



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

Associação entre Eventos Traumáticos, *Stress* Pós-Traumático, Perda de Recursos e Somatização.

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**

**Marta Sofia Ranhada Loureiro**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

NOVEMBRO 2022



CATOLICA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

Associação entre Eventos Traumáticos, *Stress* Pós-Traumático, Perda de Recursos e Somatização.

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**

**Marta Sofia Ranhada Loureiro**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**

## **Resumo**

Atualmente a definição de somatização tem sido alvo de muita controvérsia na comunidade científica, resultando por isso, numa variedade de termos e rótulos para a descrever. A definição mais consensual remete para a incapacidade do indivíduo gerir as próprias emoções e preocupações, que, conseqüentemente, se manifestam através de sintomas físicos. Neste sentido, são vários os estudos que relacionam a ocorrência de eventos traumáticos (ET) e perturbação do *stress* pós-traumático (PSPT) com a somatização. Para além disto, também a perda de recursos se encontra fortemente associada aos ET e PSPT, pelo que será incorporada no objetivo da presente investigação. Assim sendo, o presente estudo tem como propósito explorar a relação entre EPT, sintomatologia PSPT, perda de recursos e somatização, investigando a contribuição das variáveis supracitadas ao nível da somatização.

Adicionalmente, é considerado o objetivo de comparar vítimas de um EPT e vítimas de mais do que um EPT, ao nível da sintomatologia PSPT, da perda de recursos e somatização. Este é um estudo de *design* transversal, com 180 participantes utentes dos cuidados de saúde primários (CSP). Os instrumentos utilizados foram o Questionário socio demográfico; *Life Events Checklist*; o *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*; o questionário *The Conservation of Resources*; Inventário reduzido de sintomas somáticos. Os resultados permitiram constatar correlação positiva entre EPT e Somatização e, revelaram ainda, que sujeitos que passaram por EPT's de forma repetida estão mais vulneráveis à sintomatologia PSPT, PR (*stress* doméstico) e somatização, do que os sujeitos que experienciaram apenas um EPT. Os resultados do presente estudo poderão ser úteis para elaborar programas de promoção do bem estar dos utentes em CSP, considerando as dimensões mente e corpo como entidades distinguíveis, mas não separáveis.

**Palavras-chave:** Eventos traumáticos/ Potencialmente Traumáticos; sintomatologia Perturbação *Stress* Pós-Traumático; Perda de Recursos; Somatização; Cuidados de Saúde Primários.

## **Abstract**

Currently, somatization setting has been the subject of much controversy in the scientific community, which results in a variety of terms and labels to describe it. The one consensual definition refers to the inability of the individual to manage his own emotions and concerns, which, consequently, are manifested through physical symptoms. In this sense, there are many studies that relate the occurrence of traumatic events (TE) and posttraumatic stress disorder (PTSD) with somatization. In addition, the loss of resources is also strongly associated with ET and PSPT, so it will be incorporated into the objective of this investigation. Thus, the present study aims to explore the relationship between PTSD, PSPT symptomatology, loss of resources and somatization, investigating the contribution of these variables to the level of somatization. Additionally, the objective is to compare victims of a TE and victims of more than one TE, at the level of PSPT symptomatology, loss of resources and somatization. This study is a cross-sectional design study with 180 primary care (PC). The instruments used were the Questionário sociodemográfico; Life Events Checklist; the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; the Conservation of Resources questionnaire; Reduced inventory of somatic symptoms. The results showed a positive correlation between TE and Somatization and, also revealed, that subjects who have repeatedly undergone TE are more vulnerable to PSPT symptoms, loss resources (domestic stress) and somatization, than subjects who have experienced only one TE's. The results of the present study may be useful to develop programs to promote the well-being of users in CSP, considering the mind and body dimensions as distinguishable but not separable entities.

**Keywords:** Traumatic/ Potentially Traumatic Events; symptomatology Post Traumatic Stress Disorder; Loss of Resources; Somatization; Primary Care.

## **Siglas e Acrónimos**

COR- Conservation of Resources

COR- *The Conservation of Resources- Evaluation Questionnaire*

CSP- Cuidados de Saúde Primários

ET/ EPT- Eventos Traumáticos/ Eventos Potencialmente Traumáticos

LEC-5- *Life Events Checklist; o Posttraumatic Stress Disorder Checklist*

PCL-5 - *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*

PR- Perda de Recursos

PSPT- Perturbação do *Stress* Pós-Traumático

R-SOMS-2- Inventário Reduzido de Sintomas Somáticos

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences* versão 26

<b>Índice</b>	
<b>Agradecimentos</b> .....	9
<b>Introdução</b> .....	10
<b>Enquadramento Teórico</b> .....	11
<b>Somatização.</b> .....	11
<b>Eventos Traumáticos e Somatização.</b> .....	14
<b>Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático (PSPT) e Somatização.</b> .....	15
<b>Perda de Recursos.</b> .....	17
<b><i>Stress</i> Pós-traumático e Perda de Recursos.</b> .....	18
<b>Eventos Traumáticos, <i>Stress</i> Pós-Traumático, Perda de Recursos e Somatização.</b> .....	20
<b>Metodologia</b> .....	22
<b>Objetivos e Hipóteses</b> .....	22
<b>Desenho de Estudo</b> .....	22
<b>Amostra</b> .....	22
<b>Instrumentos de Avaliação</b> .....	23
<b>Questionário Sociodemográfico</b> .....	23
<b>Life Events Checklist (LEC 5)</b> .....	23
<b>Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)</b> .....	23
<b>The Conservation of Resources – <i>Evaluation Questionnaire</i> (COR-E)</b> .....	24
<b>Inventário reduzido de Sintomas Somáticos (R-SOMS- 2)</b> .....	24
<b>Procedimentos</b> .....	25
<b>Análise de dados</b> .....	25
<b>Resultados</b> .....	27
<b>Discussão dos Resultados</b> .....	36
<b>Limitações</b> .....	40
<b>Conclusão</b> .....	40
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	42
<b>Anexos</b> .....	51

## **Índice de Anexos**

**Anexo I:** Formulário de Consentimento Informado

**Anexo II:** Questionário Sociodemográfico

**Anexo III:** *Life Events Checklist (LEC)*

**Anexo IV:** *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*

**Anexo V:** Questionário da Conservação de Recursos

**Anexo VI:** Soms-2 Versão Reduzida

## **Índice de Tabelas**

**Tabela 1:** Caracterização das variáveis sócio demográficas

**Tabela 2:** Caracterização das variáveis Psicossociais

**Tabela 3:** Resultados do Teste U de Mann Whitney

**Tabela 4:** Resultados do Teste Spearman

**Tabela 5:** Resultados das análises da Regressão Linear Hierárquica

## **Agradecimentos**

Quero agradecer a todas as pessoas que tornaram este longo percurso possível. Especialmente, um muito obrigada aos meus pais, à minha tia Cristina, à Sandra, ao Rui e aos meus irmãos. Foram as pessoas que sempre estiveram presentes, ainda que de formas diferentes, na minha vida académica. Para além da minha família, quero deixar um especial obrigada aos meus amigos. À Rita e à Tânia, que foram duas pessoas incríveis que a universidade me deu e, que sei que vão permanecer por muito tempo na minha vida. À Isabel, ao David, à Mariana Solé, à Mariana Lages e ao Diogo que são os amigos que me acompanham desde cedo e com quem partilho bons momentos. Quero, também, agradecer à minha Orientadora Prof.<sup>a</sup> Eleonora Cunha Veiga Costa por todo o apoio prestado até ao momento. Por fim, quero agradecer a mim, por nunca ter deixado de acreditar que era possível, mesmo nos momentos mais difíceis.

Um sincero obrigada a todos!

## **Introdução**

Ao longo da literatura verifica-se que a somatização pode ser definida como a manifestação de sintomas físicos sem uma causa médica identificada (North, 2002). No entanto, este tipo de definição tem vindo a perder fiabilidade, tornando-se limitada na medida em que “*basear um diagnóstico na ausência de uma explicação médica é problemático e reforça o dualismo mente-corpo*”, não sendo sensato atribuir um diagnóstico mental a alguém, apenas por não lhe ser possível atribuir uma causa médica aos seus sintomas (DSM-5, 2014 pp. 370). Assim sendo, atualmente a somatização pode caracterizar-se por uma desregulação da própria perceção corporal, que se traduz na presença de sintomas físicos acompanhados de angústia (Henningsen et al., 2018).

Os sintomas somáticos são, frequentemente, associados a eventos traumáticos passados, o que por si só, constitui um dado importante sobre o papel da exposição ao trauma e ocorrência de somatização (Graham, 2019). Um evento traumático pode gerar um elevado grau de sofrimento psicológico que por sua vez se pode expressar em PSPT e somatização. Nesta ótica, os sintomas somáticos deveriam ser uma característica central da perturbação do *stress* pós-traumático, sendo pertinente estudar a relação entre estas duas variáveis. Por esta razão e dada a baixa eficácia no tratamento de PSPT, torna-se importante que os modelos explicativos de condicionamento do medo adjacentes abordem, também os sintomas somáticos, como fatores indispensáveis à perturbação PSPT (McFarlane & Graham, 2021).

Numa outra perspetiva e de acordo com a Teoria de Conservação de Recursos (Hobfoll, 1988), na eventualidade de existir perda severa e significativa de recursos pessoais, sociais e materiais, ou seja, perda de parte integral do *Self* do indivíduo, haverá também mais probabilidade de ocorrer PSPT (Hobfoll, 1988; 1991; 1998; 2001). Considerando a revisão da literatura realizada, não há conhecimento de nenhuma investigação que integre, em simultâneo, a perda de recursos e a somatização como variáveis em estudo, tornando-se, deste modo pertinente, explorar a relação entre as duas.

Posto isto, os objetivos da presente investigação centram-se na relação entre eventos traumáticos, sintomatologia PSPT, perda de recursos e somatização, investigando a contribuição das variáveis supracitadas ao nível da somatização. Adicionalmente, é considerado o objetivo de comparar vítimas de um evento potencialmente traumático e vítimas de mais do que um evento, ao nível da sintomatologia PSPT, da PR e somatização.

## **Enquadramento Teórico**

### **Somatização.**

Com base na literatura, a somatização tem vindo a ser alvo de múltiplas definições, existindo deste modo, muita controvérsia em torno deste conceito. A diversidade de fenómenos que lhe estão associados abarcam em si, um conjunto de sintomas que não podem ser explicados por motivos orgânicos de uma forma adequada, sendo esta uma das definições mais, frequentemente, encontrada. Apesar da pertinência clínica e da extensa revisão bibliográfica que existe acerca da somatização, a sua concetualização tem sido um trabalho complexo para a comunidade científica (De Gucht & Fischler, 2002).

Com o passar do tempo e tendo em conta a história da Antiguidade, é possível observar vários registos clínicos acerca dos sintomas somáticos e a diversidade de rótulos que lhes estão associados, tais como, “histeria”, “hipocondria” e “melancolia”, utilizados até finais do século XVIII (Lipowski, 1988). Para Freud, por exemplo, o sintoma físico era fruto de um trauma psíquico, que por sua vez se expressava através de diversos desejos libidinais ligados à situação traumática (Freud, 1917, citado por Gubb, 2010). Posteriormente, surgiu o conceito de “Somatização” no início do século XX, introduzido por Sketel, que definiu a mesma, como uma “conversão de estados emocionais em sintomas físicos”, derivada da neurose (Taylor, 2003). Em 1988, Lipowski, descreve a somatização como uma tendência para expressar ansiedade somática e, sintomas que não são explicados por evidências patológicas. Mais tarde, e com base na definição anterior, Mayou, (1993) sugere que este fenómeno poderia traduzir-se, em sintomas físicos medicamente inexplicados.

Outras concetualizações foram surgindo, como por exemplo a de Kirmayer e Robbins que apresentaram duas formas diferentes de definir Somatização, nomeadamente a “somatização de apresentação” e “somatização funcional”. A primeira referia que os sintomas somáticos eram fenómenos secundários do sofrimento psicológico, isto é, da perturbação psiquiátrica, como é o caso da depressão e ansiedade. A segunda caracteriza-se por fenómenos que não se encontram explicados medicamente nos vários sistemas fisiológicos (De Gucht & Fischler, 2002).

Tendo em conta a forma como a somatização se manifesta, Lipowski (1986), fez distinção entre a somatização transitória e a persistente. A somatização transitória ocorre no seguimento de um evento de vida adverso, no entanto, desaparece juntamente com a cessação da adversidade. Em contrapartida, a somatização persistente pressupõe um problema crónico.

Atualmente, ainda não há consenso, entre os psicoterapeutas, na utilização dos termos certos para o diagnóstico da somatização. Existem, assim, muitas possibilidades de o designar, como por exemplo, Perturbação de Sintomas Somáticos (SSD; *DSM-5*), Perturbações Somatoformes (*CID-10*) ou Perturbação do Sofrimento Corporal (*CID-11*). Esta diversidade de designações conduz a um problema não só no campo investigacional, mas também clínico. (Weigel, -et al., 2020). Para além disto, a literatura tem vindo a negligenciar a perspetiva dos psicoterapeutas sobre o tema, uma vez que continuam a ser utilizados vários termos e rótulos para descrever a perturbação, o que dificulta o processo de gestão da mesma (Weigel, -et al., 2020). Um exemplo disto, é a importância que é dada a conceitos como, “*falta de explicação médica*” para desvendar um diagnóstico, o que pode levar a uma perceção pejorativa e humilhante sobre os próprios sintomas, estando subentendido que estes são irreais (*DSM-5*, 2014, pp.370).

Posto isto, a Perturbação de Sintomas Somáticos, como designada no *DSM-5* (2014), reconhece a mente e o corpo como um todo e, abrange em si sintomas mais subjetivos, tais como dor e fadiga. Os sintomas somáticos podem prejudicar a vida diária do sujeito e, são complementados por pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos (Critério A) (APA, 2013). Estes poderão ser causados por diversos fatores, nomeadamente, sociais, psicológicos e físicos (Rief & Barsky, 2005). É de destacar, que pessoas com doenças físicas, como por exemplo o cancro, podem também experienciar estes fenómenos, mas com foco na sua doença, existindo, por isso, a possibilidade de apresentarem o quadro de Perturbação de Sintomas Somáticos (Tavel, 2015). A somatização é, então, o resultado de certos estímulos que provocam *stress*, isto é, estímulos predisponentes, que contribuem para a desadequação do indivíduo ao meio. Um caso prático que confirma esta condição, é o facto de 90% dos entrevistados numa amostra nacional Alemã, concordarem que o *stress* no trabalho constituiu-se como uma das principais causas da presença de sintomas somáticos (Knesebeck, et al., 2019).

Habitualmente, os sintomas expressam-se através de dificuldades gastrointestinais, musculoesqueléticas, respiratórias, cardíacas, neurológicas ou até mesmo, sintomas mais vagos como astenia e mal-estar generalizados (Tavares et al., 2010). Como na maioria das vezes não existe uma patologia orgânica estrutural definida, considera-se, então, que os sintomas são de origem funcional (Eikelboom et al., 2016).

Apesar da prevalência ainda não ser conhecida, segundo o DSM-5 (2014), é expectável que 5% a 7% da população adulta apresente o quadro de perturbação de sintomas somáticos. Contudo, mais recentemente, há conhecimento de uma única meta-análise que investigou a prevalência de sintomas somáticos na população e, verificou-se que 40%-49% das pessoas já tinham experienciado pelo menos um sintoma somático sem causa médica aparente (Haller, et al., 2015). Os fatores sociais, culturais e étnicos têm também, influência na manifestação do mal-estar psicológico e consequente somatização do indivíduo, exercendo assim, impacto no modo como as queixas físicas são apresentadas pelas pessoas (Barsky, 1989). De acordo com a literatura, nos países não ocidentais, existe mais prevalência de pessoas com problemas emocionais a relatar sintomas somáticos ao médico, do que nos países ocidentais. Apesar de não terem sido encontrados estudos atuais neste âmbito, é de destacar que esta diferença étnica poderá estar mais associada à prática de comportamentos de saúde, do que com a perceção dos próprios sintomas, isto é, existe uma diferença entre manifestar sintomas somáticos ou experienciá-los sem relatar os mesmos (Mumford, 1993).

No que toca ao género, segundo (Escobar, 1987; Barsky, 1989), o sexo feminino relata ter mais sintomas funcionais, comparativamente ao sexo masculino. Este fenómeno relaciona-se com variáveis culturais, eventos sociais e comorbilidades psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade. Neste sentido, os determinantes psicossociais, a história de abuso físico e sexual, o comportamento de saúde e a noção antiga da somatização como doença associada à histeria (que afetava apenas mulheres), poderá contribuir, culturalmente para esta diferença de género.

O modelo Biopsicossocial (Engels, 1977), explica que a perturbação de sintomas somáticos está associada à perpetuação de um ciclo que tem por base a interação entre os fatores somáticos (sintomas físicos), cognitivos (pensamentos), comportamentais, emocionais e sociais (meio envolvente). Nesta linha de raciocínio, sujeitos que apresentam um quadro de somatização, tendem a demonstrar níveis mais elevados de excitação fisiológica, sendo que não se adaptam tão bem a situações stressantes, em comparação a sujeitos que possuem mais controlo em lidar com o *stress*. Este fenómeno acontece devido à hipersensibilidade das sensações corporais e, das respetivas avaliações cognitivas negativas exclusivas de cada um (Rief, et al., 1998; Barsky, 1994; Rief, et., al., 1998).

### **Eventos Traumáticos e Somatização.**

De acordo com Levetown (2008), um evento traumático pode ser definido como uma experiência causadora de sofrimento físico, emocional e psicológico, entendido como uma ameaça ao discernimento acerca daquilo que é seguro e estável para o indivíduo. Os eventos variam entre si, podendo ser originados quer pela natureza quer pelo ser humano. Envolvem violação da integridade física/ mental e assinalam, deste modo, perdas permanentes e/ou temporárias (Janoff-Bulman, 1992; Van der Kolk, 2000). A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013) descreve os eventos traumáticos, como a exposição a um certo acontecimento, como por exemplo, ameaça de morte, lesão grave ou violação sexual em um ou mais contextos a seguir descritos. Ter contacto direto com o acontecimento traumático; Ser testemunha de um evento traumático que ocorreu com outras pessoas; Ter conhecimento de que a situação ocorreu com alguém próximo, como por exemplo, um familiar ou amigo; Exposição repetida ou radical a particularidades adversas do acontecimento.

Os eventos traumáticos tendem, assim, a acontecer com alguma prevalência na população, mais pormenorizadamente, 70.4% da população já sofreu um evento traumático ao longo da sua vida (Kessler et al., 2017). Posto isto, não é possível afirmar que existe apenas um perfil padrão de pessoas mais vulneráveis a eventos traumáticos, uma vez que estes se caracterizam como experiências universais e podem acontecer a qualquer um (Benjet, et al., 2016). Ainda assim, as mulheres encontram-se, particularmente, mais expostas a eventos em contextos interpessoais, tais como, agressões sexuais por parte do parceiro íntimo em comparação aos homens. Já no que concerne, por exemplo, à morte de um ente querido, os dois sexos têm aproximadamente a mesma probabilidade de a experienciar como um evento traumático (Benjet et al., 2016; Kessler et al., 2017). A violência interpessoal, como o abuso sexual e a violência por parte do parceiro íntimo, podem traduzir-se numa fonte de maior risco para a saúde mental, comparativamente, por exemplo, aos desastres naturais. Aliado a isto, os traumas experienciados em idade precoce, quando associados a figuras de ligação importantes, são, habitualmente, percebidos como gravemente danosos a longo prazo (Bacchus, et al., 2018; Robinaugh & McNally, 2011). A somatização pode decorrer, no seguimento deste tipo de eventos, frequentemente, considerados pelo ser humano, os mais stressantes e mais difíceis de lidar (Graham, 2019).

Depois de ocorrer, o evento pode alterar o modo como o sujeito vê a realidade de acordo com a natureza deste e, consoante as características pessoais. Quando não existe facilidade em exprimir as próprias emoções é muito frequente que estas se manifestem através de sintomas

físicos (OPP, 2018). Neste seguimento, existem vários fenómenos associados ao significado subjetivo de cada um, experiência de vida e personalidade, tendo em conta, os valores pessoais e a imagem que tem de si próprio (Peres et al., 2005). Assim sendo, o facto de existir a probabilidade de se experienciar um evento, designado como traumático, não significa que seja imperativo que este se desenvolva para um trauma psicológico, sendo antes, designado pela literatura, como um evento potencialmente traumático (Overstreet et al., 2016).

Atualmente existe uma associação positiva entre os eventos traumáticos e os sintomas somáticos. Porém, verifica-se escassez de estudos sistemáticos sobre a relação entre estes eventos, estritamente ligados à saúde e, conseqüente, presença de sintomas somáticos. Neste sentido, constatou-se que pessoas com a perturbação de sintomas somáticos possuíam um historial de eventos traumáticos relacionados com a saúde significativamente mais elevado, do que pessoas sem a perturbação. A título de exemplo, as infeções, as patologias relacionadas com traumas, as doenças de carácter não transmissível e ainda problemas relacionados com o sistema reprodutor (Reddy et al., 2019). Em termos de estatísticos, através de uma meta-análise, Afari et al. (2014), revelaram que indivíduos que passaram por eventos traumáticos tinham 2,7 vezes mais probabilidade de vir a desenvolver sintomas somáticos funcionais, independentemente do tipo de trauma que experienciassem.

### **Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) e Somatização.**

A Perturbação do Stress Pós-Traumático (PSPT) é a perturbação mais frequente, a seguir à exposição ao trauma. Apesar do conhecimento acerca da perturbação ter vindo a evoluir ao longo do tempo, a sua definição revela, ainda, alguma controvérsia na comunidade científica. Assim sendo, o DSM-5 e o ICD-11 explicam a PSPT de formas diferentes, verificando-se alguma incongruência, sobre se o conceito deve envolver um conjunto de manifestações psicológicas que aparecem após o trauma, ou, se deve focar-se mais nas memórias do trauma (Bryant, 2019).

De acordo com o DSM-5 (2014), a característica fundamental associada à perturbação é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos. Desta forma, o acontecimento pode ser vivenciado de várias maneiras, nomeadamente, através de lembranças recorrentes, sonhos perturbadores, reações dissociativas (*flashbacks*), mal-estar intenso e reações fisiológicas seguidas da exposição a estímulos interpretados como traumáticos. Os estímulos relacionados ao trauma são constantemente, ou quase sempre evitados, quer sejam em forma de pensamentos, memórias,

emoções ou até mesmo através da verbalização dos acontecimentos traumáticos. A PSPT é, habitualmente, caracterizada por um aumento da sensibilidade a eventuais ameaças e estímulos inesperados, como por exemplo a resposta de medo excessivo. Esta perturbação evolui com o tempo, isto é, numa fase mais aguda e após a experiência de trauma, os sintomas estão ligeiramente interligados entre si. À medida que o tempo vai passando, estes tornam-se cada vez mais coesos e associam-se a fenómenos já conhecidos pelo sujeito, podendo estes ser revividos e/ou evitados (Bryant et al., 2017).

Tendo em conta os tipos de trauma, é de destacar que o trauma interpessoal, em particular, violação, agressões sexuais, violência física e ser perseguido por alguém tende a constituir um dos riscos mais acrescidos para a origem de PSPT. Sendo a violência sexual responsável por 42,7% dos casos de pessoas com PSPT (Liu et al., 2017; Kessler et al., 2017). Por outro lado, a morte de um ente querido, apesar de ser um evento mais comum, foi reconhecido como menos preditivo de PSPT, comparativamente aos eventos interpessoais (Kessler et al., 2017).

Com o intuito de detetar precocemente a probabilidade de vir a desenvolver a perturbação Shalev et al., 2019, constataram que após o trauma existe um conjunto de fatores que contribuem 34% para o seu aparecimento. Entre eles, encontram-se presentes a pessoa em questão manifestar elevada sintomatologia logo após o trauma, ser do sexo feminino, apresentar história de trauma interpessoal e, qualificação académica inferior ao 12º ano. Assim sendo, a resposta subjetiva que é dada a seguir ao trauma é preditiva, tendo em conta as reações dissociativas agudas (Murray et al., 2002; Shalev, 1998) e as avaliações catastróficas realizadas pelo indivíduo (Dunmore et al., 2001, Wikman et al., 2011).

No que respeita ao género, o sexo feminino apresenta uma taxa de PSPT significativamente, mais elevada (39,0%) do que o sexo masculino (29,4 %), contudo é salientado que tanto nos homens como nas mulheres poderão ser dadas respostas igualmente severas aos diferentes tipos de trauma (Guina et al., 2016).

O modelo neurobiológico (Pitman et al., 2012), explica que logo a seguir ao trauma, existe uma libertação de hormonas do *stress* que estão associadas à experiência que é vivenciada pelo indivíduo. Este fenómeno é fruto da aprendizagem associativa entre as instruções presentes no momento de trauma e a resposta ao medo. Estas instruções levam o sujeito a prever ameaças futuras, conduzindo-o, assim, a reviver momentos internos ou externos de medo. Mudanças neuronais podem ocorrer em áreas envolvidas no condicionamento do

medo, tais como, amígdala, córtex pré-frontal e hipocampo. Várias investigações indicam que PSPT associa-se, assim, a um menor tamanho do hipocampo (Smith, 2005).

Apesar dos critérios de diagnóstico da PSPT centrarem-se mais nos sintomas comportamentais, são por norma, os sintomas somáticos como por exemplo, sensação de cansaço, fadiga ou dor, que levam os pacientes a procurar ajuda médica. Neste sentido, o elevado grau de relação que existe entre a perturbação e os sintomas somáticos, sustenta a observação de que estes últimos deveriam estar presentes nos critérios da PSPT (McFarlane & Graham, 2021). Na tentativa de perceber a associação entre a perturbação do *stress* pós traumático e a amplificação dos sintomas somáticos numa amostra de bombeiros australianos, verificou-se que, independentemente da idade dos bombeiros, a PSPT associa-se a um aumento significativo dos sintomas somáticos, quando comparada a bombeiros sem a perturbação, sendo os sintomas mais destacados de natureza neurológica, gastrointestinal e cardiovascular (Milligan-Saville et al., 2017).

### **Perda de Recursos.**

Os Recursos podem constituir vários fatores que têm significado para o sujeito, tais como, atributos pessoais (por exemplo, autoeficácia e otimismo), condições de vida (como por exemplo ter emprego), objetos (como, veículo pessoal e ferramentas para o trabalho) e recursos energéticos (por exemplo, adquirir conhecimento e dinheiro) (Hobfoll, 1991). A teoria da conservação dos recursos (COR, Hobfoll, 1989) postula que as pessoas, por norma, manifestam determinado esforço para obter, reter, promover e proteger as áreas que mais valorizam. Assim, segundo a teoria, quando há perda ou ameaça de recursos significativos para o indivíduo, haverá também, mais probabilidade de ocorrer *stress*. Para além disto, a incapacidade de conquistar novos recursos, mesmo depois de existir esforço por parte do indivíduo poderá, de igual modo, resultar em *stress* (Hobfoll et al., 2018).

Um dos fenómenos que diferencia o ser humano dos outros seres vivos é a capacidade que apresenta em criar ferramentas complexas que, auxiliam a sua sobrevivência. A linguagem, por exemplo, é uma das competências que nos ajuda a criar vínculo com os outros seres humanos. Tendo isto em linha de conta, os recursos pessoais, sociais e materiais, servem de reserva para sustentar necessidades futuras e, para além disto, geram nas pessoas e nas organizações, a sensação de que são capazes de ultrapassar obstáculos stressantes.

Considerando os recursos mais significativos para o indivíduo, encontram-se em particular, a saúde, o bem-estar, a família, a autoestima, bem como o propósito e significado da vida,

sendo a cultura o fator preditor na avaliação que é feita em cada uma destas áreas (Hobfoll, et al., 2018). Para além disto, Hobfoll (2011) sugere que os recursos não existem separados entre si, mas viajam antes, em “pacotes ou caravanas” e, tendem a resultar da nutrição, adaptação e aprendizagem constantes.

Deste modo, segundo um dos princípios da COR, nomeadamente, a primazia do princípio da perda, a perda de recursos tende a ter mais impacto nas pessoas, do que o seu ganho, em termos de magnitude (Hobfoll et al., 2018). Este conceito de perda trata-se de um fenómeno primário no ser humano, isto é, sendo as pessoas fruto da evolução, pequenas perdas poderão, muitas vezes, ser associadas a falhas de sobrevivência. Posto isto, indivíduos com menos recursos apresentam-se mais vulneráveis em relação à sua ausência e, sentem-se menos capazes para adquirir novas respostas, comparativamente aos outros (Hobfoll et al., 2018).

Numa investigação recente, realizada com mulheres grávidas, Costa et al., (2018), verificaram que existe um conjunto de fatores que se associam à perda de recursos, nomeadamente, a mulher ser mais jovem, possuir um rendimento anual baixo, apresentar humor depressivo, ter poucos relacionamentos íntimos e uma perceção reduzida de apoio social. Todavia, apesar das investigações serem ainda limitadas no que respeita ao género, o sexo feminino tende também, a apresentar uma atitude mais favorável, no que toca à utilização de recursos comunitários, após um evento stressante como por exemplo, procurar ajuda mental. Isto poderá ser explicado pela incorporação de vários papéis, nomeadamente, cuidadora, mãe, trabalhadora, dona de casa, o que conduz a uma maior busca por estratégias de enfrentamento (Troughakos et al., 2014).

Tendo em conta as investigações realizadas neste âmbito, e que seja do nosso conhecimento, não existe nenhuma que explore a associação entre a perda de recursos e a somatização, torna-se pertinente a realização de estudos futuros que abarquem estas duas variáveis.

### **Stress Pós-traumático e Perda de Recursos.**

Tendo por base a teoria da Conservação de Recursos (COR) e de acordo com o modelo de recurso de caravanas, a perda de recursos e a intensidade que lhe é atribuída, predizem melhor os sintomas de PSPT, do que propriamente, o grau de exposição, ou tipo de evento experienciado (Hobfoll et al., 2012). Neste contexto, a PSPT pode ocorrer quando existe perda severa, significativa ou permanente de recursos pessoais, sociais ou materiais, que por sua vez, constituem parte integral do *Self* para a sobrevivência do indivíduo bem como, estabelecimento das suas relações sociais (Hobfoll, 1988; 1991; 1998; 2001). Assim sendo, a

perda de recursos pode dividir-se em quatro grupos essenciais, nomeadamente, a segurança, o afeto, a esperança e a eficácia comunitária (Hobfoll et al., 2007). Tendo isto em linha de conta, a teoria COR postula que a resposta pós-traumática foca-se, sobretudo, no *Self* que, por sua vez, deve ser suportado por ambientes seguros e que sustentam a existência de esperança, eficácia, afeto e vínculo social (Hobfoll et al., 2018). Quando há ameaça ou perda de recursos significativos, existe uma profunda redução na agregação de recursos pessoais, sociais e materiais, uma vez que estes se encontram associados entre si (Shahar et al., 2013). Por outras palavras, a PSPT é prevista pelas perdas pessoais, sociais e materiais das pessoas, que por sua vez, são expostas a eventos traumáticos, conduzindo-as, a uma visão insegura de si próprias e, à sensação de ausência de um rumo protetor do Eu (Hobfoll et al., 2018). Um exemplo disto é a investigação de Costa et al., (2016), que evidenciou a perda de recursos como um fator que medeia a relação entre mulheres abusadas sexualmente e posterior sintomatologia de PSPT. Nesta linha de raciocínio, quanto maior fosse a perda de recursos, mais elevada seria a sintomatologia PSPT.

Dois meses após o acontecimento de 11 de Setembro, verificou-se que os indivíduos que perderam o emprego tinham mais probabilidade de vir a desenvolver PSPT, do que aqueles que testemunharam o ataque terrorista, ou até ter perdido um amigo (Galea et al. 2002). Apesar dos modelos explicativos, mais conhecidos da PSPT, não darem resposta a este tipo de acontecimento, a teoria COR, sugere que perder o emprego se traduz numa ameaça às capacidades básicas do indivíduo funcionar em processo de trauma, uma vez que não consegue realizar tarefas da rotina diária, como ir para o trabalho, o que dificulta a manifestação de resiliência. Segundo Hobfoll et al., (2018), o medo e o condicionamento emocional, são formas como os traumas são codificados na memória e, apresentam-se meramente como uma explicação parcial daquilo que é a resposta ao trauma (luta e fuga). Sugerem antes, que as ameaças à segurança do indivíduo, a longo prazo, são mais preditivas para a origem de PSPT, do que propriamente, o significado que é dado a um determinado evento traumático, num certo momento da vida.

A teoria da COR não descarta os modelos explicativos da PSPT, mas sugere que estes se encontram incompletos. Conceitos como “condicionamento do medo” e “memórias traumáticas” são, segundo este ponto de vista, limitados para explicar a resposta ao trauma (Hinton & Lewis -Fernandez, 2011; Hobfoll & de Jong, 2013), uma vez que esta é afetada pelo curso de vida do sujeito, envolvendo eventos que precederam a situação traumática e pós traumática (King et al., 1999; Vogt et al., 2011).

### **Eventos Traumáticos, *Stress* Pós-Traumático, Perda de Recursos e Somatização.**

O sofrimento mental que advém da exposição dos eventos traumáticos, na infância e na idade adulta, pode conduzir a um aumento de relatos de sintomas somáticos e outras formas de saúde afetadas (Jiao et al., 2015). Neste seguimento, segundo Milligan-Saville et al. (2017), 10% da variância dos sintomas somáticos é explicada por PSPT. Para além das consequências psicológicas e comportamentais da PSPT, a desregulação dos sistemas fisiológicos no indivíduo, potencia o surgimento de somatização (Yehuda et al., 2015). A PSPT tem sido, também, associada a uma menor qualidade de vida relativamente à saúde física, abarcando em si, dores músculo-esqueléticas, problemas cardiorrespiratórios e gastrointestinais, entre outras queixas físicas (Pacella et al., 2013).

Desta forma torna-se importante ressaltar que existem mecanismos dotados da capacidade parcial de mediar a relação entre a PSPT e os sintomas somáticos, nomeadamente, padrões de evitamento ativo e hiperexcitação (Morina et al., 2018). O facto da resposta de evitamento poder retrair o contacto social e emocional, promove também, um aumento da consciencialização e foco na própria perceção sensorial (Escalona et al., 2004). Por exemplo, Ho et al., (2021), observaram, sem estabelecer uma relação causal, que a sintomatologia de PSPT assume um papel mediador na associação entre o trauma na infância, especialmente, o abuso físico/sexual bem como, o abuso emocional/negligência e, sintomas somáticos presentes na idade adulta. Similarmente, Garnefski et al., (2017) constataram que as queixas somáticas tendem a ser relacionadas com eventos traumáticos passados, como perdas pessoais ou maus tratos. Para além disto, as cognições desadaptativas, a catastrofização e as memórias de eventos traumáticos não resolvidas, podem de igual modo, ser indicadores de somatização, sem uma causa médica orgânica clara (Garnefski et al., 2017).

De acordo com o modelo de “Moderated Mediation” (Avishai-Cohen & Zerach, 2020), a catastrofização é o principal fator que irá moderar o efeito indireto dos eventos potencialmente traumáticos, na quantidade de sintomas somáticos apresentados por um indivíduo com PSPT. Isto acontece, uma vez que a catastrofização é responsável pela perceção distorcida do estado de saúde e sintomas percebidos pelo sujeito.

Considerando que as investigações que relacionam as quatro variáveis do presente estudo, são bastante escassas e, no contexto português, que seja do nosso conhecimento, são inexistentes,

constitui-se muito importante explorar este tema em vítimas de eventos traumáticos, ao nível da sintomatologia PSPT, da perda de recursos e da somatização.

## **Metodologia**

Nesta parte do projeto irão ser brevemente identificados, os tópicos que a constituem. Posto isto, serão apresentados o desenho do estudo, o objetivo geral e objetivos específicos, as hipóteses, a caracterização da amostra, os instrumentos, os procedimentos de recolha e análise de dados e, por fim, os resultados e discussão dos mesmos.

## **Objetivos e Hipóteses**

Com base na revisão da literatura, este estudo pretende analisar variáveis sociodemográficas e psicossociais; explorar a relação entre eventos traumáticos, sintomatologia PSPT, perda de recursos e somatização, investigando a contribuição das variáveis supracitadas ao nível da somatização. Adicionalmente, é considerado o objetivo de comparar vítimas de um evento potencialmente traumático e vítimas de mais do que um evento stressante, ao nível da sintomatologia PSPT, da perda de recursos e somatização.

**H1-** Espera-se encontrar diferenças entre pessoas que relatam exposição a um evento potencialmente traumático/stressante versus pessoas que relatam ter experienciado eventos stressantes mais do que uma vez. Isto é, espera-se que pessoas com mais relatos de EPT apresentem maior sintomatologia PSPT, perda de recursos e somatização. **H2-** Espera-se que os EPT, sintomatologia PSPT e perda de recursos se relacionem positivamente com a somatização. **H3-** Espera-se que a idade, os EPT, a sintomatologia PSPT e a perda de recursos sejam preditores positivos de somatização.

## **Desenho de Estudo**

Quanto à sua natureza, este trata-se de um estudo quantitativo descritivo-correlacional e analítico, de carácter transversal. Assim sendo, permite analisar as relações entre as variáveis e descrever as mesmas com base nas diferentes perspetivas e experiências partilhadas pelos indivíduos (Fortin et al., 2009).

## **Amostra**

A amostra é constituída por 180 pessoas, com idades iguais ou superiores a 18 anos, maioritariamente do género feminino. Os dados foram recolhidos através do registo online.

Atendendo aos critérios de inclusão, estes envolvem ter idade igual ou superior a 18 anos, assim como, ser utente dos cuidados de saúde primários.

### **Instrumentos de Avaliação**

Os instrumentos aplicados terão como propósito, atender as necessidades e características do presente estudo. Neste seguimento, serão aplicados os seguintes instrumentos:

#### **Questionário Sociodemográfico (Loureiro & Costa, 2021)- QSD.**

Este instrumento foi criado com o objetivo de agregar dados sociodemográficos pertinentes, para a caracterização da amostra em estudo. Assim sendo, o QSD é constituído por 9 itens, nomeadamente, se pertence aos cuidados de saúde primários, a sua nacionalidade, o género e a idade, o estado civil, a escolaridade, a área de residência, a situação profissional e o rendimento anual bruto. As questões apresentam-se em formato misto, com resposta aberta e de escolha múltipla.

#### **Life Events Checklist (LEC 5) (Weathers et al., 2013)- Versão portuguesa de Ferreira et al., 2016)**

A LAV é um questionário de autorrelato constituído por 17 itens, que permite identificar os diferentes tipos de eventos traumáticos experienciados, podendo estes resultar potencialmente em PSPT, sendo que o último item refere-se a um outro tipo de evento stressante, que não se encontra presente entre os restantes. A resposta aos itens é dada conforme o tipo de exposição, indicando assim, a que melhor se adapta, “aconteceu-me”, “vi acontecer”, “soube que aconteceu” e “não se aplica” (Blevins et al., 2015). Para além disto, num segundo momento, o participante é convidado a selecionar o evento com mais teor traumático, descrevendo-o brevemente. Desta forma, quanto maior for a pontuação obtida pelo indivíduo, maior é a exposição a eventos traumáticos (Maia & Fernandes, 2000). Este instrumento é frequentemente utilizado, em articulação com o PCL-5, de modo a estabelecer o tipo de exposição ao evento, presente no critério A da PSPT. A LAV foi adaptada e traduzida à população portuguesa por Ferreira et al., (2016).

#### **Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Weathers et al., 2013)- Versão portuguesa de Carvalho et al., 2020.**

Este é um instrumento multidimensional de autorrelato, composto por 20 itens, que têm como objetivo avaliar a severidade dos 20 sintomas de PSPT presentes no último mês e/ ou medir de forma dicotômica a presença de um quadro de diagnóstico, segundo os critérios do *DSM-5*. Os itens são respondidos numa escala *Likert* de 5 pontos, onde 0 corresponde a Nada e 5 corresponde a Extremamente (Blevins et al., 2015; Weathers et al., 2013). Estes encontram-se divididos em quatro grupos de sintomas diferentes: intrusões, evitamento, alterações negativas na cognição e no humor e alterações significativas na ativação e reatividade (APA, 2013). O PCL-5 foi adaptado e traduzido à população portuguesa por Carvalho et al., (2020) e apresenta boas propriedades psicométricas, com uma consistência interna elevada ( $\alpha = .94$ ) (Carvalho et al., 2020).

**The Conservation of Resources – *Evaluation Questionnaire* (COR-E) (Hobfoll, 1998; Hobfoll & Lilly, 1993)- Versão portuguesa Costa e McIntyre (2002).**

O Questionário da Conservação de Recursos (COR-E) é um instrumento multidimensional e permite avaliar o grau de *stress* que as pessoas apresentam, devido à experiência da perda global de recursos, nos últimos 3 meses. É constituído por 40 itens, divididos em 6 subescalas (deterioração social, saúde, tempo, condição financeira, condições de habitação e de trabalho). Os itens são respondidos numa escala *Likert* de 3 pontos, onde 0 corresponde a “Nenhuma ameaça ou perda” e 2 corresponde a “Muita ameaça ou perda” (Hobfoll,1998; Hobfoll & Lilly, 1993). A COR-E foi adaptada e traduzida à população portuguesa por Costa e McIntyre (2002) e, apresenta boas propriedades psicométricas, com uma consistência interna elevada ( $\alpha = .90$ ) (Costa, 2006).

**Inventário reduzido de Sintomas Somáticos (R-SOMS- 2)- Versão portuguesa de Fabião et al., (2010).**

O R- SOMS-2 é um inventário unidimensional, constituído por 29 itens, constituindo-se como a versão reduzida do (SOMS-2). Tem como objetivo detetar a presença de sintomas somáticos, que não se encontram explicados por motivos orgânicos, bem como a presença da perturbação Somatoforme, no âmbito dos cuidados de saúde primários, nos últimos 2 anos. Estes sintomas estão inseridos nas classificações diagnósticas do DSM-IV e CID-10. Assim sendo, os itens são respondidos através de uma resposta afirmativa, na condição de as queixas somáticas não terem uma causa orgânica clara e, afetarem o bem-estar do sujeito. O R-SOMS-2 apresenta, ainda, um ponto de corte de 4 sintomas que remete para uma alta

especificidade e sensibilidade, principalmente, quando estão presentes perturbações depressivas e/ou de ansiedade. Para além disto, a consistência interna analisada pelo  $\alpha$  Cronbach foi de .83 (Fabião et al., 2010).

### **Procedimentos**

O presente estudo teve início com os pedidos de autorização de recolha de dados aos responsáveis pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, na unidade de cuidados de saúde primários do Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto. Na ausência de resposta e considerando o tempo previsto de demora, optou-se pela recolha de dados em registo *online*. Desta forma, os participantes que pretenderam fazer parte do estudo tiveram acesso ao questionário criado no *Google Forms*, através do *link* que foi partilhado nas redes sociais, bem como por pessoas conhecidas que auxiliaram na divulgação do mesmo. Em conjunto com o pedido de autorização, em que o participante aceita fazer parte da investigação, foi realizada uma breve descrição do estudo, sendo também, referidos os objetivos do mesmo, procedimentos de recolha e análise e divulgação dos dados. Para além disto foi dada a informação de que a participação é voluntária, anónima e confidencial, sendo que nenhuma identidade será revelada ou acedida. Neste sentido, foi, também, informado que seria possível a desistência da participação na investigação, sem qualquer consequência adjacente.

Por fim, para a análise dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (Versão 26 do SPSS).

### **Análise de dados**

Foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas e psicossociais. A média e o desvio-padrão foram utilizados para descrever variáveis contínuas, sendo que, as variáveis categóricas encontram-se descritas como frequências absolutas e relativas.

Depois de analisada a distribuição da amostra, procedeu-se à seleção da estatística não paramétrica ( $p < .05$ ). De acordo com a distribuição da amostra, para a primeira hipótese foram utilizados testes *U* de *Mann-Whitney*, para definir diferenças entre as vítimas de um evento potencialmente traumático e vítimas de mais do que um evento potencialmente traumático. Para a análise da relação das diferentes variáveis (eventos potencialmente traumáticos, sintomatologia de PSPT, perda de recursos e somatização), foram calculados coeficientes de relação de *r* de *Spearman*. Relativamente à terceira hipótese, será realizada uma análise de regressão linear hierárquica para avaliar o impacto dos eventos potencialmente

traumáticos, da sintomatologia PSPT e da perda de recursos na somatização. Os dados serão considerados significativos, se o valor de F para a mudança de R2 relacionado a cada modelo for significativo em  $p < .001$ .

## Resultados

### *Descrição da amostra*

A amostra foi constituída por 180 utentes dos CSP, de nacionalidade portuguesa, das quais 145 são do sexo feminino e 35 do sexo masculino. A maioria dos participantes deste estudo têm idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, ( $n=135$ , 75%). No que respeita ao estado civil e à escolaridade, a maioria dos participantes são solteiros ( $n=140$ , 77.8%) e têm o ensino superior ( $n=129$ , 71.7%). Relativamente à área de residência, a maioria reside num meio rural ( $n=129$ , 71.7%). Atendendo à situação profissional da maioria dos participantes do estudo, estes encontram-se empregados ( $n= 88$ , 48.9%) e o rendimento anual do agregado familiar situa-se, maioritariamente, entre o intervalo de 10.701 a 20.261 euros ( $n=57$ . 34.1%) (Tabela 1).

*Tabela 1. Caracterização das variáveis sócio demográficas*

Variável		Frequência	Percentagem
		<i>n</i>	%
Utente dos CSP	Sim	180	100.0
Nacionalidade	Portuguesa	180	100.0
Sexo	Masculino	35	19.4%
	Feminino	145	80.6%
Idade	Entre os 18 e os 30	135	75.0%
	Mais de 30	28	15.6%
	mais de 50	17	9.4%
Estado civil	Solteiro	140	77.8%
	União de Facto	16	8.9%
	Casado	14	7.8%
	Divorciado	9	5.0%
	Viúvo	1	.6%
Escolaridade	9º ano	4	2.2%

	12º ano	47	26.1%
	Ensino superior	129	71,7
Área de residência	Rural	129	71,7
	Urbano	100	55.6%
Situação Profissional	Empregado	88	48.9%
	Desempregado	12	6.7%
	Reformado	1	.6%
	Estudante	72	40.0%
	Trabalhador-estudante	7	3.9%
Rendimento Anual (Agregado Familiar)	Inferior a 7091	21	12.6%
	Entre 7091 e 10700	32	19.2%
	Entre 10701 e 20261	57	34.1%
	Entre 20262 e 25000	25	15.0%
	Entre 25001 e 36856	24	14.4%
	Entre 36857 e 80000	7	4.2%
	Mais 80000	1	.6%

### *Caracterização Psicossocial*

Atendendo aos participantes que consideraram nas respetivas respostas, a descrição do pior acontecimento da sua vida, a maior parte considerou a violência doméstica ( $n=40,32.5\%$ )

como o acontecimento mais stressante, sendo esta dimensão subdividida em quatro partes: violência/assédio sexual ( $n=20, 16.3\%$ ); violência do parceiro íntimo ( $n=9, 7.3\%$ ); violência por parte de um familiar ( $n= 8, 6.5\%$ ) e *bullying* ( $n=3, 2.4\%$ ). Adicionalmente, também é referida a morte de um familiar (e.g. perder um filho/ progenitores) ou amigo próximo ( $n=30, 24.4\%$ ), como o segundo acontecimento mais stressante. Dos participantes que vivenciaram acontecimentos stressantes, 70 (50.4%) experienciaram mais do que uma vez e 69 (49.6%) apenas uma vez. Dos que experienciaram mais do que uma vez, 44 (69.9%) vivenciaram entre duas a dez vezes e, 14 (22.2%) vivenciaram o acontecimento de forma recorrente ao longo do tempo. No que respeita à ocorrência do evento, a maioria dos participantes ( $n=58, 45\%$ ) afirma que o mesmo ocorreu há mais de dois e menos de dez anos. O acontecimento stressante foi vivenciado, nesta amostra, de forma direta pela maioria das pessoas ( $n=86, 62.8\%$ ) sendo que 51 (37%) vivenciaram a morte ou o ferimento grave de alguém em que as causas desta foram, na maioria, por motivos naturais (e.g. doenças). Quando questionados por violência sexual 23, (16.5%) afirmam já ter sofrido e 116 (83.5%) não. Por fim, 56 (40.6%) participantes, revelam que o acontecimento stressante envolveu risco de vida, sem ser do próprio (Tabela 2).

Variável		Frequência	Percentagem
		<i>n</i>	%
Pior experiência stressante considerada	Morte de um familiar ou amigo	30	24.4%
	Violência do parceiro íntimo	9	7.3%
	Violência por parte de um familiar	8	6.5%
	Acidente de Viação	14	11.4%
	Acidente causas naturais (Incêndios, Inundações)	5	4.1%
	Violência/ Assédio sexual	20	16.3%
	Doença do próprio ou de outrem	14	11.4%
	Perseguição/ Agressão/Vítima de furto	10	8.1%
	Assistir à morte ou a tentativas de suicídio de alguém	10	8.1%
	Ter sofrido de Bullying	3	2.4%

Exposição a acontecimentos stressantes	Apenas uma vez	69	49.6%
	Mais do que uma vez	70	50.4%
Estimativa de vezes que aconteceu	Entre duas a dez vezes	44	69.9%
	Acontecimento que já foi ou é recorrente ao longo do tempo	14	22.2%
	Mais de vinte vezes	5	.08%
Ocorrência do evento	Há mais de 2 e menos de 10 anos	58	45%
	Há mais de 10 anos	47	36.4%
	Há menos de 1 ano/ há 1 ano	23	17.9%
Modo como vivenciou a situação	Aconteceu-me diretamente	86	62.8%
	Vi acontecer	32	23.4%
	Soube que aconteceu a um familiar ou amigo próximo	15	10.9%
	Fui exposto de forma recorrente ao acontecimento por parte do meu trabalho	2	1.5%
	Ia a passar de carro no local de acidente	2	1.5%
Risco de vida	Sim, eu	27	19.6%
	Sim, outra pessoa	56	40.6%
	Não	55	39.9%
Morte/gravemente ferido	Sim, eu fiquei gravemente ferido	10	7.2%
	Sim, outra pessoa ficou gravemente ferida ou morreu	51	37.0%
	Não	77	55.8%

Violência sexual	Sim	23	16.5%
	Não	116	83.5%
Se morte de alguém próximo	Acidente ou violência	19	14.7%
	Causas naturais	25	19.4%
	Não aplicável	85	65.9%

*Diferenças entre pessoas que relatam exposição a mais do que um Evento Potencialmente Traumático versus pessoas que relatam ter experienciado apenas um.*

Depois de realizado o teste *U* de *Mann Whitney*, para avaliar as diferenças existentes entre participantes que relataram a exposição a um determinado evento traumático versus os que relataram exposição a mais do que um EPT, ao nível dos sintomas de PSPT, perda de recursos e somatização, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos nas variáveis sintomas PSPT total ( $U= 1946.500$ ;  $p=.048$ ), assim como na subescala- *alterações significativas na ativação e reatividade* ( $U= 1848.500$ ;  $p=.017$ ). Os resultados indicam que, as pessoas que relataram mais do que um EPT também reportam maior sintomatologia PSPT total ( $M=23.21$ ,  $DP=21.05$ ), especialmente na dimensão da ativação e reatividade ( $M=6.73$ ,  $DP=6.45$ ), comparativamente às pessoas que o vivenciaram apenas uma vez. Não obstante, é possível denotar que a subescala- *Stress nas condições domésticas*- da escala Perda de Recursos revela também diferenças estatisticamente significativas ( $U= 1960.500$ ;  $p=.045$ ), o que significa que os participantes que vivenciaram mais que um evento traumático stressante, apresentam maior perda de condições domésticas ( $M=2.15$ ,  $DP=3.14$ ).

Em suma, ainda que as diferenças não se evidenciem como estatisticamente significativas, de um modo geral a tabela sugere valores mais elevados nas pessoas que se encontram expostas ao evento traumático mais do que uma vez, em comparação àquelas que o experienciam apenas uma vez, ao nível da sintomatologia PSPT, presença de perda de recursos e somatização. (Tabela 3).

*Tabela 3. Resultados do Teste U de Mann Whitney*

	Exposição ao EPT (Apenas uma vez) (n= 69) Ordem Média	Exposição EPT (Mais do que uma vez) (n=70) Ordem Média	Significância estatística	
			<i>U</i>	<i>p</i>
PSPT	63.21	76.69	1946.500	.048*
Intrusões	64.20	75.71	2015.000	.091
Evitamento	65.13	74.80	2079.000	.152
Alterações	63.83	76.09	1989.000	.072
negativas na cognição e no humor				
Alterações	61.79	78,09	1848.500	.017*
significativas na ativação e reatividade				
Perda de Recursos	64.63	75.29	2044.500	.118
<i>Stress</i> social	66.64	73.31	2183.000	.318
<i>Stress</i> na saúde	65.09	74.84	2076.000	.136
<i>Stress</i> no tempo	67.92	72.05	2271.500	.531
<i>Stress</i> nas	63.41	76.49	1960.500	.045*
condições domésticas				
<i>Stress</i> financeiro	64.82	75.11	2057.500	.126
<i>Stress</i> no trabalho	68.10	71.87	2284.000	.550
Somatização	68.33	71.64	2300.000	.626

*Relação entre Eventos Potencialmente Traumáticos, sintomatologia PSPT, Perda de Recursos e Somatização.*

Através da Tabela 4 é possível verificar que as correlações realizadas para o total da amostra (n= 180) denotam uma relação positiva baixa entre os Eventos Potencialmente Traumáticos e a Somatização ( $r_s = .242$ ;  $p < .05$ ). Por outro lado, verifica-se uma relação negativa baixa entre PSPT e Somatização ( $r_s = -.365$ ;  $p < .05$ ), assim como nas subescalas inerentes: intrusões; evitamento; alterações negativas na cognição e no humor; alterações significativas na ativação e reatividade ( $r_s = -.337$ ,  $p < .05$ ;  $r_s = -.348$ ,  $p < .05$ ;  $r_s = -.339$ ,  $p < .05$ ;  $r_s = -.363$ ,  $p < .05$ ). Verificou-se também correlação negativa baixa entre a Perda de Recursos e a Somatização ( $r_s = -.331$ ;  $p < .05$ ), e nas respetivas subescalas envolvidas: *stress* social; *stress* na saúde; *stress* no tempo; *stress* nas condições domésticas; *stress* financeiro; *stress* no trabalho ( $r_s = -.299$ ,  $p < .05$ ;  $r_s = -.244$ ,  $p < .05$ ;  $r_s = -.310$ ,  $p < .05$ ;  $r_s = -.325$ ,  $p < .05$ ;  $r_s = -.278$ ,  $p < .05$ ;  $r_s = -.230$ ,  $p < .05$ ). De salientar, que todas as dimensões apresentam uma relação estatisticamente significativa com a somatização ( $p < .05$ ).

Tabela 4. *Resultados do Teste Spearman*

Somatização			
	N	Sig.	$r_s$
Eventos Potencialmente Traumáticos	180	.001**	.242
PSPT	180	<.001**	-.365
Intrusões	180	<.001**	-.337
Evitamento	180	<.001**	-.348
Alterações negativas na cognição e humor	180	<.001**	-.339
Alterações significativas na ativação e reatividade	180	<.001**	-.363
Perda de Recursos	180	<.001**	-.331
<i>Stress</i> Social	180	<.001**	-.299

<i>Stress Saúde</i>	180	<.001**	-.244
<i>Stress Tempo</i>	180	<.001**	-.310
<i>Stress Condições Domésticas</i>	180	<.001**	-.325
<i>Stress Financeiro</i>	180	<.001**	-.278
<i>Stress no Trabalho</i>	180	<.001**	-.230

*Impacto dos Eventos Potencialmente Traumáticos, da sintomatologia PSPT e da perda de Recursos na Somatização.*

As análises da regressão linear hierárquica foram realizadas utilizando o total da amostra. Para presença de somatização, o modelo 1, envolve uma covariável como preditora (Idade), explicou 0.3% da variância e não foi significativo ( $F(1.178) = .566, p > .001$ ). O modelo 2, ao qual foi adicionada a variável, Eventos Potencialmente Traumáticos, explicou uma variância adicional de 2.5%, após controlar a variável anterior, não sendo também significativo ( $R^2$  change = .017,  $F$ change (2.177) = 2.530,  $p > .001$ ). O modelo 3, ao qual foram adicionadas as variáveis, Intrusões, Evitamento, Alterações negativas na cognição e no humor e Alterações significativas na ativação e reatividade, explicou uma variância adicional de 8.7 %, não sendo de igual modo significativo ( $R^2$  change = .080,  $F$ change (6.173) = 3.582,  $p > .001$ ). O modelo 4, ao qual foram adicionadas as variáveis, *stress* social; *stress* na saúde; *stress* no tempo; *stress* nas condições domésticas; *stress* financeiro; *stress* no trabalho, explicou uma variância adicional de 3.9 %, não sendo de igual modo significativo ( $R^2$  change = .088,  $F$ change (13.66) = 2.329,  $p > .001$ ). Deste modo, o modelo permite explicar uma variância total de 15.4%, sendo que nenhuma das dimensões se encontra associada de modo significativo com a somatização (Tabela 5).

*Tabela 5. Resultados das análises da Regressão Linear Hierárquica*

	Somatização			
	<i>B</i>	<i>DP</i>	$\beta$	<i>t</i>
Modelo 1				

Constante	50.150	1.408		
Idade	-.711	.945	-.056	-.752
<i>F</i>	(1.178) = .566			
<i>R</i> <sup>2</sup>	.003			
Modelo 2				
Constante	45.371	2.653		
Idade	-.445	.944	-.035	-.472
Eventos Potencialmente Traumáticos	.062	.029	.158	2.17
<i>F</i> change	(2.177) = 2.530			
<i>R</i> <sup>2</sup>	.028			
$\Delta R^2$	.017			
Modelo 3				
Constante	51.446	2.988		
Idade	-.951	.923	-.075	-1.031
Eventos Potencialmente Traumáticos	.025	.030	.065	.847
Intrusões	-.163	.199	-.113	-.821
Evitamento	-.015	.159	-.015	-.096
Alterações negativas na cognição e no humor;	-.328	.398	-.108	-.823
Alterações significativas na ativação e reatividade	-.116	.202	-.092	-.574
<i>F</i> change	(6.173) = 3.582			
<i>R</i> <sup>2</sup>	.111			
$\Delta R^2$	.080			
Modelo 4				
Constante	52.137	3.164		
Idade				
Eventos Potencialmente Traumáticos	-1.261	.943	-.100	-1.337
Intrusões	.026	.031	.067	.854
Evitamento	-.151	.200	-.104	-.755
Alterações negativas na cognição e no humor;	-.052	.168	-.050	-.307

Alterações significativas na ativação e reatividade	-0.113	.411	-.037	-.275
<i>Stress Social</i>	-.314	1.543	-.136	-.204
<i>Stress Saúde</i>	.791	1.456	.182	.543
<i>Stress Tempo</i>	-.789	1.433	-.191	-.550
<i>Stress Doméstico</i>	-.874	1.397	-.338	-.626
<i>Stress no trabalho</i>	-.271	1.369	-.169	-.198
<i>Stress financeiro</i>	-.482	1.383	-.166	-.348
<i>Fchange</i>	(13.66)= 2.329			
<i>R<sup>2</sup></i>	.154			
<i>ΔR<sup>2</sup></i>	.088			

---

### Discussão dos Resultados

O propósito desta investigação consiste em analisar variáveis sociodemográficas e psicossociais, assim como, explorar a relação entre EPT, sintomatologia PSPT, perda de recursos e somatização, investigando a contribuição das variáveis supracitadas ao nível da somatização. Adicionalmente, é considerado o objetivo de comparar vítimas de um EPT e vítimas de mais do que um EPT, ao nível da sintomatologia PSPT, da perda de recursos e somatização.

Os participantes deste estudo são, maioritariamente, constituídos por mulheres jovens, com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos. Este dado pode sugerir informação relevante, na medida em que os participantes revelam que um dos piores eventos stressantes experienciados ao longo da vida são a violência sexual (16.5%) e violência psicológica/física, por parte de um familiar ou parceiro íntimo (13.8%). Por conseguinte, de acordo com o Relatório Anual de Segurança Interna (2018), 75% das vítimas de violência doméstica em Portugal são do sexo feminino, sendo este crime um dos cinco crimes mais prevalentes a nível nacional. Manifesta-se elucidativo para a desigualdade de género, no sentido em que a mulher é mantida numa posição de subordinação em relação ao homem (Duarte et. al, 2019). Posto isto, as mulheres encontram-se por norma mais expostas à violência interpessoal, como por exemplo, violência sexual (Benjet et al., 2016; Kessler et al., 2017). O segundo acontecimento considerado como mais stressante pelos participantes que remete para a morte de um familiar ou amigo próximo vai de encontro aos eventos traumáticos mais referidos pelas pessoas noutros estudos (Benjet et al. 2016; Kessler et al. 2017).

De acordo com a primeira hipótese formulada; espera-se que pessoas com mais relatos de EPT apresentem maior sintomatologia PSPT, perda de recursos e somatização comparativamente às pessoas que experienciaram apenas um EPT, esta pode ser confirmada através dos resultados do presente estudo. Foram encontradas diferenças na sintomatologia PSPT, perda de recursos (mais especificamente nas condições domésticas) e na Somatização entre pessoas que experienciaram mais do que um evento stressante face às que apenas experienciaram um EPT. De forma a tornar mais acessível a compreensão desta hipótese, a análise dos resultados será desconstruída em três partes distintas: diferenças entre pessoas que relataram um EPT versus pessoas que vivenciaram mais do que um EPT: na sintomatologia PSPT; na perda de recursos (condições domésticas); na somatização. Nesta linha de raciocínio, as pessoas que relataram, neste estudo, mais do que um evento potencialmente traumático, apresentam maior sintomatologia PSPT, o que vai de encontro ao documento “*Situações traumáticas e como lidar com elas*” (Ordem dos Psicólogos, 2022), que salvaguarda a noção de que quando vivenciamos mais do que uma experiência traumática, as consequências dos vários eventos podem acumular-se num processo psicológico mais complexo. Isto é, indivíduos que se encontram expostos a situações traumáticas de forma repetida podem desenvolver PSPT. No estudo de (Pérez et al., 2020), constatou-se que existe um acentuado potencial de sintomatologia PSPT nas pessoas, (adultos ou crianças) que vivenciam, de forma repetida, eventos traumáticos, especialmente, quando associados a relações interpessoais disfuncionais, como por exemplo, a violência familiar entre progenitores/ cuidadores e filhos.

Quanto à perda de recursos, nomeadamente das condições domésticas nos participantes que vivenciaram mais do que um EPT, este dado pode ser confirmado através da teoria da conservação de recursos (Hobfoll, 2010). Segundo esta, o que antecede e precede o evento traumático é determinante para qualquer desfecho. Isto é, a condição stressante em que um indivíduo se encontra consiste numa compilação de situações sequenciais. As pessoas que são expostas a eventos traumáticos encontram-se mais fragilizadas e, por isso mais vulneráveis à perda de recursos e vice-versa. Quando os recursos disponíveis são reduzidos há uma maior limitação da reação ao evento que se segue, ou seja, existe uma tendência para o desencadeamento de posteriores acontecimentos stressantes (Hobfoll, et al., 2018; Hobfoll, 1998; Hobfoll, 2010). Um exemplo prático disto, é o estudo de Costa et al., (2016), que constatou a perda de recursos como um fator que medeia a relação positiva entre o evento traumático, mulheres abusadas sexualmente, e posterior sintomatologia de PSPT. Atendendo

ainda ao facto do recurso mais afetado nesta amostra, ser relativo às condições domésticas, este pode ser derivado da faixa etária em que os participantes se encontram, uma vez que se trata de uma faixa etária jovem, em início de vida, onde existe maior instabilidade financeira para assegurar condições domésticas, como por exemplo, ter casa própria. Por outro lado, também poderá ser explicado pela diferenciação cultural patriarcal de papéis entre homem e mulher, dado que as tarefas domésticas estão mais associadas às mulheres do que aos homens (Magalhães et. al, 2016).

Tendo por base a terceira parcela da hipótese em que se espera que as pessoas que vivenciaram mais do que um evento traumático, apresentem maior sintomatologia de somatização comparativamente a quem vivenciou apenas um, é possível verificar que os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas e, por isso esta não pode ser confirmada. No entanto, os resultados sugerem que o grupo de pessoas que partilham mais eventos stressantes relataram maior somatização comparativamente às que vivenciaram o evento traumático apenas uma vez. Isto vai de encontro ao estudo de Garnefski et al. (2017), que demonstrou que o número de eventos traumáticos se relaciona positivamente com o aparecimento de queixas somáticas.

Relativamente aos resultados das restantes duas hipóteses (correlação e associação) do estudo, estes serão discutidos em simultâneo, visto que as características da investigação podem contribuir para a explicação comum explicativos de ambas, à exceção da parcela da primeira hipótese que se trata de uma correlação positiva entre os eventos potencialmente traumáticos e Somatização. Assim sendo, de acordo com Garnefski et al. (2017), os eventos negativos de vida como por exemplo, sofrer de maus-tratos ou perder um ente querido, correlacionam-se positivamente com presença de queixas somáticas. Este estudo vai de encontro ao resultado da presente investigação, o qual permitiu verificar uma correlação positiva entre os eventos stressantes e a somatização, sendo que entre outros eventos, a maioria das vítimas relatou como pior acontecimento, vários tipos de violência ou morte de ente-querido.

Ao contrário daquilo que a literatura sugere e daquilo que seria esperado nesta investigação, obtiveram-se correlações negativas estatisticamente significativas na relação entre as variáveis PSPT e Perda de Recursos com a Somatização. Isto é, por outras palavras, participantes que apresentem menos sintomatologia PSPT e menor perda de recursos, manifestam mais sintomas somáticos. O presente dado pode dever-se a vários motivos a seguir descritos.

Em primeiro lugar, os participantes deste estudo responderam positivamente à primeira questão da investigação relativamente a constituírem-se utentes dos CSP, no entanto, apesar de afirmativa a resposta, não há informação suficiente acerca dos seus hábitos de saúde e respetivas causas médicas orgânicas para os sintomas que apresentam no questionário relativo à somatização (R-Soms-2). Outra possível justificação, relaciona-se com os sintomas somáticos apresentados, pelos participantes, estes funcionam como resposta subjetiva àquilo que consideram que afete o próprio bem-estar, podendo existir influência do estado de espírito em que se encontram, no momento em que preencheram o questionário. Para além disto, os participantes que não são vítimas de eventos traumáticos ou sintomatologia PSPT e perda de recursos, podem, de igual forma, apresentar queixas somáticas, na medida em que não é imperativo manifestar um quadro clínico para apresentar este tipo de queixas. Por exemplo, no estudo de Knesebeck, et al., (2019), constatou-se que 90% das pessoas concordaram que o *stress* no trabalho constitui uma das principais causas da presença de sintomas somáticos. Também surge como possível explicação, o elevado número de questões às quais os participantes tinham de responder e sendo o instrumento da somatização o último do questionário a ser respondido, haver maior probabilidade de algumas destas respostas terem sido dadas ao acaso.

Por fim, a última hipótese de associação também não é confirmada; Espera-se que a idade, os EPT, a sintomatologia PSPT e a perda de recursos sejam preditores positivos de somatização. Para além dos motivos acima descritos é importante referir que existem outras dimensões que não são analisadas nem conhecidas neste estudo, que podem ter impacto na presença de somatização como, por exemplo, o tipo de estratégias utilizadas pelos participantes de regulação cognitiva, nomeadamente, a ruminação, a catastrofização e auto-culpabilização. Assim sendo, há estudos que revelam que pessoas que recorrem a este tipo de estratégias, apresentam maior probabilidade de apresentar somatização em relação às pessoas que utilizam estratégias mais adaptativas (Garnefski et al., 2017). Por fim, atendendo ainda ao facto da idade avançada se constituir um fator de risco para a presença de sintomas somáticos (DSM 5, 2014), na presente amostra a maioria dos participantes apresenta idades compreendidas entre 18 e os 30 anos (75%) e, por isso, neste estudo existe maior prevalência de sintomas somáticos nesta faixa etária.

## **Limitações**

A presente investigação apresenta algumas limitações pertinentes que devem ser tidas em conta ao longo da leitura de todo o documento. Em primeiro lugar, na impossibilidade da recolha ter sido realizada presencialmente, impediu uma visão mais rigorosa e cuidada acerca daquilo que são os hábitos de saúde regulares dos participantes, o que por sua vez pode ter enviesado as respostas dadas e consequentes resultados do estudo, especialmente no questionário da somatização (R-Soms-2). Por norma, como se pode verificar no presente estudo, a maior parte dos cidadãos constitui-se utente dos CSP, todavia, isto não significa que sejam vistos regularmente por profissionais de saúde. Nesta ordem de ideias, também a escassez de profissionais de psicologia em CSP compromete e subestima a componente saúde mental e levanta débeis questões acerca da ausência de acompanhamento regular dos utentes. Em segundo lugar, o facto do diagnóstico da somatização ser baseado na ausência de causas orgânicas medicamente explicadas, reforça o dualismo entre mente e corpo, assim como, o estigma associado à perturbação, o que de forma indireta acaba por constituir outra barreira ao estudo. Em terceiro lugar, considerando que a recolha foi realizada em registo *online*, impossibilitou o contacto presencial indicativo de melhor monitorização das respostas dadas, o que se traduz noutra limitação. Outra barreira, diz respeito ao facto da participação neste estudo envolver questionários de autorrelato, o que pode ter enviesado as respostas dadas, no que respeita à desejabilidade social. Adicionalmente, tendo em conta as variáveis em estudo, depois de realizada uma revisão cuidada e rigorosa da literatura, verificou-se que são poucos ou inexistentes os estudos que avaliem a relação entre as quatro variáveis, o que se traduz noutra barreira ao estudo. Por fim, uma das maiores limitações deste estudo refere-se ao elevado número de questões incorporadas no questionário e consequente cansaço/ desistência dos participantes em alguns itens, influenciando desta forma as respostas dadas, bem como os resultados. Este trata-se de um estudo transversal o que impossibilita inferências causais entre as variáveis ET, PSPT, perda de recursos com a somatização.

## **Conclusão**

Os resultados que se apresentaram como mais importantes nesta investigação subsistem nas diferenças existentes entre vítimas de mais do que um evento stressante e vítimas de apenas um evento stressante, ao nível da sintomatologia PSPT, PR e Somatização. Isto é, ainda que alguns destes resultados não sejam estatisticamente significativos, o presente estudo permite constatar que sujeitos que passaram por eventos stressantes de forma repetida estão mais

vulneráveis à sintomatologia PSPT, PR e somatização, do que os sujeitos que experienciaram apenas um evento stressante. Este dado fornece informação pertinente e inovadora para o conhecimento científico, na medida em que os estudos nesta área são reduzidos. Para além disso, verificou-se uma correlação positiva entre os eventos potencialmente traumáticos e a somatização, o que sugere um dado concordante com a literatura (Garnefski et al., 2017; Jiao et al., 2015). Tendo isto em linha de conta e enfatizando a noção de que são poucas as investigações que incorporam as variáveis em estudo, será pertinente em investigações futuras analisar a relação entre as mesmas. Será também importante estudar alternativas de diagnóstico para a presença de um quadro de sintomas somáticos, distanciando de estigma entre a “presença ou ausência de sintomas medicamente explicados” e abrangente das dimensões mental e física como dois fenómenos codependentes.

Assim sendo, torna-se crucial investir em acompanhamentos psicológicos regulares que visam o bem estar geral do indivíduo, visto que é muito provável a ocorrência de eventos potencialmente traumáticos/ stressantes na vida de qualquer ser humano, sendo, por isso, fundamental instruir sobre estratégias adaptativas de gestão emocional. Neste sentido, a incorporação de profissionais de saúde mental em ambiente de CSP traduz-se numa necessidade igualmente importante, quando comparada à saúde física, uma vez que estas duas dimensões não podem nem devem ser vistas como dois conceitos independentes.

## Referências Bibliográficas

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76(1), 2-? (páginas?). [http:// ...](http://...) falta 10.1097/PSY.0000000000000010
- Associação Americana de Psiquiatria (2013). *DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *DSM-5 TM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Avishai-Cohen, Hila; Zerach, Gadi (2020). Exposure to Potentially Traumatic Events, Posttraumatic Stress Symptoms, Pain Catastrophizing, and Functional Somatic Symptoms Among Individuals With Varied Somatic Symptoms: A Moderated Mediation Model. *Journal of Interpersonal Violence*. 10.1177/0886260520912587
- Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. 8 (7). 10.1136/bmjopen-2017-019995.
- Barsky AJ. (1989). Somatoform disorders, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th Edition, Volume 1. *American Psychological Association*. 1009–1027.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327– 343. [http...10.1017/s003329171500198](http...)
- Blake D.D., Weathers F.W., Nagy L.M., Kaloupek D.G., Gusman. F.D., Charney D.S., Keane T.M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*. 8 (1), 75-90.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489–498. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.22059>

Bryant R. A., Creamer O'Donnell M., et al. (2017) Acute and chronic posttraumatic stress symptoms in the emergence of posttraumatic stress disorder: a network analysis. *JAMA Psychiatry*. 74 (2), 135-42. [10.1001/jamapsychiatry.2016.3470](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3470).

Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 18(3), 259-269.

Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-gouveia, J. (2020). Portuguese Version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM5 (PCL-5): Comparison of Latent Models and Other Psychometric Analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 76(7) 1267- 12-82. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22930>.

Chandrashekar, C. R., Reddy, V., & Isaac, M. K. (1997). Life events and somatoform disorders. *Indian Journal of Psychiatry*. 39, 166–172.

Costa, E. (2006). *Avaliação da eficácia de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH* [Tese de Doutoramento]. Universidade do Minho.

Costa, E. C. V., Guimarães, S., Ferreira, D., & Pereira, M. G. (2016). *Resource Loss Moderates the Association Between Child Abuse and Current PTSD Symptoms Among Women in Primary-Care Settings*. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051667088. doi:10.1177/0886260516670883

De Gucht V, Fischler B. (2002), Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics*. 43 (1), 1-9. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.1.1>

Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav Res Ther*. 39 (9), 1063-84.

Duarte, M., Oliveira, A., Coelho, L., Fernando, P., Monteiro, R., & Ferreira, V. (2019). *Prevenção e combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica nas entidades empregadoras: guião de boas práticas*.

Engel G. (1977). A necessidade de um novo modelo médico: um desafio para a biomedicina. *Ciência* 196, 129-136. <http://dx.doi.org/10.3109/13561828909043606>

Eleonora C. V. Costa, Líticia Moreira, Eva Castanheira, Paulo Correia, Duarte Ribeiro & M. Graça Pereira (2019) Demographic, psychological and relationship factors are associated with

resource loss among pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 37 (4), 429-443. 10.1080/02646838.2019.157795

Eikelboom EM., Tak LM., Roest AM., Rosmalen JG. (2016). A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *J Psychosom Res*. 88, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.07.001>

Escalona R, et al. (2004). PTSD and somatization in women treated at a VA primary care clinic. *Psychosomatics*. 45 (4):291–6. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.45.4.291>

Escobar J. I., Golding J. M., Hough R. L., et al. (1987) Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *Am J Public Health*. 77 (7), 837–840. <https://doi.org/10.2105/AJPH.77.7.837>

Fortin, M., Côté, L., & Filton, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidact.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*. 346, 982 -987. 10.1056/NEJMsa013404.

Garnefski, N., van Rood, Y., De 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 (2), 144-151. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9494-y>

Graham, K. (2019). The Relationship Between Trauma Exposure, Somatic Symptoms, and Mental Health in Australian Defence Force Members Deployed to the Middle East Area of Operations.

Gubb, K. (2010). The Sense of Bodily Symptoms. *Psycho-Analytic Psychotherapy in South Africa*. 18 (2), 32-56. <https://hdl.handle.net/10520/EJC88389>

Guina, J., Welton, R. S., Broderick, P. J., Correll, T. L., & Peirson, R. P. (2016). DSM-5 Criteria and Its Implications for Diagnosing PTSD in Military Service Members and Veterans. *Current Psychiatry Reports*, 18(5), 1-9. 10.1007/s11920-016-0686-1

Guina J., Nahhas R. W., Kawalec, K., Farnsworth, S. (2019). Are Gender Differences in DSM-5 PTSD Symptomatology Explained by Sexual Trauma? *Journal of Interpersonal Violence*. 34(21-22), 4713-4740. 10.1177/0886260516677290

Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). *Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. Deutsches Aerzteblatt Online*. 10.3238/arztebl.2015.0279

Henningsen, P., Gündel, H., Kop, W.J., et al. (2018). Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation: a neuropsychobehavioral model and its clinical implications, *Psychosomatic Medicine* 80 (5), 422–431. 10.1097/PSY.0000000000000588

Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 783-801. <https://doi.org/10.1002/da.20753>

Ho, G. W. K., Karatzias, T., Vallières, F., Bondjers, K., Shevlin, M., Cloitre, M., ... Hyland, P. (2021). *Complex PTSD symptoms mediate the association between childhood trauma and physical health problems. Journal of Psychosomatic Research*, 30(2), 142-148. 10.1016/j.jpsychores.2021.110

Hobfoll, S. E. (2012). Conservation of resources and disaster in cultural context: the caravans and passageways for resources. *Psychiatry: Interpers. Biol. Process.* 75(3), 227–32. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.3.227>

Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress. American Psychological Association.*

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Appl. Psychol.: Int. Rev.* 50 (3), 337–70. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>

Hobfoll, S. E., & de Jong, J. T. V. M. (2013). Sociocultural and ecological views of trauma: Replacing cognitive -emotional models. *Facilitating Resilience and Recovery.*

Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J. P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*, 5, 103-128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>

Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Canetti, D., Palmieri, P. A., Hall, B. J., Lavi, I., & Galea, S. (2012). Can people remain engaged and vigorous in the face of trauma? Palestinians in the West Bank and Gaza. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes.* 75, 60 -75. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.60>.

Hobfoll, S. E., & de Jong, J. T. V. M. (2013). Sociocultural and ecological views of trauma: Replacing cognitive -emotional models. *Facilitating Resilience and Recovery*.

<https://hdl.handle.net/11245/1.400933>

Hobfoll, S. E., Gaffey, A. E., & Wagner, L. M. (2020). PTSD and the influence of context: The self as a social mirror. *Journal of personality*, 88 (1), 76-87.

<https://doi.org/10.1111/jopy.12439>

Hobfoll, S. E., Lilly, R. S., & Jackson, A. P. (1991). Conservation of social resources and the self. *American Psychological Association*. 125-141.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Gersons BP, de Jong JT, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. & Maguen, S. (2007). Five essential elements of immediate and mid –term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological*. 70 (4), 283-315

<https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 36 (3) 222–225.

<https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403078>

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., De Girolamo G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Gureje, S. F. O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Pennell B. E., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K. Have M., D. J. S. M. T., Torres, Y., Viana, M. C., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Koenen, K.

C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys, *European Journal of Psychotraumatology*, 8 (5), 10.1080/20008198.2017.1353383

Knesebeck, O. von dem, Lehmann, M., Löwe, B., & Lüdecke, D. (2019). Causal attributions for somatic symptom disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 109910.

[10.1016/j.jpsychores.2019.109910](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109910)

King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war -zone stressors, and resilience -recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*. 108 (1), 164–170.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.1.164>

Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: From every interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, *121* (5), 1441–1460.

<https://doi.org/10.1542/peds.2008-0565>

Lipowski, Z. J. (1986). Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. *135* (6), 609.

Lipowski ZJ. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal Of Psychiatry*. *145* (11), 1358-68. 10.1.1.469.4798

Liu H, Petukhova MV, Sampson NA et al. (2017). Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*. *74* (3), 270-281.

10.1001/jamapsychiatry.2016.3783.

Magalhães, M. J., Pontedeira, C., Guerreiro, A., & Ribeiro, P. M. (2016). CENAS. IGUALDADE–Programa de prevenção da violência e delinquência juvenil.

Mayou, R. (1993). Somatization. *Psychotherapy and psychosomatics*, *59*(2), 69-83.

<https://doi.org/10.1159/000288650>

McFarlane Ao, A., & Graham, D. K. (2021). The ambivalence about accepting the prevalence somatic symptoms in PTSD: Is PTSD a somatic disorder? *Journal of Psychiatric Research*. *143*, 388-394. 10.1016/j.jpsychires.2021.09.

Milligan-Saville, J. S., Paterson, H. M., Harkness, E. L., Marsh, A. M., Dobson, M., Kemp, R. I., ... & Harvey, S. B. (2017). The amplification of common somatic symptoms by posttraumatic stress disorder in firefighters. *Journal of Traumatic Stress*. *30* (2), 142-148.

<https://doi.org/10.1002/jts.22166>

Morina, N., Schnyder, U., Klaghofer, R., Müller, J., & Martin-Soelch, C. (2018). Trauma exposure and the mediating role of posttraumatic stress on somatic symptoms in civilian war victims. *BMC psychiatry*. *18* (1), 1-7.

Mumford DB. (1993). Somatization: a transcultural perspective. *International Review of Psychiatry*. *5* (2), 231-42. <https://doi.org/10.3109/09540269309028313>

Murray J, Ehlers A, Mayou RA. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *Br J Psychiatry*. *180* (4), 363-368.

10.1192/bjp.180.4.36.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses & Direção Geral da Saúde. (2022). *Situações traumáticas o que são e como lidar com elas?* Ordemospsicologos.pt.
- Overstreet, C., Berenz, E., Sheerin, C., Amstadter, A., Canino, G., & Silberg, J. (2016). Potentially Traumatic Events, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression among Adults in Puerto Rico. *Frontiers in Psychology*, 7 (469). 10.3389/fpsyg.2016.00469
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*. 27, 33– 46. 10.1016/j.janxdis.2012.08.004
- Peres, J., Mercante, J., Naselo, A. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria RS*. 27 (2), 131-138. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000200003>
- Pérez, I. M. C., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Sáez, M. C., Fernández-Fernández, V., & Pérez, A. M. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del psicólogo*, 41(3), 219-232. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC et al. (2012). Biological studies of posttraumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci*. 13 (11), 769-87. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Reddy, B., Chaturvedi, S. K., Desai, G., Manjunatha, N., & Guruprasad, S. (2019). Health-related life events in patients with somatic symptom disorders: A case control study. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(4), 265-270. 10.1177/0020764019842278
- Rief W, Barsky AJ. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 30 (10), 996-1002. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.03.018>
- Rief W, Hiller W, Margraf J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol*.107 (4), 587–95.
- Rief W, Shaw R, Fichter MM. (1998). Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosom Med*. 60, 198–203.
- Robinaugh, D. J., & McNally, R. J. (2011). Trauma centrality and PTSD symptom severity in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*. 24 (4), 483-486. <https://doi.org/10.1002/jts.20656>

- Shalev A. Y., Freedman A, Peri T et al. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*. 155 (5), 630-637. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.630>
- Shalev A. Y., Gevonden M, Ratanatharathorn A et al. (2019). Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP). *World Psychiatry*. 18 (1), 77-87. <https://doi.org/10.1002/wps.20608>
- Shahar, G., Noyman, G., Schnidel -Allon, I., & Gilboa -Schechtman, E. (2013). Do PTSD symptoms and trauma -related cognitions about the self constitute a vicious cycle? Evidence for both cognitive vulnerability and scarring models. *Psychiatry Research*. 205 (1-2), 79-84.
- Smith M. E. (2005). Bilateral hippocampal volume reduction in adults with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of structural MRI studies. *Hippocampus*. 15 (6), 798-807. <https://doi.org/10.1002/hipo.20102> <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.053>
- Tavares, H. B., Ferreira, P. D., & Fonseca, H. (2010). Perturbação de somatização-uma patologia prevalente em adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41 (1), 33-37.
- Tavel M. (2015). Somatic Symptom Disorders Without Known Physical Cause: One Disease with Many Names? *The American Journal of Medicine*. 128(10). <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.04.041>
- Taylor G. J. (2003). Somatization and Conversion: Distinct or Overlapping Constructs? *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 31 (3):487-508. <https://doi.org/10.1521/jaap.31.3.487.22136>
- Trougakos JP, Hideg I, Cheng BH, Beal DJ. (2014). Lunch breaks unpacked: the role of autonomy as a moderator of recovery during lunch. *Acad. Manag. J*. 57 (2), 405–21. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.1072>
- Van der Kolk, B. A. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2 (1) 7-22. 10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk.
- Vogt, D., Smith, B., Elwy, R., Martin, J., Schultz, M., Drainoni, M. L., & Eisen, S. (2011). Predeployment, deployment, and postdeployment risk factors for posttraumatic stress symptomatology in female and male OEF/OIF veterans. *Journal of Abnormal Psychology*. 120 (4), 819–831. <https://doi.org/10.1037/a0024457>

Wikman A, Molloy GJ, Randall G et al. (2011). Cognitive predictors of posttraumatic stress symptoms six months following acute coronary syndrome. *Psychol Health*. 26 (8), 974-88. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.512663>

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard [Measurement instrument]. Available from <https://www.ptsd.va.gov/>.

Weigel, Angelika; Maehder, Kerstin; Witt, Marie; Löwe, Bernd (2020). Psychotherapists' perspective on the treatment of patients with somatic symptom disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 138,0022-3999. 10.1016/j.jpsychores.2020.110228

Wool CA, Barsky AJ. (1994). Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics*. 35, 445–52. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(94\)71738-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(94)71738-2)

Yehuda, R., Flory, J. D., Bierer, L. M., Henn-Haase, C., Lehrner, A., Desarnaud, F. Meaney, M. J. (2015). Lower methylation of glucocorticoid receptor gene promoter 1F in peripheral blood of veterans with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 77, 356– 364. 10.1016/j.biopsych.2014.02.006

# **Anexos**

### **Formulário de Consentimento Informado**

Associação entre os Eventos Traumáticos, sintomatologia *Stress* Pós-traumático e Perda de Recursos e Somatização.

Investigadora: Marta Loureiro.

A presente investigação intitulada de “Associação entre Eventos Traumáticos, Stress Pós-traumático, Perda de Recursos e Somatização”, decorre no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional de Braga, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Eleonora Costa. Este estudo foca-se na relação entre eventos traumáticos, sintomatologia PSPT, perda de recursos e somatização, investigando a contribuição das variáveis supracitadas ao nível da somatização. Adicionalmente, é considerado o objetivo de comparar vítimas e não vítimas de eventos traumáticos ao nível da sintomatologia PSPT, da perda de recursos e somatização.

As informações serão recolhidas através de seis questionários: Questionário Sociodemográfico, o Questionário da Lista de Acontecimentos de Vida (LAV), o Inventário Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), o Questionário da Conservação de Recursos (COR-E) e o Inventário reduzido de Sintomas Somáticos (R-SOMS- 2).

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa, risco ou benefícios conhecidos e a sua participação é voluntária e pode interrompê-la a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada.

Ao assinar este formulário de consentimento, não renuncia a nenhum dos seus direitos previstos pela lei.

\_\_\_\_\_  
(assinatura da investigadora)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(data)

### **Formulário de Consentimento Informado**

Associação entre os Eventos Traumáticos, sintomatologia *Stress* Pós-traumático e Perda de Recursos e Somatização.

Investigadora: Marta Loureiro.

Reconheço que o processo de investigação descrito no formulário aqui junto, de que possuo a cópia, me foi explicado e que responderam a todas as minhas questões para minha satisfação. Eu compreendo a natureza da minha participação no estudo. Asseguraram-me que os meus dados serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação será dada ou publicada revelando a minha identidade sem o meu consentimento. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de me retirar do estudo a qualquer momento sem que eu seja de qualquer modo afetado/a.

Após tomar conhecimento das particularidades deste estudo, aceito participar neste estudo na sua totalidade.

\_\_\_\_\_  
(rúbrica da participante)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(data)

Anexo II

**Questionário Sociodemográfico (QSD)**

**1. É utente dos cuidados de saúde primários, isto é, de algum Centro de Saúde?**

Sim  Não

**2. Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

**3. Género:** Feminino  Masculino  Outro: \_\_\_\_\_

**4. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**5. Estado Civil:**

Solteiro/a  União de facto  Casado/a

Divorciado/a  Separado/a  Viúvo/a

**6. Escolaridade:**

Primeiro Ciclo (4ª Ano)  Segundo Ciclo (6º Ano)

Terceiro Ciclo (9º Ano)  Ensino secundário (12º Ano)  Ensino Superior

**7. Área de residência:** Rural  Urbano

**8. Situação Profissional:**

Empregado/a  Desempregado/a  Reformado/a  Estudar

Outro: \_\_\_\_\_

**9. Em qual dos seguintes intervalos se situa aproximadamente o rendimento anual bruto do seu agregado familiar?**

Inferior a 7091  Entre 7091 e 10700  Entre 10701 e 20261

Entre 20262 e 25000  Entre 25001 e 36856  Entre 36857 e 80 000

Mais de 80000

Se não souber, indique por favor o rendimento total mensal \_\_\_\_\_

Anexo III

**Life Events Checklist (LEC)- Versão Portuguesa**

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane -- National Center for PTSD

Versão Portuguesa de Randdy Ferreira, Liliana Ribeiro, Patrícia Santos e Ângela Maia (2016)

(PARTE 1)

Na lista abaixo encontra um conjunto de situações difíceis ou stressantes que às vezes acontecem. Para cada um dos acontecimentos assinale uma ou mais das opções à direita, indicando se a situação: **a) lhe aconteceu pessoalmente** **b) viu acontecer** a outra pessoa, **c) soube que aconteceu** a um familiar ou amigo próximo, **d) foi exposto à situação por fazer parte do seu trabalho** (ex: paramédico, polícia, militar ou outro profissional de emergência), **e) não tem a certeza se lhe aconteceu** e **f) não se aplica** a si.

Ao responder, tenha em consideração toda a sua vida (desde a infância até à idade adulta).

Acontecimento	Aconteceu-me	Vi acontecer	Soube que aconteceu	Parte do meu trabalho	Não tenho a certeza	Não se aplica
1. Desastre natural (ex: inundação, furacão, tornado, terramoto)						
2. Fogo/incêndio ou explosão						
3. Acidente num transporte (ex: acidente de viação, barco, comboio, avião)						
4. Acidente grave no trabalho, em casa ou durante uma atividade recreativa						
5. Exposição a substância tóxica (ex: químicos perigosos, radiação)						
6. Agressão física (ex: ser atacado, atingido, esbofeteado, pontapeado, espancado)						
7. Agressão com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, arma, bomba)						
8. Agressão sexual (ex: violação, tentativa de violação, ser obrigado a praticar qualquer tipo de ato sexual forçado ou sob ameaça)						
9. Outra experiência de cariz sexual desconfortável ou indesejada						

10. Combate ou exposição a zona de guerra (como militar e/ou civil)						
11. Cativo (ex: ser raptado, refém, prisioneiro de guerra)						
12. Doença ou ferimento/lesão com risco de vida						
13. Sofrimento intenso						
14. Morte repentina, violenta (ex: homicídio, suicídio)						
15. Morte acidental inesperada violenta						
16. Causar ferimento grave, dor /lesão ou morte a outra pessoa						
17. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante						

**PARTE 2:**

A. Se assinalou algo no número 17 da PARTE 1, descreva de forma breve o acontecimento a que se estava a referir:

---



---

B. Se experienciou/vivenciou mais do que um acontecimento na PARTE 1, pense naquele que considera ser o *pior acontecimento*, o qual será para este questionário o acontecimento que mais o perturba. Se experienciou apenas um acontecimento na PARTE 1, use esse como referência de “o pior”. Por favor, responda às seguintes questões sobre esse acontecimento em específico (assinale todas as opções que se apliquem).

1. **Resumidamente, descreva a pior experiência** (exemplo, o que aconteceu, quem esteve envolvido, etc.)

---



---



---



---

2. **Há quanto tempo aconteceu** (em meses ou anos)? \_\_\_\_\_ (se não se recordar faça uma estimativa)

3. **Como é que vivenciou a situação?**

- Aconteceu-me diretamente
- Vi acontecer
- Soube que aconteceu a um familiar ou amigo próximo
- Fui exposto de forma recorrente ao acontecimento por fazer parte do meu trabalho (ex: paramédico, polícia, militar ou outro profissional de emergência)
- Outro, por favor descreva: \_\_\_\_\_

**4. Alguém correu risco de vida?**

- Sim, eu
- Sim, outra pessoa
- Não

**5. Alguém ficou gravemente ferido ou morreu?**

- Sim, eu fiquei gravemente ferido
- Sim, outra pessoa ficou gravemente ferida ou morreu
- Não

**6. Envolveu violência sexual?**

- Sim
- Não

**7. Se o acontecimento envolveu a morte de um familiar ou amigo próximo, foi devido a algum tipo de violência, acidente ou devido a causas naturais?**

- Acidente ou violência
- Causas naturais
- Não aplicável (o acontecimento não envolveu a morte de um familiar ou amigo próximo)

**8. Ao todo, quantas vezes já experienciou um acontecimento tão ou quase tão stressante como este?**

- Apenas uma vez
- Mais do que uma vez (por favor especifique ou estime o número total de vezes que já teve este tipo de acontecimento \_\_\_\_\_)

## Anexo IV

### *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (Versão Portuguesa)*

Seguidamente, encontra-se uma lista de problemas que as pessoas, por vezes, apresentam em resposta a uma experiência indutora de muito stresse. Por favor, leia com atenção cada problema descrito, assinalando com um círculo o algarismo da direita que indica o grau em que foi afetado por esse problema no último mês.

<b>No último mês, em que grau foi afetado por:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
<b>1.</b> Memórias repetidas, perturbadoras e indesejadas sobre a situação indutora de stresse?	0	1	2	3	4
<b>2.</b> Sonhos perturbadores e repetidos sobre a situação indutora de stresse?	0	1	2	3	4
<b>3.</b> Agir ou sentir repetidamente, como se a situação indutora de stresse estivesse realmente a acontecer de novo (revivê-la como se estivesse realmente no passado)?	0	1	2	3	4
<b>4.</b> Sentir-se muito perturbado(a) quando algo o(a) faz recordar a situação indutora de stresse?	0	1	2	3	4
<b>5.</b> Ter reações físicas intensas (ex.: palpitações, alterações da respiração, suores) quando algo o(a) faz recordar a situação indutora de stresse?	0	1	2	3	4
<b>6.</b> Evitar memórias, pensamentos ou sentimentos relacionados com a situação indutora de stresse?	0	1	2	3	4
<b>7.</b> Evitar estímulos externos (ex.: pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações) que o(a) façam recordar a situação indutora de stresse?	0	1	2	3	4
<b>8.</b> Dificuldade em recordar aspetos importantes da situação indutora de stresse?	0	1	2	3	4
<b>No último mês, em que grau foi afetado por:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
<b>9.</b> Ter fortes crenças negativas acerca de si, dos outros ou do mundo (ex.: ter pensamentos como: “sou mau”, “existe em mim algo muito	0	1	2	3	4

errado”, “não posso confiar em ninguém”, “o mundo é absolutamente perigoso”)?					
<b>10.</b> Culpar-se a si próprio(a) ou outras pessoas pela situação indutora de stresse ou pelas suas consequências?	0	1	2	3	4
<b>11.</b> Ter fortes sentimentos negativos, tais como, medo, raiva, horror, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
<b>12.</b> Perda de interesse por atividades que anteriormente gostava?	0	1	2	3	4
<b>13.</b> Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
<b>14.</b> Dificuldade em experienciar sentimentos positivos (ex.: ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos de amor em relação às pessoas que lhe são próximas)?	0	1	2	3	4
<b>15.</b> Comportamento irritável, ter acessos de raiva, ou agir de forma agressiva?	0	1	2	3	4
<b>16.</b> Correr demasiados riscos ou fazer coisas que podem prejudica-lo(a)?	0	1	2	3	4
<b>17.</b> Estar “superatento(a), vigilante ou em sentido de alerta?	0	1	2	3	4
<b>18.</b> Sentir-se apreensivo(a)/nervoso(a) ou facilmente assustado(a)/sobressaltado(a)?	0	1	2	3	4
<b>19.</b> Ter dificuldade em concentrar-se?	0	1	2	3	4
<b>20.</b> Dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir?	0	1	2	3	4

Anexo V

**Questionário da Conservação de Recursos (COR-E; Hobfoll e Lilly, 1993)- Versão Portuguesa**

(Traduzido e adaptado à população portuguesa por Costa e McIntyre, 2006)

Agora gostaríamos de saber até que ponto teve situações de **PERDA** ou **AMEAÇA DE PERDA** (recursos, pessoas, bens, etc.) nos **últimos três meses**. Indique em que medida viveu situações de perda em relação às questões seguintes. Por exemplo, se o seu único carro avariou e não pode ser substituído, pode indicar “muita ameaça ou perda” para o Transporte Pessoal.

Caso esteja desempregada, nas questões assinaladas com asterisco (\*) marque a opção “não se aplica”.

		Nenhuma ameaça ou perda	Alguma ameaça ou perda	Muita ameaça ou perda	Não se aplica
1	Transporte pessoal (carro, camião, etc.)				
2	Roupa adequada				
3	* Ferramenta necessárias para o trabalho				
4	Eletrodomésticos necessários para a casa (frigorífico, fogão, etc.)				
5	Alojamento (casa) que satisfaça as minhas necessidades				
6	Alimentação adequada				
7	Mobiliário de casa adequado				
8	Dinheiro para extras				
9	Economias ou dinheiro de emergência				
10	Rendimento adequado				
11	Bens financeiros (poupanças)				

<b>12</b>	Dinheiro para transportes				
<b>13</b>	Dinheiro para promoção pessoal (educação, começar um negócio, etc.)				
<b>14</b>	Ajuda financeira, se necessária				
<b>15</b>	Saúde da família/amigos íntimos				
<b>16</b>	Telefone				
<b>17</b>	Sentir que tem valor para os outros				
<b>18</b>	Estabilidade familiar				
<b>19</b>	Relação próxima com um ou mais membros da família				
<b>20</b>	Intimidade com marido/esposa ou companheiro/a				
<b>21</b>	Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo				
<b>22</b>	* Compreensão por parte do meu empregador/patrão				
<b>23</b>	* Apoio por parte dos colegas de trabalho				
<b>24</b>	Companhia				
<b>25</b>	Afeto por parte dos outros				
<b>26</b>	* Ajuda com as tarefas no trabalho				
<b>27</b>	Ajuda com as tarefas em casa				
<b>28</b>	Lealdade dos amigos				
<b>29</b>	Tempo adequado para dormir				
<b>30</b>	Tempo livre				
<b>31</b>	* Tempo para o trabalho				
<b>32</b>	Tempo com aqueles de que gostámos				
<b>33</b>	Crédito financeiro adequado				
<b>34</b>	Saúde pessoal				
<b>35</b>	* Posição no emprego				
<b>36</b>	* Emprego estável				
<b>37</b>	Saúde do marido/ esposa ou companheiro/a				
<b>38</b>	Oportunidades de formação na educação ou no trabalho				

<b>39</b>	Estabilidade financeira				
<b>40</b>	Assistência médica				

Anexo VI

**SOMS-2 Versão reduzida**

Por favor assinale com uma cruz os sintomas que teve nos últimos dois anos, quer isso tenha acontecido temporariamente ou de forma continuada. Refira com SIM só os sintomas que foram suficientemente intensos para afetarem o seu bem estar. Se tiver referido SIM na primeira coluna, assinale nas duas colunas mais à direita se os médicos encontraram (SIM) ou não (NÃO) causas orgânicas claras para o sintoma.

Nos dois últimos anos queixei-me de:

		<b>Causas claras?</b>	
1. Dores de cabeça	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Dores de estômago	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Dores nas articulações	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Dores nas pernas e/ou braços	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Dores no peito	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Dores durante relações sexuais	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Enjoos	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Inchaço	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9. Mal-estar na zona em volta do coração	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. Vômitos	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11. Sensação da comida voltar à boca	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
12. Soluços ou sensação de ardor no peito ou estômago	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
13. Necessidade frequente de urinar	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
14. Batimentos fortes no coração	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
15. Mal-estar no estômago ou azia	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

16. Suores (frios ou quentes)	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
17. Rosto afogueado ou corado	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
18. Falta de fôlego	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
19. Respiração difícil ou acelerada	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
20. Cansaço excessivo ou "falta de forças"	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
21. Manchas na pele ou descoloração da pele	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
22. Desinteresse sexual (perda da libido)	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
23. Desequilíbrio ou descoordenação dos movimentos	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
24. Paralisias ou fraqueza em certas partes do corpo	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em engolir ou nó na garganta	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
26. Afonia (perda de voz)	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
27. Dormência ou formigueses desagradáveis	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
28. Amnésia (perda de memória)	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29. Perda de sentidos (perda de consciência)	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

