e a terapia ocupacional (Martins-Monteiro et al., 2017).

Vários estudos referem a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental na melhoria dos sintomas sendo que a terapia utiliza técnicas cognitivas de regulação de emoções, como a reestruturação cognitiva que permite ao indivíduo interpretar as situações (Dantas & Andrade, 2008, Mocaiber et al., 2008).

As intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental, em ambiente pós-trauma, são utilizadas de forma a projetar as emoções disfuncionais, comportamentos desadaptativos, processos e conteúdo cognitivos através de procedimentos sistemáticos explícitos e orientados por objetivos (Khamis, 2015). Esta terapia pretende proporcionar ao sujeito a percepção e a consciencialização acerca das características psicológicas e a interpretação do evento considerado negativo no decorrer do processo terapêutico através de técnicas específicas, tais como, psicoeducação, exercícios de exposições, estratégias de regulação emocional (e.g. relaxamento), reestruturação cognitiva, treino de autoinstrução e controlo da respiração, bem como, a prevenção de recaída (Kristensen, Schaefer & Mello, 2011; Gomes, 2012; Shalev, Liberzon & Marmar, 2017).

Quanto às alterações do sono na PSPT devem ser consideradas uma prioridade na terapêutica de forma a prevenir a recorrência dos sintomas, melhorar o ritmo do sono-vigília

e conseqüentemente, facilitar a integração social e aumentar o sucesso na reabilitação e melhoria na qualidade de vida (Moreira & Afonso, 2017).

O sucesso do tratamento está relacionado com o suporte familiar, as mudanças de comportamento e as práticas de psicoeducação acerca da doença (Martins-Monte Verde et. al., 2017).

Face ao exposto, o desenvolvimento de sintomatologia stress pós-traumático pode estar ligado a estratégias de regulação emocional e ao suporte social, bem como, a características individuais. Deste modo, o estudo desta temática é importante de forma desenvolver novas técnicas de intervenção de modo a melhorar a qualidade de vida, bem como, a diminuir as conseqüências causadas por eventos de vida negativos que podem provocar sintomatologia depressiva ou PSPT.

Em suma, para além da intervenção psicológica junto de vítimas, é importante sensibilizar as pessoas próximas das mesmas para promover a eficácia da intervenção.

Objetivos

O objetivo geral estabelecido para este trabalho de investigação foi compreender e caracterizar a relação entre a sintomatologia de perturbação de stress pós-traumático, a regulação emocional e o suporte social percebido.

Consequente, foram desenvolvidos os objetivos específicos:

Compreender e caracterizar a regulação emocional relativamente à idade, ao sexo e ao evento traumático;

Compreender e caracterizar a sintomatologia de stress pós-traumático relativamente à idade, ao sexo e ao evento traumático;

Compreender e caracterizar o suporte social relativamente à idade, ao sexo e ao evento traumático;

Compreender e caracterizar a diferenças entre dois grupos, vítimas e não-vítimas.

Método

O presente estudo foi desenvolvido através de uma abordagem quantitativa, de natureza descritiva, de modo a compreender a ligação entre a sintomatologia PSPT, a regulação emocional e o suporte social em vítimas.

Participantes

Este estudo tem uma amostra de 167 participantes, 27 do sexo masculino (16.2%) e 140 do sexo feminino (83.8%), com idades compreendidas entre os 18 anos e os 67 anos, com média de 32.43 e desvio-padrão de 12.23. Foi também questionado a zona de residência, 79 indivíduos (47.3%) residem em Lisboa, 68 participantes (40.7%) de Setúbal, 5 participantes de Coimbra (3%), 4 participantes (2.4%) de Santarém, 3 indivíduos de Faro (1.8%), 2 participantes do Porto (1.2%), 2 participantes de Beja (1.2%), 1 indivíduo (0.6%) de Évora, 1 participante de Vila Real (0.6%), 1 indivíduo de Braga (0.6%) e outro da Guarda (0.6%).

Quanto às habilitações literárias dos participantes verifica-se que 2.4% completaram o 3ºciclo, 37.7% concluiu o ensino secundário, 38.9% são licenciados, 20.4% possui o mestrado e 0.6% concluiu o doutoramento.

Relativamente à questão de um acontecimento negativo no decorrer da sua vida, 9 participantes responderam negativamente (5.4%) e 158 responderam afirmativamente, correspondendo a 94.6%.

Quando questionados qual o acontecimento negativo, 5.4% respondeu “nenhum”, 0.6% considerou o desemprego como um evento traumático, 1.2% respondeu “infidelidade”, 1.2% descreve “incêndios”, 1.8% dos participantes referiram “violação”, 2.4% respondeu “assalto”, 4.8% consideraram traumático “divórcio dos pais/alienação parental”, 4.8% sofreram um acidente automóvel, 5.4% sofreram de “*bullying*”, 9.6% responderam “doença grave” diagnosticada a si próprio ou a um familiar, 15.6% referiram “violência doméstica ou no namoro” e por fim, 47.3% respondeu “morte de um familiar e/ou amigo”.

Quanto à questão, se o evento negativo considera um acontecimento de vida traumático, 29 dos participantes respondeu “não” (17.4%) e 138 participantes respondeu “sim” (82.6%).

Relativamente à altura de vida em que o acontecimento ocorreu, 6% respondeu “não aplicável”, 15% responderam durante a “infância”, 38.9% durante a “adolescência”, 1.2% menciona “infância e adolescência”, 9% responderam durante a idade adulta, 1.8% refere “toda a vida” e 28.1% mencionam “atualmente”.

Instrumentos

O questionário sociodemográfico desenvolvido pretende compreender as características dos participantes através do sexo, da idade, do distrito de residência, das habilitações literárias, do acontecimento negativo que ocorreu no decorrer da vida, se consideraram esse acontecimento traumático e em que altura da vida ocorreu.

Os instrumentos utilizados neste projeto foram a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009), Escala de sintomas da perturbação pós-stress traumático (PCL-C) (Marcelino & Gonçalves, 2012) e a Escala Multidimensional de Suporte Percebido (MSPSS) (Carvalho, Gouveia, Pimentel, Maia & Pereira, 2011).

EDRE (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009)

A *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) foi desenvolvida por Gratz e Roemer, em 2004, pretende avaliar as dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas. Mais tarde, em 2010, Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias realizaram um estudo de forma a adaptar a DERS à população portuguesa. Os resultados concluíram que existem boas qualidades psicométricas da DERS para a versão portuguesa (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009).

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) avalia os níveis de desregulação em seis domínios: a não-aceitação das emoções negativas, a incapacidade de se

envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experienciam emoções negativas, a dificuldade em controlar comportamentos impulsivos vive uma experiência de emoções negativas, a carência de estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas, a falta de consciência emocional e a falta de clareza emocional. Contém 36 itens numa escala *Likert* de 5 pontos, 1 (quase nunca se aplica a mim) e 5 (aplica-se quase sempre a mim). Este instrumento revelou possuir elevados valores de consistência interna ($\alpha = 0.93$), boa fidelidade teste-reteste ($r_s = 0.88$) e adequada validade de constructo e preditiva (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009).

PCL-C (Marcelino & Gonçalves, 2012)

A *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version* (PCL-C) foi construída por Weathers, Litz, Herman, Huska e Keane, em 1993, com o objetivo de avaliar uma experiência de um acontecimento potencialmente traumático e diagnosticar a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT). Este instrumento foi aplicado em diversos contextos, como por exemplo, com combatentes de guerra, vítimas de assédio sexual, vítimas de acidentes automóveis e de trabalho (Marcelino & Gonçalves, 2012).

As autoras Marcelino e Gonçalves (2012) desenvolveram a adaptação portuguesa da PCL-C, com o objetivo de analisar as pessoas depois de experienciarem uma experiência potencialmente traumática desenvolvem sintomas de Perturbação de Pós-stress Traumático. Este inventário de autoquestionário, constituído por 17 itens caracterizados por três dimensões: B – Reexperiência, do item 1 ao 5 ($\alpha = 0.86$), C – Evitamento, do item 6 ao 12 ($\alpha = 0.87$) e D - Hiperativação, do item 13 ao 17 ($\alpha = 0.88$), avaliados numa escala de *Likert* entre 1 corresponde a “Nada” a 5 corresponde “Bastante”. A fiabilidade deste instrumento, alfa total ($\alpha = 0.94$) e os valores do teste-reteste ($r_s = 0.96$) (Marcelino & Gonçalves, 2012).

Não existindo um ponto de corte definido pelos autores, definiu-se que entre os valores 1 e 2 o risco de sintomatologia PSPT é fraco, no valor 3 o risco de PSPT é moderado e entre 4 a 5 o risco de PSPT é severo.

MSPSS (Carvalho, Gouveia, Pimentel, Maia & Pereira, 2011)

A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) avalia a percepção de suporte social, desenvolvida por Zimet e colaboradores (1988). É uma escala de autorrelato constituída por 12 itens, contém por 3 subescalas:

Escala F - suporte social percebido procedente da família (itens 3, 4, 8 e 11);

Escala A – suporte social percebido oriundo de amigos (itens 6, 7, 9 e 12);

Escala OS – suporte social percebido por parte de outras pessoas significativas (itens 1, 2, 5 e 10). Existe ainda, uma medida de suporte social total (Total, T).

As respostas são dadas através de uma escala de *Likert* entre 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Esta escala demonstra uma consistência interna fidedigna para as subescalas ($\alpha = 0.85$) e para a escala no total ($\alpha = 0.91$) e os valores do teste-reteste ($r_s = 0.72$ e 0.85) (Zimet et. al., 1999).

A adaptação à população portuguesa realizada por Carvalho, Gouveia, Pimentel, Maia e Mota-Pereira (2011) envolveu a tradução, retroversão e comparação com a versão original. Este estudo foi constituído por uma amostra de três grupos de sujeitos (o grupo de estudantes, o grupo de população geral e o grupo de doentes com depressão major seguidos em consulta externa de psiquiatria), contendo uma consistência interna ($\alpha = 0.85$ e 0.95) (Carvalho et. al., 2011).

Quanto à fiabilidade deste instrumento, o alfa de *Cronbach* total ($\alpha = 0.94$). No teste-reteste, os valores na dimensão família foi ($\alpha = 0.93$; $r_s = 0.91$), na dimensão amigos foi ($\alpha = 0.93$; $r_s = 0.40$), na dimensão outros significativos foi ($\alpha = 0.87$; $r_s = 0.87$) e na dimensão

total da escala foi ($\alpha = 0.91$; $r_s = 0.79$). A MSPSS apresentou características psicométricas adequadas para a população portuguesa (Carvalho et. al., 2011).

Procedimentos

A recolha de dados foi realizada através de uma plataforma *online*, isto é, o consentimento informado (Anexo A), o questionário sociodemográfico (Anexo B) e os três instrumentos (Anexo C, D e E) estavam disponíveis na *internet*, de modo a solicitar o preenchimento voluntário, a facilitar as pessoas a responder com sinceridade e sem fatores que influenciam as suas respostas.

O questionário foi enviado por *email* a várias pessoas, foi colocado em várias publicações no perfil na rede social *Facebook* solicitando para se disponibilizarem a responder ao estudo, bem como, em grupos relacionados com a área de psicologia. Este disponível *online* entre o dia 3 de março até dia 16 de abril de 2020.

Relativamente ao tratamento dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), através de uma análise descritiva dos dados obtendo as percentagens, as médias, os desvios-padrões relativos à amostra. Tendo em conta os objetivos do estudo foram escolhidos três instrumentos: EDRE, PCL-C e MSPSS.

Resultados

As análises estatísticas dos dados, recolhidos através de metodologia quantitativa, os resultados reportados do programa SPSS, apresentam-se as seguintes tabelas:

Tabela 1- *Distribuição entre vítimas e não-vítimas*

	Frequência	%
Não	29	17.4
Sim	138	82.6
Total	167	100

Consoante as respostas “não” considerou o evento negativo como traumático e “sim” considerou o evento negativo como traumático foram criados dois grupos (não-vítima e vítimas).

Tabela 2 - *Distribuição nas dimensões da escala PCL-C-TOTAL*

	Média	Desvio padrão
PCL-C-Total	37.92	15.84

Na tabela 2 verifica-se que, na dimensão da severidade dos sintomas de perturbação de stress pós-traumático, a média de respostas dos participantes é de 37.91, o valor mínimo de 17.00 e o valor máximo de 78.00. Deste modo, pode-se afirmar que os participantes apresentam sintomas de perturbação pós-traumática severos acima da média.

Tabela 3 - *Distribuições nas dimensões na escala PCL-C*

PCL-C	Média	Desvio padrão
PCL-C Severidade	2.00	0.72

Quanto à severidade a média é 2.00, o valor mínimo 1 e o valor máximo 3. No entanto, esta dimensão tem três categorias: severidade fraca (F=43; Percentagem 25.7), severidade moderada (F=80; Percentagem 47.9), severidade grave (F=44; Percentagem 26.3).

Análise de Variância (ANOVA)

Tabela 4 - Diferenças entre vítimas e não-vítimas nos instrumentos EDRE, PCL-C e MSPSS

Dimensões	Não-vítimas		Vítimas		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
EDRE – Estratégias	1.98	0.51	2.34	0.80	5.47*
EDRE – Não aceitação	2.02	0.97	2.42	1.02	3.70
EDRE – Consciência	3.65	0.68	3.58	0.85	0.18
EDRE – Impulsos	2.01	0.58	2.20	0.73	1.96
EDRE – Objetivos	2.86	0.64	2.86	0.81	0.00
EDRE – Clareza	2.54	0.50	2.59	0.49	0.26
PCL-C – Reexperienciar	1.52	0.58	2.52	1.03	25.41***
PCL-C – Evitamento	3.12	0.43	3.21	0.66	0.45
PCL-C – Hiperativação	1.68	0.80	2.42	1.11	11.50**
PCL-C – Total_Critério1	1.55	0.56	2.37	0.93	21.26***
MSPSS – Família	5.84	4.44	5.38	1.64	2.05
MSPSS – Amigos	5.96	0.93	5.21	1.65	5.55*
MSPSS – Outros Significativos	6.35	0.98	5.67	1.47	5.71*
MSPSS – Total	6.05	0.93	5.42	1.43	5.23*
PCL-C – Total_Critério1Severidade	26.28	9.52	40.36	15.84	21.26***
PCL-C – Severidade3G	1.41	0.57	2.13	0.69	27.19***

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Entre os dois grupos, vítimas e não-vítimas, apresentam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis EDRE-Estratégias, PCL-C-Reexperienciar, PCL-C-Hiperativação, PCL-C- Total_Critério 1, MSPSS-Amigos, MSPSS-Outros significativos, MSPSS-Total, PCL_C-Total Critério1Severidade e PCL-C-Severidade3G.

Tabela 5 - *Diferenças entre homens e mulheres na escala EDRE*

Dimensões	Homem		Mulher		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
EDRE					
Estratégias	2.27	0.82	2.28	0.76	0.00
Não aceitação	2.26	1.08	2.37	1.01	0.22
Consciência	3.40	0.98	3.63	0.79	1.65
Impulsos	2.16	0.88	2.17	0.68	0.00
Objetivos	3.01	0.90	2.83	0.75	1.17
Clareza	2.63	0.68	2.57	0.45	0.31

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Através da tabela 5, é possível observar os resultados obtidos que indicam que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres na dimensão da regulação emocional.

Tabela 6 - *Diferenças entre homens e mulheres no instrumento PCL-C*

Dimensões	Homem		Mulher		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
PCL-C					
Reexperienciar	2.04	1.11	2.40	1.01	2.91
Evitamento	3.00	0.79	3.22	0.59	2.83
Hiperativação	2.23	1.20	2.30	1.09	0.09
PCL-Total	2.17	1.03	2.24	0.91	0.13

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Segundo a tabela 6, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os grupos. Assim, através de um ponto de corte devido, é possível afirmar que ambos os géneros apresentam sintomas de stress pós-traumático moderados.

Tabela 7 - *Diferenças entre homens e mulheres na escala MSPSS*

Dimensões	Homem		Mulher		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
MSPSS					
Família	5.08	1.76	5.53	1.58	1.74
Amigos	4.68	2.08	5.47	1.43	5.74*
Outros Significativos	5.02	1.84	5.93	1.28	9.76**
Suporte Social Total	4.93	1.70	5.64	1.28	6.27*

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Através da tabela 7, é possível analisar que na dimensão amigos [F (167) = 5.74; p = 0.02], na dimensão outros significativos [F (167) = 9.76; p = 0.002] e na dimensão suporte social total [F (167) = 6.27; p = 0.01], existem diferenças significativas entre homens e mulheres. Ou seja, verifica-se que as mulheres têm suporte social percebido proveniente dos amigos e suporte social percebido no total superior ao dos homens, porém os homens apresentam um suporte social percebido por outros significativos com níveis mais elevados comparativamente com as mulheres.

Tabela 8 - *Diferenças de médias entre as idades na escala EDRE*

Dimensões	Até 25 anos		26 anos ou mais		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
EDRE					
Estratégias	2.31	0.82	2.25	0.73	0.22
Não aceitação	2.47	1.24	2.25	0.09	1.82
Consciência	3.61	0.79	3.58	0.85	0.04
Impulsos	2.23	0.76	2.13	0.67	0.88
Objetivos	2.99	0.79	2.75	0.76	4.22*
Clareza	2.55	0.51	2.60	0.49	0.38

Nota: *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$.

Pode-se observar que na dimensão objetivos [$F(1,67) = 4.22$; $p = 0.04$] apresenta diferenças significativas relativamente às idades. Isto é, os participantes com idade igual ou superior a 26 anos apresentam valores mais elevados relativamente às dificuldades em agir de acordo com os objetivos comparativamente aos participantes com idades compreendidas até aos 25 anos.

Tabela 9 - *Diferenças de médias entre as idades na escala PCL-C*

Dimensões	Até 25 anos		26 anos ou mais		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
PCL-C					
Reexperienciar	2.33	1.11	2.36	.97	0.02
Evitamento	3.22	.59	3.17	.66	0.26
Hiperativação	2.33	1.17	2.26	1.05	0.17
PCL-Total	2.26	1.00	2.20	.87	0.15

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Relativamente à escala PCL-C, é possível analisar que não existem diferenças significativas em relação às idades.

Tabela 10 - *Diferenças de médias entre as idades na escala MSPSS*

Dimensões	Até 25 anos		26 anos ou mais		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
MSPSS					
Família	5.30	1.75	5.58	1.48	1.29
Amigos	5.38	1.69	5.31	1.48	0.07
Outros Significativos	5.81	1.58	5.77	1.28	0.04
Suporte Social Total	5.49	1.50	5.55	1.27	0.07

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Na tabela 10, segundo os dados apresentados, na escala MSPSS, as diferenças relativamente aos dois grupos de idades não são significativas.

Tabela 11 - *Diferenças de médias entre os tipos de severidade na escala EDRE*

Dimensões	Severidade fraca		Severidade moderada		Severidade grave		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
EDRE							
Estratégias	1.88	0.48	2.08	0.53	3.02	0.86	43.73***
Não aceitação	1.85	0.76	2.22	0.87	3.07	1.11	20.80***
Consciência	3.80	0.73	3.49	0.81	3.57	0.89	2.01
Impulsos	1.79	0.31	2.06	0.56	2.75	0.88	28.10***
Objetivos	2.52	0.56	2.74	0.77	3.40	0.71	19.19***
Clareza	2.49	0.37	2.54	0.49	2.74	0.58	3.51*

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Em relação à tabela 11, podem-se observar diferenças entre os grupos na dimensão estratégias [F (167) = 43.73; p = 0.00], na dimensão não-aceitação [F (167) = 20.80; p = 0.00], na dimensão impulsos [F (167) = 28.10; p = 0.00], na dimensão objetivos [F (167) = 19.19; p = 0.00] e por fim, na dimensão clareza [F (167) = 3.51; p = 0.03].

Tabela 12 - *Diferenças de médias entre os tipos de severidade na escala PCL-C*

Dimensões	Severidade fraca		Severidade moderada		Severidade grave		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
PCL-C							
Reexperienciar	1.25	0.26	2.27	0.63	3.55	0.79	154.97***
Evitamento	3.13	0.49	3.09	0.60	3.42	0.74	4.26*
Hiperativação	1.22	0.27	2.09	0.71	3.69	0.67	182.07***
PCL-Total	1.22	0.13	2.05	0.39	3.53	0.49	420.22***

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Quanto à tabela 12, os dados indicam que existem diferenças significativas na dimensão reexperienciar [F (167) = 154.97; p = 0.00], na dimensão evitamento [F (167) = 4.26; p = 0.02], na dimensão hiperativação [F (167) = 182.07; p = 0.00] e por fim, na dimensão PCL-C-Total [F (167) = 420.22; p = 0.00].

Tabela 13 - *Diferenças de médias entre os tipos de severidade na escala MSPSS*

Dimensões	Severidade fraca		Severidade moderada		Severidade grave		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
MSPSS							
Família	5.98	1.26	5.72	1.49	4.46	1.71	13.58***
Amigos	5.64	1.47	5.66	1.39	4.45	1.67	10.71***
Outros Significativos	6.05	1.36	5.98	1.37	5.19	1.42	5.59**
Suporte Social Total	5.89	1.24	5.79	1.26	4.70	1.37	12.44***

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Na tabela 13, os resultados demonstram que existem diferenças significativas na dimensão família [F (167) = 13.58; p = 0.00], na dimensão amigos [F (167) = 10.71; p = 0.00], na dimensão outros [F (167) = 5.59; p = 0.004] e por último, na dimensão Suporte Social Total [F (167) = 12.44; p = 0.00].

Correlações

Tabela 14 - *Correlações entre as variáveis regulação emocional, sintomas de perturbação de stress pós-traumático e o suporte social*

Variáveis	E	NA	C	I	O	CL	R	EV	H	PCL-C-T	F	A	OS
E	--												
NA	0.72***	--											
C	0.07	-0.06	--										
I	0.80***	0.72***	-0.05	--									
O	0.65***	0.55***	0.22**	0.60***	--								
CL	0.42***	0.35***	0.30***	0.43***	0.35***	--							
R	0.54***	0.45***	0.05	0.46***	0.39***	0.17*	--						
EV	0.37***	0.48***	0.70***	0.32***	0.40***	0.58***	0.37***	--					
H	0.58***	0.45***	-0.07	0.53***	0.42***	0.19*	0.71***	0.20**	--				
PCL-C-T	0.62***	0.50***	-0.07	0.55***	0.46***	0.22**	0.87***	0.22**	0.91***	--			
F	-	-0.22**	0.27**	-0.23**	-0.12	-0.01	-0.24**	0.13	-	-0.38***	--		
	0.30***								0.39***				
A	-	-0.23**	0.28***	-0.25**	-0.11	-0.06	-0.20**	0.13	-	-0.33***	0.69	--	
	0.30***								0.35***		***		
OS	-0.19**	-0.22**	0.34***	-0.14	0.01	0.01	-0.13	0.19*	-	-0.25***	0.67	0.74*	--
									0.26***		***	**	
MSPSS-	-	-0.25**	0.33***	-0.23**	-0.87	-0.03	-0.22**	0.16*	-	-0.36***	0.89	0.91*	0.89***
T	0.30***								0.37***		***	*	

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Estratégias (E); Não Aceitação (NA); Consciência (C); Impulsos (I); Objetivos (O); Clareza (CL); Reexperiência (R); Evitamento (EV); Hiperativação (H); PCL-C-Total (PCL-C-T); Família (F); Amigos (A); Outros Significativos (OS); MSPSS-Total (MSPSS-T).

A tabela 14 apresenta as correlações positivas e negativas entre as três escalas EDRE, PCL-C e MSPSS.

A variável EDRE - Estratégias correlaciona-se positivamente com as variáveis EDRE-Não Aceitação, EDRE-Impulsos, EDRE-Objetivos, EDRE-Clareza, PCL-C-Reexperiência, PCL-C-Evitamento, PCL-C-Hiperativação, PCL-C-Total e correlaciona-se negativamente de forma moderada a variável MSPSS-Outros Significativos e tem correlações negativas fortes com as variáveis MSPSS-Família, MSPSS-Amigos e MSPSS-Total. Assim, quanto maior for o acesso limitado às estratégias de regulação emocional maior a não-aceitação, os impulsos, os objetivos, a clareza, a reexperiência, o evitamento, hiperativação e maior a severidade dos sintomas de PSPT. Bem como, quanto maior o acesso limitado às estratégias de regulação

emocional, menor o suporte social percebido proveniente da família, amigos e outras pessoas significativas.

Verifica-se que a variável EDRE-Não Aceitação tem correlações positivas fortes com as variáveis EDRE-Impulsos, EDRE-Objetivos, EDRE-Clareza, PCL-C-Reexperiência, PCL-C-Evitamento, PCL-C-Hiperativação, PCL-C-Total, ou seja, a não aceitação de repostas emocionais está ligada à dificuldade de controlar os impulsos, a dificuldade em agir de acordo com os objetivos, a falta de clareza emocional, a reexperiência do evento, o evitamento de estímulos associados com o trauma e a hiperativação. Tem correlações negativas moderadas com as variáveis MSPSS-Família, MSPSS-Amigos, MSPSS-Outros Significativos e MSPSS-Total, portanto, quanto maior for a não-aceitação de repostas emocionais, menor têm a percepção do suporte social da família, de amigos e de outros significativos.

Quanto à variável EDRE-Consciência pode-se analisar as correlações positivas fortes com as variáveis EDRE-Clareza, PCL-C-Evitamento, MSPSS-Amigos, MSPSS-Outros Significativos e MSPSS-Total e correlações positivas moderadas com as variáveis EDRE-Objetivos e MSPSS-Família. Deste modo, é possível afirmar que quanto maior a falta de consciência emocional, maior a falta de clareza emocional, a evitar pensamentos relacionados com o evento negativo e a noção de suporte social por parte da família, amigos e outras pessoas importantes.

Relativamente à variável EDRE-Impulsos, tem correlações positivamente fortes com as variáveis EDRE-Objetivos, EDRE-Clareza, PCL-C-Reexperiência, PCL-C-Evitamento, PCL-C-Hiperativação e PCL-C-Total, o que significa que, quando a pessoa apresenta dificuldade em controlar os seus impulsos, maior a dificuldade em proceder conforme os objetivos, a ausência de clareza emocional, reexperiência persistentemente o evento negativo, evita os pensamentos relacionados com o mesmo e a pessoa permanece reativa. Existe, também,

correlações negativas moderam com as variáveis MSPSS-Família, MSPSS-Amigos e MSPSS-Total. Portanto, quanto mais a pessoa age pelos impulsos, menos a sua percepção quanto ao suporte social proveniente da família e dos amigos.

A variável EDRE-Objetivos apresenta correlações positivas fortemente com as variáveis EDRE-Clareza, PCL-C-Reexperiência, PCL-C-Evitamento, PCL-C-Hiperativação e PCL-C-Total, o que indica que quanto maior for a complexidade de agir de acordo com os seus objetivos, maior a carência de clareza emocional, a reexperiência e a evitação do trauma, bem como, a hiperativação.

A variável EDRE-Clareza tem correlações positivas fracas com as variáveis PCL-C-Reexperiência e PCL-C-Hiperativação, uma correlação positiva moderada com a variável PCL-C-Total e uma correlação positiva forte com a variável PCL-C-Evitamento. Deste modo, pode-se afirmar que, quando um indivíduo tem dificuldade em compreender as suas emoções apresenta, igualmente, dificuldades em lidar com os sintomas relacionadas com o trauma.

Em relação à variável PCL-C-Reexperiência está fortemente correlacionada de forma positiva com as variáveis PCL-C-Evitamento, PCL-C-Hiperativação e PCL-C-Total, portanto, quanto maior a reexperiência do acontecimento, maior o evitamento, a hiperativação e sintomas de stress pós-traumático. Apresenta também, correlações negativas fortes com as variáveis MSPSS-Família, MSPSS-Amigos e MSPSS-Total, o que significa que, quanto mais o indivíduo reexperienciar o acontecimento, menor a sua percepção de suporte social, especificamente, por parte da família e dos amigos.

A variável EDRE-Evitamento está correlacionada moderadamente de forma positiva com as variáveis PCL-C-Hiperativação e PCL-C-Total e apresenta também correlações positivas fracas com as variáveis MSPSS-Outros Significativos e MSPSS-Total. Assim, é possível afirmar que quanto maior o ato de evitar os estímulos relacionados ao acontecimento

negativo, maior a reatividade e sintomas persistentes, bem como, maior a percepção de suporte social, especificamente com outras pessoas significativas.

Relativamente à variável PCL-C-Hiperativação demonstra ter uma correlação positiva com a variável PCL-C-Total, por isso, quanto maior a hiperativação, maior os sintomas de perturbação de stress pós-traumático. As correlações negativas fortes com as variáveis MSPSS-Família, MSPSS-Amigos, MSPSS-Outros Significativos e MSPSS-Total, pode-se confirmar que quando a pessoa apresenta hiperativação, existe um défice na sua consciência relativamente ao seu suporte social, nomeadamente, a família, os amigos e outras pessoas importantes.

A variável PCL-C-Total exhibe correlações negativas fortemente com as variáveis MSPSS-Família, MSPSS-Amigos, MSPSS-Outros Significativos, MSPSS-Total, ou seja, quando o indivíduo apresenta sintomas de perturbação de stress pós-traumático, menor a sua percepção de suporte social.

Quanto à variável MSPSS-Família está correlacionada fortemente de forma positiva com as variáveis MSPSS-Amigos, MSPSS-Outros Significativos e MSPSS-Total, isto é, quanto maior a sua percepção de suporte social proveniente da família, maior a sua noção de suporte social total, nomeadamente dos amigos e de outras pessoas importantes.

A variável MSPSS-Amigos demonstra ter correlações positivas e fortes com as variáveis MSPSS-Outros Significativos e MSPSS-Total, do modo que estas variáveis estão todas relacionadas com a percepção do indivíduo relativamente ao seu suporte social.

Por último, a variável MSPSS-Outros Significativos está correlacionada positivamente forte com a variável MSPSS-Total visto que quanto maior for a percepção de suporte social oriundo de outras pessoas significativas, maior a noção de suporte social total.

Regressão

Tabela 15 - Regressão linear das variáveis sexo, idade e as escalas EDRE, MSPSS e PCL-C

		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T
		B	Erro padrão	Beta	
Modelo 1	(Constante)	38.594	4.641		8.31***
	Sexo	0.561	3.405	0.13	0.16
	Idade	-0.032	0.101	-0.025	-0.32
Modelo 2	(Constante)	4.820	2.725		1.77
	Sexo	-1.338	0.913	-0.031	-1.47
	Idade	-0.008	0.027	-0.006	-0.29
	EDRE – Estratégias	0.492	0.831	0.024	0.59
	EDRE – Não aceitação	0.016	0.669	0.001	0.02
	EDRE -Consciência	-1.192	0.758	-0.062	-1.57
	EDRE – Impulsos	-0.446	0.817	-0.020	-0.54
	EDRE – Objetivos	0.790	0.577	0.039	1.37
	EDRE – Clareza	1.828	0.869	0.057	2.10*
	MSPSS – Família	-0.294	0.298	-0.030	-0.99
	MSPSS – Amigos	0.181	0.335	0.018	0.54
	MSPSS – Outros Sig	-0.125	0.370	-0.011	-0.34
	PCL-C – Reexperienciar	7.195	0.455	0.470	15.81***
	PCL-C – Evitamento	-0.487	1.209	-0.019	-0.40
	PCL-C – Hiperativação	7.707	0.456	0.537	16.89***

Nota: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Segundo a tabela 15, pode-se afirmar que a variável EDRE – Clareza ($\beta = 1.828$, $p = 0.037$), a variável PCLC-C – Reexperienciar ($\beta = 7.195$, $p = 0.000$) e por último, a variável PCL-C – Hiperativação ($\beta = 7.707$, $p = 0.000$) são variáveis preditoras. No conjunto total das variáveis do modelo 1 [$F = 0.067$ (2, 163), $p < 0.935$] e no modelo 2 [$F = 175.726$ (14, 151), $p < 0.000$].

Discussão

Este estudo teve como objetivo geral compreender e caracterizar a relação entre sintomatologia PSPT, as estratégias de regulação emocional e o suporte social percebido. Como objetivos específicos pretende-se compreender e caracterizar a sintomatologia PSPT, a regulação emocional e a percepção de suporte social relativamente à idade, ao sexo e ao evento traumático.

Quanto aos resultados obtidos indiciam que existem diferenças estatisticamente significativas entre vítimas e não vítimas. As vítimas apresentam valores superior na carência de utilização de estratégias de regulação emocional e sintomatologia de stress pós-traumático, especificamente na reexperienciação, na hiperativação, nas dimensões PCL-C-Total-Critério1, PCL-C-Total_Critério1Severidade e PLC-C-Severidade3G comparativamente com não-vítimas. As não-vítimas apresentam valores superiores no suporte social percebido por amigos e outros significativos e suporte social total percebido comparativamente com os participantes vítimas. Em concordância, os estudos referem que os efeitos da violência são o trauma, a diminuição da qualidade de vida, da inserção social (Fonseca, Ribeiro & Leal, 2012) e da autoestima e conseqüentemente ao nível pessoal, familiar e social (Netto et. al., 2014). Respondendo ao objetivo específica das diferenças entre os dois grupos, vítimas e não-vítimas.

Os resultados assinalam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na sintomatologia de PSPT. Tal como, corrobora o estudo de Cervantes, Schuelter-Trevisol e Jornada (2013) que afirmam não existir relação estatisticamente significativa entre o sexo e a sintomatologia PSPT.

Relativamente à relação de sintomatologia PSPT e a idade, os resultados do presente estudo demonstram que não existem diferenças significativas. Porém, existem estudos que referem que os valores mais elevados de PSPT estão presentes em pessoas socialmente

desfavorecidas, mais jovens, do sexo feminino e com profissões consideradas de risco, tais como, bombeiros, polícias e militares (Shalev, Liberzon & Marmar, 2017).

Os dados indicam que os tipos de severidade (fraca, moderada e graves) apresentam diferenças significativas nas dimensões: reexperienciar, evitamento, hiperativação e na dimensão PCL-C-Total. Tal como referem vários autores, os principais sintomas da PSPT são o evitamento, a reexperiência (e.g. pesadelos e *flashbacks*) e a hiperativação (e.g. hipervigilância, alterações de humor e do sono) que podem ser mantidos a um nível elevado que origine um stress adicional (Pinto & Esteves, 2009; Hinsberger et. al., 2016; Shalev, Liberzon & Marmar, 2017; Socci et. al., 2020).

No que concerne a regulação emocional face ao sexo, segundo os resultados, tanto os homens como as mulheres têm perceção da regulação emocional. Tal como corrobora a investigação de Khamis (2015), não foram encontradas associações significativas entre o sexo e nas estratégias de *coping* e o estudo de Vaz, Martins e Martins (2008) mencionam que não existem diferenças de género quanto ao repertório e diferenciação emocional, porém, os homens utilizam mais a supressão emocional. No entanto, Claro e Mota (2019), referem que o sexo masculino revela maiores dificuldades na aceitação de emoções e lidar positivamente com as mesmas.

Relativamente às diferenças de regulação emocional face à idade, os participantes com idades iguais ou superior a 26 anos apresentam valores mais elevados relativamente às dificuldades em agir de acordo com os objetivos comparativamente aos participantes com idades compreendidas até aos 25 anos. No estudo de Vaz, Martins e Martins (2008), através de 824 participantes com idades entre os 18 até aos 65 anos, concluíram que quanto maior a capacidade de repertório e diferenciação emocional, menor o uso da supressão emocional.

Em relação aos tipos de severidade (fraca, moderada e graves) na regulação emocional observam-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão estratégias, na dimensão não-aceitação, na dimensão impulsos, na dimensão objetivos e por fim, na dimensão clareza.

Quanto ao suporte social e afeto, pode-se afirmar que tem impacto na moderação quanto às consequências do ato violento nas vítimas (Barros & Freitas, 2015). Neste estudo, ambos os sexos apresentam diferenças estatisticamente significativas no suporte social. O sexo feminino apresenta suporte social percebido proveniente dos amigos e suporte social percebido no total superior ao dos homens, contudo os homens apresentam uma percepção de suporte social por outras pessoas significativas com níveis mais elevados comparativamente com as mulheres.

No entanto, a investigação de Buesa e Calvete (2013) realizado com mulheres vítimas, concluíram que 72.9% das vítimas indicam não ter apoio de uma pessoa significativa e 30% mencionam ter pouco apoio social por parte da família e amigos. A percepção das mulheres é que o apoio de uma pessoa significativa é o auxílio mais importante para bem-estar psicológico das mesmas (Buesa & Calvete, 2013).

Quanto a relação entre a idade e a percepção de suporte social, segundo os resultados estatísticos não existem diferenças significativas. Contrariamente, o segundo a pesquisa de Jiang, Drolet e Kim (2018), através de 158 participantes com idades entre os 18 e os 65 anos, os resultados indicam que, em geral, os jovens adultos beneficiam emocionalmente com o suporte explícito e implícito, enquanto os adultos mais velhos beneficiam emocionalmente de suporte implícito.

A relação face aos tipos de severidade (fraca, moderada e graves) e o suporte social, os resultados demonstram que existem diferenças significativas na dimensão família, na dimensão amigos, na dimensão outros e por último, na dimensão Suporte Social Total. O suporte social e afetivo não diminui a gravidade e a complexidade do ato violento presente

nas vítimas, porém, modera as consequências do mesmo (Barros & Freitas, 2015). A ligação entre o evento de stress e os outros aspetos de vida da pessoa (e.g. a nível laboral e a nível de relacionamentos) fazem parte de uma compreensão maior (Segerstrom & O'Connor, 2012), sendo que o fator protetor mais importante é o suporte social (Magalhães et. al., 2019).

O estudo de Khamis (2015) refere que a emoção está correlacionada positivamente a “comportamentos problemas”, neuroticismo e perturbação de stress pós-traumático, porém as estratégias de *coping* focadas no problema estão associadas negativamente ao neuroticismo e à sintomatologia de stress pós-traumático.

As intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental, após o trauma, são utilizadas de forma a projetar as emoções disfuncionais, comportamentos desadaptativos, processos cognitivos através de procedimentos sistemáticos explícitos e baseados por objetivos (Khamis, 2015). Esta terapia oferece a perceção e a consciencialização acerca das características psicológicas e a interpretação do evento considerado negativo no decorrer do processo terapêutico através de técnicas específicas, tais como, psicoeducação, exercícios de exposições, estratégias de regulação emocional, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento e autocontrolo, trabalhar na prevenção de recaída (Kristensen, Schaefer & Mello, 2011; Gomes, 2012; Shalev, Liberzon & Marmar, 2017). Contudo, o sucesso da resolução da problemática está relacionado com o suporte familiar, as alterações de comportamento por parte de cada individuo, bem como, as práticas de psicoeducação (Martins-Monteverde et. al., 2017).

Este estudo permitiu identificar a interação entre um evento traumático, as características individuais (estratégias de regulação emocional) e o impacto das relações interpessoais (suporte social). Estes fatores são aspetos a considerar visto que têm influência do paciente, desta forma é possível promover o conhecimento acerca desta temática.

Além do diagnóstico clínico e as características comuns da perturbação de stress pós-traumático, é importante considerar as particularidades do indivíduo e do terapeuta, as técnicas a utilizar e os processos relacionais que diligenciam a eficácia da intervenção psicológica. Este estudo contribui para a prática da psicologia clínica e orientar os profissionais acerca desta problemática. Sendo um tema perpetuamente atual, visto que existe permanentemente eventos de vida que possam se tornar traumáticos e, a maioria das vezes, os indivíduos não têm as ferramentas necessárias para lidar com trauma.

Conclusão

O estudo realizado permite concluir que o acontecimento traumático está relacionado diretamente com a sintomatologia de perturbação pós-traumática, a regulação emocional e o suporte social percebido. Sendo que os resultados vão de encontro com a literatura. Na sintomatologia de PSPT não existem diferenças significativas entre homens e mulheres e em relação à idade, o que vai contra os dados recolhidos no enquadramento teórico, o que se pode explicar devido ao número reduzido da amostra. Na regulação emocional, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo, porém, quanto à idade, os indivíduos mais jovens tendem a ter mais dificuldades em agir de acordo com os objetivos, ou seja, as pessoas mais velhas gerem de forma mais positiva as suas emoções. No suporte social, concluiu-se que o sexo feminino apresenta valores superiores na variável suporte social percebido proveniente dos amigos em comparação ao sexo masculino e os homens apresentam uma perceção de suporte social por outras pessoas significativas com níveis mais elevados. Contudo, na medida de suporte social total, as mulheres apresentam índices superiores em comparação aos homens.

No entanto, a investigação de Buesa e Calvete (2013) realizado com mulheres vítimas, concluíram que 72.9% das vítimas indicam não ter apoio de uma pessoa significativa e 30% mencionam ter pouco apoio social por parte da família e amigos. A perceção das mulheres é que o apoio de uma pessoa significativa é o auxílio mais importante para bem-estar psicológico das mesmas (Buesa & Calvete, 2013).

Quanto a relação entre a idade e a perceção de suporte social, segundo os resultados estatísticos não existem diferenças significativas. Contudo, pode-se afirmar que os objetivos definidos foram alcançados.

As limitações do estudo estão relacionadas à dimensão da amostra e a desproporção entre o número de indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino. Apesar das limitações, este

estudo é um importante contributo para a compreensão acerca desta temática, uma vez que o evento traumático está relacionado a várias áreas da vida do ser humano, por esse motivo, é essencial uma intervenção adequada às especificidades de cada caso.

Os estudos que abordam a temática do trauma e da sintomatologia de stress pós-traumático referem a TCC como a terapia mais adequada face aos sintomas apresentados. Porém, é fundamental compreender comportamentos e aspetos cognitivos associados à regulação das emoções e os padrões relacionais que auxiliam a determinar técnicas e métodos da TCC mais eficazes no controlo de sintomas psicopatológicos específicos. Assim, contribui para o conhecimento da área da psicologia clínica e o aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido pelos psicólogos.

O trabalho psicoterapêutico é essencial para a redução de sintomas PSPT, de ansiedade e/ou de depressão, como também, no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional e para preservar as relações sociais.

Adicionalmente, as sugestões para investigações futuras, considero que seria interessante analisar os traços de personalidade que influenciam diretamente na forma como o indivíduo enfrenta as situações de stress.

Referências

- Abdullah, S., Sipon, S., Nazli, N. N. N. N., & Puwasa, N. H. (2015). The relationship between stress and social support among flood victims. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, *19*, 59-64.
- Aguiar, J., Abreu, V., Matias, M., & Fontaine, A. M. (2017). Avaliação da experiência de estar em desemprego: pontos positivos e negativos. *Cad. Ed. Tec. Soc.*, *10*(1), 28-39.
- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M. P., Garrido, C. C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P., & Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de neuro-psiquiatria*, *48*(2), 114-122.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M. & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta médica portuguesa*, *16*, 309-320.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social Personality Psychology Compass*, *4*(2), 107-118.
- American Psychiatric Association (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quinta edição (DSM-V). Washington D.C.: APA.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, *3*(2), 273-294.
- Aydin, B., Akbas, S., Turla, A., & Dundar, C. (2016). Depression and post-traumatic stress disorder in child victims of sexual abuse: Perceived social support as a protection factor. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*, 418-423.
- Bachon, M. M., Peres, A. S., Belisário, V. L. & Carvalho, E. C. (1998). Estresse, ansiedade e coping: Uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática da enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, *2*(1), 33-39.

- Barros, A. S., & Freitas, M. F. (2015). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. *Pensando Famílias*, 19(2), 102-114.
- Benetti, S. P. C., Pizetta, A., Schwartz, C. B., Hass, R., & Melo, V. L. (2010). Problemas de saúde mental na adolescência: Características familiares, eventos traumáticos e violência. *Psico-USF*, 15(3), 321-332.
- Birrer, E., Michael, T., & Munsch, S. (2007). Intrusive images in PTSD and in traumatised and non-traumatised depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behaviour and Therapy*, 45, 2053-2065. doi:10.1016/j.brat.2007.03.005
- Boom, A. & Kuijpers, K. F. (2012). Victim's needs as basic human needs. *International Review of victimology*. 00(0), 1-25.
- Borges, E. A. A., & Santos, G. B. (2017). Violência doméstica: Uma questão cultural e gênero e a perspectiva da atuação do service social. *Revista da FAESF*, 1(1), 1-9.
- Borho, A., Georgiadou, E., Grimm, T., Morawa, E., Silbermann, A., Niblbeck, W., & Erim, Y. (2019). Professional and volunteer refugee aid workers-depressive symptoms and their predictors, experienced traumatic events, PTSD, burdens, engagement motivators and support needs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1-16.
- Braga, A. A. N. M., Daltro, M. R., & Danon, C. A. F. (2012). A escuta clínica: Um instrumento de intervenção do psicólogo em diferentes contextos. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 1(1), 87-100.
- Brito, S. (2008). A psicologia clínica: Procura de uma identidade. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca* 4(2) /5(1), 63-68.

- Brockman, R., Ciarroch, J., Parker, P., & Kashdan, T. (2017). Emotion regulation strategies in daily life: Mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive Behaviour Therapy, 46*(2), 91-113.
- Bruhn, M. & Lara, L. (2016). Rota crítica: A trajetória de uma mulher para romper o ciclo de violência doméstica. *Revista Polis e Psique, 6*(2), 70-86.
- Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 13*(1), 31-45.
- Caldeira, C. M. (2012). Programa de intervenção: Perturbação de stress pós-traumático. *Psicologia: O portal dos psicólogos, 1-47*.
- Cardoso, H. F. & Baptista, M. N. (2014). Escala de percepção do suporte social (versão adulta) – EPSUS – A: Estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF, 19*(3), 499-510.
- Caridade, S., Antunes, C., & Matos, M. (2015). Vitimização múltipla feminina: Histórias de vida, depressão e coping. *Psicologia em Estudo, 20*(3), 495-506.
- Carvalho, L. & Senra, L. X. (2014). Homem vítima de violência conjugal: Uma análise bibliométrica e sistemática. *Revista científica da faminas, 10*(2), 119-138.
- Carvalho, S., Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D. & Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da escala multidimensional de suporte social percebido. *Psychologica, 54*, 309-358.
- Casique, L. C. & Furegato, A. R. F. (2006). Violência contra mulheres: Reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14*(6).
- Cervantes, G. V., Schuelter-Trevisol, F., & Jornada, L. K. (2013). Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência. *Revista Brasileira Clínica Médica, 11*(2), 145-149.

- Chou, C., Marca, R., Steptoe, A., & Brewin, C. R. (2014). Biological responses to trauma and the development of intrusive memories: An analog study with the trauma film paradigm. *Biological Psychology, 103*, 135-143.
- Claro, P. C. & Mota, C. P. (2019). O papel da vinculação aos pais e da regulação emocional no investimento esquemático na aparência em jovens adultos. *Actualidades en Psicología, 33*(126), 97-116. DOI: 10.15517/ap.v.33i126.32497
- Cloitre, M., Miranda, K., Stovall-McClough, C. & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy, 36*(2), 119-124.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.
- Colossi, P. M. & Falcke, D. (2013). Gritos do silêncio: A violência psicológica no casal. *Psico, 44*(3), 310-318.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R. & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e a sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista Psiquiatria Clínica, 37*(4), 145-151.
- Covalciuc, S-A. (2019). Personal safety: Protection of the victim of crime. *International Journal of Juridicial Sciences, 2*, 25-32.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2010). Regulação emocional: A construção de um instrumento e resultados iniciais. *Psicologia em estudo, 15*(3), 537-545.
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva, 11*, 1163-1178.
- Dantas, H.S. & Andrade, A.G. (2008). Comorbidade entre transtorno de stress pós-traumático, abuso e dependência de álcool e drogas: Uma revisão de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*(1), 55-60.

- Dias, I. (2010). Violência doméstica e justiça: respostas e desafios. *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, 20, 245-262.
- Ehlers, A., Hackmann, A. Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. *Behaviour research and therapy*, 40, 995-1002.
- Ehring, T. & Quack, D. (2010). Emotion Regulation difficulties in Trauma Survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behaviour therapy*, 4 (41), 587-598.
- Elsesser, K., & Sartory, G. (2007). Memory performance and dysfunctional cognitions in recent trauma victims and patients with post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 464-474.
- Estrada, A. R. B., & Martínez, C. I. M. (2013). Psicología de las emociones positivas: Generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 19(1), 103-108.
- Fink, G. (2016). Stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: Lessons from anxiety. *Elsevier*, 1, 3-11.
- Fonseca, D. H., Ribeiro, C. G. & Leal, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 307-314.
- Freire, T. & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (5), 184-188.
- Freitas, D. F., Coimbra, S., Fontaine, A. M., & Marturano, E. M. (2017). Mecanismos de proteção perante a vitimização por pares e a discriminação. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 31(2), 25-46.
- García, A. J. Y. (2014). La violencia contra las mujeres: Conceptos y causas. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales*, 18, 147-159.

- Garnefski, N., Rood, Y., Roos, C., & Kraaij, V. (2017). Relationships between traumatic life events, cognitive emotion regulation strategies, and somatic complaints. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24, 144-151. DOI 10.1007/s10880-017-9494-y.
- Giacomoni, C. H., Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2016). Eventos de vida positivos e negativos em crianças. *Temas em Psicologia*, 24 (4), 1421-1435.
- Gomes, R. M. (2012). Mulheres vítimas de violência doméstica e transtorno de stress pós-traumático: Um enfoque cognitivo comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 4(2), 672-680.
- Gomes, R. M. S., & Pereira, A. M. S. (2008). Estratégias de coping em educadores de infância portuguesas. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 12(2), 319-326.
- Harry, J. (2020). Stress management and employee performance. *European Journal of Human Resource Management Studies*, 4(1), 57-71.
- Heir, T., Bonsaksen, T., Grimholt, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Lerdal, A., & Schou-Bredal, I. (2019). Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. *BJPsych Open*, 5(5), 1-7. Doi: 10.1192/bjo.2019.62
- Hinsberger, M., Sommer, J., Kaminer, D., Holtzhausen, L., Weierstall, R., Seedat, S., Madikane, S., & Elbert, T. (2016). Perpetuating the cycle of violence in South African low-income communities: attraction to violence in young men exposed to continuous threat. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 1-9.
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., Laneiro, T., Correia & Anunciação, C. (2017). A perturbação de stress pós-traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o coping. *Revista Psicologia*, 31(2), 313-319.

- Jiang, L., Drolet, A., & Kim, H. S. (2018). Age and social support seeking: Understanding the role of perceived social costs to others. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 44(7), 1104-1116. DOI 10.1177/0146167218760798
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30, 830-838.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.
- Khamis, V. (2015). Coping with war trauma and psychological distress among school-age Palestinian children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(1), 72-79.
- Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and social support. *The American psychologist*, 63(6), 518-526. DOI: 10.1037/0003-066x
- Krans, J., Näring, G., Becker, E. S., & Holmes, E. A. (2009). Intrusive Trauma Memory: a review and functional analysis. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 1076-1088. DOI: 10.1002/acp.1611
- Krans, J., Näring, G., Becker, E. S., & Holmes, E. A. (2009). Intrusive Trauma Memory: a review and functional analysis. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 1076-1088. DOI: 10.1002/acp.1611.
- Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Mello, P. G. (2011). Modelo cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático. In I. Andretta & M. S. Oliveira (1ªEd.). *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (Cap. 18, pp. 303-318). Brasil: Casapsi Livraria e Editora Ltda.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Organização Mundial de Saúde: Genebra.

- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29-52). New York: Oxford University Press.
DOI: 10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002
- Litz, B. (2014). Clinical heuristics and strategies for service members and veterans with war-related PTSD. *Psychoanalytic Psychology*, 31, 192-205.
- Lopes, A. P., Lemos, M. S., Henriques, M. R., Oliveira, A. F., & Mendes, R. (2019). Experiências traumáticas na doença crónica: Relatos de adolescentes com escoliose e diabetes. *Análise Psicológica*, 3(27), 327-340.
- Luczinski, G. F., & Ancona-Lopez, M. (2010). A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: O encontro na clínica. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 75-82.
- Machado, C. (2004). Intervenção psicológica com vítimas de crimes: Dilemas teóricos, técnicos e emocionais. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 399-411.
- Magalhães, M. F., Riggi, G., Amaro, R., & Pinto, S. V. (2019). Fatores protetores e de risco no desenvolvimento de perturbação de stress pós-traumático em crianças e adolescentes após exposição a catástrofes. Potenciais implicações clínicas, intervenções e estratégias de prevenção. In *Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente* (N. 10, pp. 137-140).
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação de pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 71–75.
- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2004). Children’s exposure to violence in the family and community. *Current directions in psychological science*, 13(4), 152-155.

- Martins, E., Rato, M., & Marques, E. (2017). Violência familiar: Conceitos, impacto e intervenção dos profissionais de saúde. *Egitania Scientia*, 11(21), 1-16.
- Martins-Monte Verde, C. M. S., Padovan, T., & Juruena, M. F. (2017). Transtornos relacionados a traumas e a estressores. *Medicina*, 50(4), 37-50.
- Mata, L., Peixoto, F., Morgado, J., Silva, J. C., & Monteiro, V. (2012). *12º Colóquio psicologia educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática – Actas (pp.1596-1610)*. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.
- Matos, M., Machado, A., Santos, A., & Machado, C. (2012). Intervenção em grupo com vítimas de violência doméstica: Uma revisão da sua eficácia. *Análise Psicológica*, 30(1-2), 79-91.
- Mattar, S., & Vogel, E. B. (2014). The quality of the evidence: Qualitative research in trauma psychology. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 363-375.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion Regulation. *American Psychological Association*, 20(1), 1-9.
- Mocaiber, I., Oliveira, L., Pereira, M. G., Machafo-Pinheiro, W., Ventura, P. R., Figueira, I. V. & Volchan, E. (2008). Neurobiologia da regulação emocional: Implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 531-538.
- Moniz, M. (2017). Perfil psicológico de uma amostra de homens vítimas de violência doméstica acolhidos na primeira Casa Abrigo Masculina em Portugal: Comparação com uma amostra de vítimas femininas. DOI: 10.13140/RG.2.2.15258.54727.
- Moreira, C. A., & Afonso, P. (2017). As alterações do sono na perturbação de stress pós-traumático. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*, 2(1), 7-14.

- Netto, L. A., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., Tyrrell, M. A. R., & Bravo, M. M. P. (2014). Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 458-464. DOI: 10.1590/1982-0194201400075.
- Nunes, C., Lemos, I., Nunes, L. A. & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, saúde & doenças*, 14(2), 313-320.
- Oliveira, A. P. G. & Cavalcanti, V. R. S. (2007). Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 17(1), 39-51.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3(12), 333-339.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3(14), 263-268.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M. & Machado, J. (2010). PTSD, psicopatologia e tipo de família em veteranos de guerra colonial portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Peres, J. F. P., Mercante, J. P. P. & Nasella, A. G. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista Psiquiatrica Rio de Janeiro*, 27(2), 131-138.
- Pinto, H. M., Carvalho, A. R., & Sá, E. N. (2014). Os estilos educativos parentais e a regulação emocional: Estratégias de regulação e elaboração emocional das crianças em idade escolar. *Análise Psicológica*, 4 (32), 387-400.
- Queirós, C. & Passos, F. (2018). A recuperação emocional e o apoio psicológico a sobreviventes. *Imprensa da Universidade de Coimbra*, 453-473.
- Rahat, E., & İlhan, T. (2016). Coping styles, social support, relational self-construal, and resilience in predicting students adjustment to university life. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 16, 187-208. DOI: 10.12738/estp.2016.1.0058

- Ramos, C. H., Servet, V. M., & Otón, J. P. C. (2014). El maltrato psicológico. Causas, consecuencias y criterios jurisprudenciales. El problema probatorio. *Aequitas*, 3(7), 27-53.
- Razera, J., & Falcke, D. (2014). Relacionamento conjugal e violência: sair é mais difícil que ficar?. *Aletheia*, (45), 156-167.
- Razera, J., Cenci, C. M. B., & Falcke, D. (2014). Violência doméstica e transgeracionalidade: um estudo de caso. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 47-51.
- Ribeiro, C. M. (2017). Intervenção psicológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista Brasileira de Psicologia*, 4(1), 44-51.
- Ribeiro, J. L. P. (2009). Coping: Estratégias de gestão de stresse. *Health & Wellness*, 28-29.
- Romero, D. H., Riggs, S. A., & Ruggero, C. (2015). Coping, family social support, and psychological symptoms among student veterans. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 242-252.
- Rudland, J. R., Golding, C., & Wilkinson, T. J. (2018). The stress paradox: How stress can be good for learning. *Medical Education*, 54(1), 40-45.
- Schultheisz, T. S. V., & Aprile, M. R. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1), 36-48.
- Segerstrom, S. C., & O'Connor, D. B. (2012). Stress, health and illness: Four challenges for the future. *Psychology and Health*, 27(2), 128-140.
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469.
- Shipherd, C. J. & Salters-Pedneault, K. (2008). Attention, memory, intrusive thoughts, and acceptance in PTSD: na update on the empirical literature for clinicians. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 349-363.

- Simonetti, J. P., & Ferreira, J. C. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem*, 42(1), 19-25.
- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 1(34), 47-59.
- Socci, V., Rossi, R., Talevi, D., Crescini, C., Tempesta, D., & Pacitti, F. (2020). Sleep, stress and trauma. *Journal of psychopathology*, 26, 92-98. DOI: 10.36148/2284-0249-375
- Souza, C. M., Vizzotto, M. M., & Gomes, M. B. (2018). Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 222-233.
- Sparrenberger, F., Santos, I., & Lima, R. C. (2004). Associação de eventos de vida Produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 249-258.
- Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *American Psychological Association*, 20(1), 115-119.
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 192-217). New York: Oxford University Press.
- Timm, F. B., Pereira, O. P., & Gontijo, D. C. (2011). Psicologia, Violência contra mulheres e feminismo: Em defesa de uma clínica política. *Psicologia Política*, 11(22), 247-259.
- Uchino, B. N., Carlisle, M., Birmingham, W., & Vaughn, A. A. (2011). Social Support and the reactivity hypothesis: Conceptual issues in examining the efficacy of received support during acute psychological stress. *Biological psychology*, 86(2), 137-142.
- Vaz, F. M., Martins, C., & Martins, E. C. (2008). Diferenciação emocional e regulação emocional em adultos portugueses. *Psicologia*, 22(2), 123-135.

- Woyciekoski, C., Natividade, J. C., & Hutz, C. S. (2014). As contribuições da personalidade e dos eventos de vida para o bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *30*(4), 401-409.
- Yin, Q., Wu, L., Yu, X., & Liu, W. (2019). Neuroticism predicts a long-term PTSD after earthquake trauma: The moderating effects of personality. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 1-10.
- Zimet, G. D., Dahlem, N., Zimet, S. & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 30-41.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Elkin, I., & Ryan, C. (1996). Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal Psychiatry*, *153*(8), 1021-1027.

Lista de Anexos

Anexo A – Consentimento informado

Anexo B – Questionário dos dados sociodemográficos

Anexo C – EDRE

Anexo D – PCL-C

Anexo E – MSPSS

Anexo A

Consentimento informado

Declaro que tomei conhecimento dos termos de consentimento informado e aceito participar nesta investigação. Sim.

Declaro que aceito que a informação fornecida seja armazenada e tratada de forma anónima para fins de investigação. Sim.

Anexo B

Questionário dos dados sociodemográficos

Sexo

Feminino

Masculino

Outro

Idade: _____

Distrito de Residência: _____

Habilitações literárias:

Sem habilitações literárias

1º Ciclo (1ºano até 4ºano)

2º Ciclo (5ºano até 6ºano)

3º Ciclo (7ºano até 9ºano)

Ensino secundário (10ºano até 12ºano)

Licenciatura

Mestrado

Doutorado

Ao longo da vida, passou por algum acontecimento de vida negativo?

Sim

Não

Se sim, qual o acontecimento: _____

Considera esse acontecimento de vida traumático?

Sim

Não

Em que altura da sua vida?

Infância

Adolescência

Atualmente

Outra: _____

Anexo C

EDRE – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Kim L. Gratz & Lizabeth Roemer, 2004

Department of Psychology

University of Massachusetts

Tradução e Adaptação da Versão Portuguesa

Joana Coutinho, Eugénia Ribeiro, Raquel Ferreirinha & Paulo Dias, 2010

Escola de Psicologia

Universidade do Minho

INSTRUÇÕES: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si colocando o número apropriado da escala abaixo indicada na linha anterior a cada item.

1	2	3	4	5
Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Metade das vezes (36-65%)	A maioria das vezes (66-99%)	Quase sempre (91-100%)

- 1) Percebo com clareza os meus sentimentos.
- 2) Presto atenção a como me sinto.
- 3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo.
- 4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.
- 5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.
- 6) Estou atento aos meus sentimentos.
- 7) Sei exatamente como me estou a sentir.
- 8) Interesso-me por aquilo que estou a sentir.
- 9) Estou confuso sobre como me sinto.
- 10) Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções.
- 11) Quando estou chateado, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.
- 12) Quando estou chateado, fico embaraçado por me sentir assim.
- 13) Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar tarefas.
- 14) Quando estou chateado, fico fora de controlo.
- 15) Quando estou chateado, penso que me vou sentir assim por muito tempo.
- 16) Quando estou chateado, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.
- 17) Quando estou chateado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.
- 18) Quando estou chateado, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.

1	2	3	4	5
Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Metade das vezes (36-65%)	A maioria das vezes (66-99%)	Quase sempre (91-100%)

- 19) Quando estou chateado, sinto-me fora de controlo.
- 20) Quando estou chateado, continuo a conseguir fazer as coisas.
- 21) Quando estou chateado, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.
- 22) Quando estou chateado, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.
- 23) Quando estou chateado, sinto que sou fraco.
- 24) Quando estou chateado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.
- 25) Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim.
- 26) Quando estou chateado, tenho dificuldades em concentrar-me.
- 27) Quando estou chateado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.
- 28) Quando estou chateado, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.
- 29) Quando estou chateado, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.
- 30) Quando estou chateado, começo a sentir-me muito mal comigo próprio.
- 31) Quando estou chateado, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.
- 32) Quando estou chateado, perco o controlo sobre os meus comportamentos.
- 33) Quando estou chateado, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.
- 34) Quando estou chateado, dedico algum tempo para perceber o que realmente estou a sentir.
- 35) Quando estou chateado, demoro muito tempo até me sentir melhor.
- 36) Quando estou chateado, as minhas emoções parecem avassaladoras.

Anexo D

PCL-C Questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático Versão Portuguesa da *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version*

Mantenha concentrada a sua atenção no acontecimento traumático que vivenciou. Por favor, leia cada frase que se segue e assinale em que medida ficou incomodado com essa situação, nos tempos seguintes/posteriores a esse acontecimento. Para tal assinale o que melhor corresponde à sua opinião para cada questão.

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes àquele acontecimento?					
2. Sonhos perturbadores e repetitivos referentes àquele acontecimento?					
3. Agir ou sentir-se subitamente como se aquele acontecimento estivesse a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver)?					
4. Sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra aquele acontecimento?					
5. Ter reações físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra aquele acontecimento?					
6. Evitar pensar ou falar sobre aquele acontecimento, evitar ter sentimentos relacionados com esse acontecimento traumático?					
7. Evitar atividades ou situações porque elas lhe relembram aquele acontecimento?					
8. Ter dificuldade em lembrar aspetos importantes daquele acontecimento?					
9. Perder o interesse por atividades de que antes costumava gostar?					
10. Sentir-se distante ou isolado(a) das outras pessoas?					
11. Sentir-se emocionalmente adormecido(a) ou incapaz de sentir afeto pelas pessoas que lhe são próximas?					
12. Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo?					
13. Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir?					
14. Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria?					
15. Ter dificuldade em concentrar-se?					
16. Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda?					
17. Sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente alarmado(a)?					

Anexo E

MSPSS

(Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988)
(Tradução e Adaptação: Carvalho, S., 2006)

Instruções: Estamos interessados em avaliar o que pensa em relação às afirmações seguintes. Leia cuidadosamente cada uma das afirmações. Utilizando a escala abaixo, indique como se sente acerca de cada uma delas assinalando o respectivo espaço com um **X**.

	Discorda completamente	Discorda fortemente	Discorda parcialmente	Não tem opinião	Concorda parcialmente	Concorda fortemente	Concorda completamente
	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7
1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.							
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.							
4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.							
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.							
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.							
7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.							
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família.							
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.							
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.							
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.							