



UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**  
DO PORTO

Joana Sofia da Silva Araújo

**A relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático e  
Qualidade de Vida em Jovens com História de Trauma**

Trabalho realizado sob orientação do  
**Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto**  
E da co-orientação da  
**Professora Doutora Inês Jongenelen**

Porto

Dezembro 2017





Joana Sofia da Silva Araújo

**A relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático e  
Qualidade de Vida em Jovens com História de Trauma**

Tese de Mestrado

Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do  
Porto do dia 6/11/2017, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof. Doutor Diogo Jorge Pereira Lamela (Prof. Auxiliar da  
Universidade Lusófona do Porto)

Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Laura Silva (Prof.<sup>a</sup> doutorada em Educação pela  
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias)

Orientador: Prof. Doutor Ricardo José Martins Pinto (Prof. Auxiliar da  
Universidade Lusófona do Porto)

Porto

Dezembro 2017

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

## Agradecimentos

A realização desta Dissertação de Mestrado representou uma etapa muito importante tanto a nível académico como pessoal. Ter o auxílio e o apoio de algumas pessoas foi crucial para que tudo isto se tornasse possível. Por essa razão e devido à importância de todos os intervenientes, gostaria de agradecer, em particular:

Ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo Pinto pela disponibilidade, pela partilha de ensinamentos, pela compreensão, motivação e força que me transmitiu ao longo desta caminhada.

À Patrícia Correia Santos pela sua disponibilidade, carinho e partilha de conhecimentos durante a realização deste projeto.

À Professora Doutora Inês Jongenelen pela co-orientação atenção e simpatia.

Às minhas colegas de equipa de investigação, Cláudia Midão e Denise Guedes pelas horas, dúvidas, certezas e experiências que partilhamos. Juntas crescemos profissional e pessoalmente.

Às estudantes de Psicologia, Ruslana Polyuha, Flávia Sousa, Ana João Cabeça, Joana Gonçalves, Maria Inês Nunes e Natália Castro por terem sido uma ajuda indispensável ao longo de todo o processo.

Aos colegas de investigação do ano anterior, Diogo Morgado, Sara Reis e Rita Monteiro pelo carinho, colaboração e por todo o auxílio prestado.

Agradeço também a todas as Escolas Profissionais e Casas de Acolhimento e em particular aos jovens participantes pela disponibilidade que mostraram em colaborar neste projeto de investigação, sem eles o nosso trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais e irmãos por me ensinarem a nunca esquecer quem sou e a lutar por aquilo em que acredito. Por desde sempre me mostrarem que a vida não é fácil e que o esforço e o empenho são o único caminho para o sucesso.

Por último, mas não menos importante quero agradecer ao meu namorado por ser a pessoa mais compreensiva, paciente e disponível que conheço. Obrigada pelo amor, pela amizade e por estares ao meu lado.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

## A relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático e Qualidade de Vida em Jovens com História de Trauma

### Resumo

A presente dissertação teve como objetivo analisar a relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e Qualidade de Vida em jovens com história de trauma, composta por jovens em situação de acolhimento e jovens que frequentam Escolas Profissionais. As novidades deste estudo prenderam-se com a utilização de uma amostra em que foi relatado pelo menos um acontecimento traumático (preenchimento do Critério A) e a utilização de questionários que avaliam a sintomatologia de PPST segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5* (DSM-V). **Método:** O estudo incluiu 372 jovens, dos quais 224 (60.2%) eram estudantes do ensino profissional e 148 (39.8%) eram residentes em Casas de Acolhimento, com idades compreendidas entre 13 e os 17 anos ( $M = 15.89$ ;  $DP = 1.26$ ). Os instrumentos administrados foram: Questionário Sócio-Demográfico; Lista de Acontecimentos Traumáticos (LEC-5); Escala de Sintomatologia de PPST na Infância - V (CPSS-V) e Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica (PedsQL). **Resultados:** Os principais resultados revelaram que níveis mais elevados de sintomatologia de PPST foram associados a menores níveis de qualidade de vida. Os jovens pertencentes ao grupo de comparação (escolas profissionais) relataram níveis mais elevados de qualidade de vida, nomeadamente na subescala escola e relações interpessoais. **Conclusões:** Intervir na prevenção da exposição ao trauma, bem como na prevenção do desenvolvimento de PTSD em resultado da exposição, estará a contribuir para diminuir o consequente impacto negativo na qualidade de vida dos jovens.

*Palavras-Chave:* Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST); Qualidade de Vida Pediátrica; Jovens com história de trauma.

## **The relationship between Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Quality of Life in adolescents with a trauma history**

### **Abstract**

The following dissertation has the objective of analyzing the relation between PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) and Life Quality in adolescents with a trauma history, composed by adolescents living in residential care and adolescents in professional high schools. The novelty of this study was use of a risk sample, including a community sample in risk, and the use of questionnaires to assess the symptoms of PTSD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) and the A criterion of the PTSD. **Method:** The study included 372 adolescents, of which 224 (60.2%) were students of professional high school and 148 (39.8%) were from residential care, with ages between 13 and 17 ( $M = 15.89$ ;  $DP = 1.26$ ). We used a socio-demographic questionnaire, *Life Events Checklist*, *Child PPST Symptom Scale – V* and *Pediatric Life Quality* (PedsQL). **Results:** The main results demonstrated the highest levels of PTSD symptoms are associated with lower quality of life. The comparison group of adolescents (professional high schools) revealed higher life quality, namely on sub-scales school and interpersonal relationships. **Conclusions:** The intervention of prevention on trauma exposure, as well as preventing the development of PTSD in result of exposure, may be contributing to reduce the negative impact on adolescents' quality of life.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder (PTSD); Pediatric Quality of Life; Adolescents with a trauma history.

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	i
<b>Resumo</b> .....	ii
<b>Abstract</b> .....	iii
<b>A relação entre qualidade de vida e perturbação pós-stress traumático (PPST) em jovens com história de trauma</b> .....	7
1. Perturbação Pós-Stress Traumático .....	7
1.1 Conceptualização teórica da PPS .....	7
- Modelo Teórico do Processamento Emocional .....	8
- Modelo Teórico Cognitivo .....	8
2. Dados de Prevalência .....	9
3. Qualidade de Vida .....	10
3.1. Conceptualização teórica da Qualidade de Vida.....	10
- Modelo Teórico da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde de Sprangers & Schwartz .....	10
3.2. Qualidade de Vida de Crianças Institucionalizadas.....	11
4. Relação entre qualidade de vida e sintomatologia de PPST.....	13
5. Novidade e objetivos do estudo .....	14
<b>Método</b> .....	15
Participantes.....	15
Procedimentos.....	16
Instrumentos.....	17
<b>Análise de Dados</b> .....	18
<b>Resultados</b> .....	19
<b>Discussão</b> .....	22
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	26

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> <i>Médias e desvios-padrão das principais medidas</i> .....	19
<b>Tabela 2:</b> <i>Correlação das variáveis em estudo: PPST e Subescalas da Qualidade de Vida</i> .....	20
<b>Tabela 3:</b> <i>Análise de Regressão Hierárquica</i> .....	21

## **Lista de Abreviaturas**

**APA** - Associação de Psiquiatria Americana

**CPCJ** - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**CPSS-V** - *Child PTSD Symptom Scale - V*

**DSM-IV** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*

**DSM-V** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V*

**LEC-5** - *Life Events Checklist-5*

**MANOVA** - *Multivariate analysis of variance*

**OPP** – Ordem dos Psicólogos Portugueses

**PPST** - Perturbação Pós-Stress Traumático

**PTSD** - *Post-Traumatic Stress Disorder*

**QV** – *Qualidade de Vida*

**SPSS** - *Statistical Program for Social Sciences*

**VD** – Variável Dependente

**VI** – Variável Independente

## **A relação entre Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e Qualidade de Vida em Jovens com História de Adversidade**

### **1. Perturbação Pós-Stress Traumático**

Sofrer uma exposição a acontecimentos traumáticos pode provocar um sofrimento clinicamente significativo e danificar severamente o funcionamento global dos sujeitos (American Psychiatric Association, 2013). Não obstante, a forma como o indivíduo lida com o evento traumático tem uma forte influência na qualidade de adaptação à própria mudança e à nova percepção do mundo (Resende, Sendas & Maia, 2008). O facto de um sujeito experienciar este tipo de ocorrência leva a que seja necessário um reajuste na rotina diária que varia de pessoa para pessoa (Marcelino & Gonçalves, 2012). Porém é importante que posteriormente, haja uma recuperação da estabilidade emocional do indivíduo (Marcelino & Gonçalves, 2012). No entanto, no caso de tal não se verificar, é possível que a pessoa venha a desenvolver uma Perturbação Pós-Stress Traumático (Marcelino & Gonçalves, 2012).

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), a PPST inclui a presença de sintomas intrusivos, nomeadamente, lembranças aflitivas; pesadelos; “*flashbacks*” onde o sujeito percebe o acontecimento traumático como se estivesse a ocorrer no presente; evitamento de estímulos relacionados com a experiência traumática; mudanças negativas em cognições e no humor associadas à mesma; e finalmente alterações significativas da ativação e reatividade (e.g., hipervigilância, dificuldade em dormir) (APA, 2013). Importa destacar, que a PPST não afeta somente as vítimas diretas aos eventos, mas pode também afetar as testemunhas que poderão ter assistido presencialmente aos mesmos (Marcelino & Gonçalves, 2012).

#### **1.1 Conceptualização teórica da PPST**

Foram formulados múltiplos modelos teóricos com o objetivo de esclarecer o aparecimento e o desenvolvimento de Perturbação Pós-Stress Traumático em indivíduos que experienciaram pelo menos um acontecimento traumático (Brewin & Wolmes, 2003). No entanto, para este estudo, apenas irão ser considerados dois dos muitos Modelos Teóricos da PPST.

### **- Modelo Teórico do Processamento Emocional**

A Teoria do Processamento Emocional foi elaborada por Foa e Riggs (1993) e Foa e Rothbaum (1998), tendo como um dos objetivos, relacionar a PPST com as crenças que existiam antes, durante e seguidamente ao trauma (Brewin & Holmes, 2003). No que diz respeito a esta teoria, as crenças negativas rígidas (e.g., “*self* incompetente” e “mundo como local perigoso”) podem ter origem a partir de dois fatores: o modo como o indivíduo percebe o seu *self* e o mundo antes do acontecimento traumático, e a forma como avalia o seu comportamento durante a ocorrência do mesmo. Assim sendo, o comportamento e os sintomas, de um sujeito que tenha sido exposto a um acontecimento traumático, irão fazer com que tenha a percepção de falta de competência, agravando assim a sua sintomatologia de PPST (Friedman, Keane & Resick, 2007), visto que a crença num mundo seguro e competente pode ser alterada após a ocorrência de um acontecimento traumático, pois o sujeito ao avaliar de forma negativa o seu comportamento durante o momento do trauma, pode se perceber como um ser incompetente. De igual forma, caso o sujeito já ostente crenças rígidas sobre ele e sobre o mundo, o acontecimento irá apenas agravar essas crenças. Desta forma, concluiu-se que as crenças presentes antes, durante e depois do trauma podem interagir com a percepção de incompetência e perigo, e explicar a cronocidade e gravidade da PPST (Brewin & Holmes, 2003).

### **- Modelo Teórico Cognitivo**

Ehlers e Clark (2000) desenvolveram um modelo cognitivista com o principal objetivo de explicar a persistência de sintomatologia de PPST em sujeitos expostos a acontecimentos traumáticos. O modelo cognitivo explica o comportamento humano através dos pensamentos. Assim sendo, esta teoria baseia-se na interpretação que cada indivíduo faz sobre o evento que é responsável pela reação emocional (Friedman, Keane & Holmes, 2007). Logo a sintomatologia PPST surge a partir da forma como o sujeito assimilou o acontecimento, criando, seguidamente, um sentimento de ameaça (Ehlers & Clark, 2000). Estes autores propuseram dois processos chave responsáveis por este sentimento de ameaça após o acontecimento traumático. O primeiro processo diz respeito à avaliação que o indivíduo faz relativamente à experiência traumática. O segundo refere-se à maneira como a memória traumática episódica é integrada com outras memórias (Ehlers & Clark, 2000; Friedman, Keane & Resick, 2007).

## 2. Dados de Prevalência de PPST

Em 1995 foi possível apurar que a PPST era uma perturbação psicológica mais prevalente e persistente na população em geral do que se esperava (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Também na atualidade, tal prevalência da PPST continua a ser confirmada, através de uma revisão da literatura (Howlett & Stein, 2016)

Em Portugal, num estudo com 2606 participantes, concluiu-se que cerca de 75% da população portuguesa já foi exposta a pelo menos um acontecimento traumático e 43,5% já foram expostos a mais do que um. No mesmo estudo, foi concluído ainda que a taxa de prevalência de PPST ao longo da vida é de cerca de 4,8% para os homens e 11,4% nas mulheres (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003) Já na América no ano de 2005 um estudo realizado por Kesser, Chiu, Demler e Walters demonstrou que cerca de 7.7 milhões dos adultos tinham desenvolvido PPST.

No que diz respeito ao género, alguns estudos afirmam que os homens ostentam maior probabilidade de exposição a acontecimentos traumáticos, no entanto são as mulheres que apresentam níveis mais elevados de possibilidade de desenvolver PPST (Friedman *et al.*, 2007; Tolin & Foa, 2006). No estudo realizado por Kilpatrick *et al.* (2003) com 4023 adolescentes, concluiu-se que as raparigas apresentavam uma maior sintomatologia de PPST em comparação com os rapazes. Também num outro estudo desenvolvido com crianças e jovens expostas a um desastre potencialmente traumático, concluiu-se que as raparigas relataram mais sintomas de PPST do que os rapazes (Green *et. al.*, 1991).

No ano de 2011, através do *National Institute of Mental Health* (NIMH), apurou-se que a PPST é uma das perturbações mais comuns e mais analisada relativamente à exposição ao trauma (Baltimore & Maryland, 2011).

Estes dados fizeram com que crescesse o interesse dos investigadores sobre a PPST. Anteriormente, quando esta perturbação era estudada, as amostras incluíam maioritariamente veteranos de guerra (Fairbank, Langley, Jarvie & Keane, 1981; Foy, Resnick, Sippelle & Carroll, 1987; King, King, Gudanowski & Foy, 1996). Como consequência deste fato, foram surgindo estudos que estabeleceram a relação entre PPST e amostras da população em geral mais específicas, tais como: vítimas de desastres naturais (Galea, Nandi & Vlahov, 2005; Neria, Nandi & Galea, 2008; Lowe, Sampson, Gruebner & Galea, 2015), vítimas de acidentes de viação (Blanchard, Hickling, Taylor, Loos, Forneris & Jaccard, 1996; Kenardy, Heron-Delaney, Warren & Brown, 2015), vítimas de crimes (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolh & Mandel,

1997; Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han, 2005; Snipes, Calton, Green, Perrin & Benotsch, 2015), ex-prisioneiros e refugiados (Tay, Rees, Chen, Kareth & Silove, 2015) e por fim em vítimas de doenças graves (Roca, H.P.M., Spence & Munster, 1992; Varela & Leal, 2011).

### **3. Qualidade de Vida**

O interesse pelo conceito de qualidade de vida (QV) tem vindo a crescer significativamente a nível social e da saúde, aumentando a sua relevância no discurso e prática médica (Gaspar, Matos, Ribeiro & Gonçalves, 2008; Lowy & Bernhard, 2004; Ribeiro, 1994). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida diz respeito à percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994). A Qualidade de Vida representa uma tentativa de designar algumas características da experiência humana, na perspetiva do próprio sujeito através da sua percepção subjetiva e tem, como fator central, a sensação de bem-estar (Guyatt, 1993). Por conseguinte, a QV encontra-se relacionada com todos os aspetos do bem-estar da vida do ser humano (físico, psicológico e social) e inclui ainda o seu ambiente (Harding, 2001, cit in Gaspar, Matos, Leal & Ravens-Sieberer, 2008). A QV é assim um constructo multidimensional (Gaspar, Matos, Leal & Ravens-Sieberer, 2008).

Para além de ser um constructo multidimensional, o conceito de QV pode variar consoante vários fatores, de acordo com as pessoas, circunstâncias, épocas, países, culturas e classes sociais. Por exemplo, a percepção individual relativamente ao estado de saúde pode influenciar a QV. Os valores e as crenças pessoais têm também uma grande influência na satisfação com a vida que, por sua vez, também influencia a QV (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho & Carona, 2007; Vaz-Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Carona & Paredes, 2006).

#### **3.1. Conceptualização teórica da Qualidade de Vida**

##### **- Modelo Teórico da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde de Sprangers & Schwartz**

O modelo proposto aborda o modo como a mudança da resposta pode afetar a saúde relacionada com a qualidade de vida como resultado das mudanças do estado de

saúde. Este modelo é composto por cinco componentes: (1) catalisador, (2) antecedentes, (3) mecanismos, (4) mudança de resposta e (5) QV perceptível (Sprangers & Schwartz, 1999). O catalisador refere-se a uma alteração no estado de saúde do indivíduo. Os antecedentes referem-se a traços disposicionais do indivíduo. Exemplos de tais antecedentes incluem características sociodemográficas e de personalidade (por exemplo, otimismo, autoestima, sensação de controlo) (Ormel, 1983; Costa e McCrae, 1980; De Haes, 1988; Scheier *et al.*, 1989 cit in Sprangers & Schwartz, 1999) e expectativas (Scheier e Carver, 1987 cit in Sprangers & Schwartz, 1999) Os mecanismos referem-se a processos comportamentais, cognitivos e ativos utilizados para lidar com a alteração no estado de saúde de cada indivíduo. Exemplos de tais mecanismos incluem o uso de estratégias de *coping* (Lazarus e Folkman, 1984; Folkman 1997 cit in Sprangers & Schwartz, 1999); a procura de apoio social (Cohen and Wills, 1985; Sarason *et al.*, 1985; Taylor *et al.*, 1986 cit in Sprangers & Schwartz, 1999); e a reorganização de objetivos (Rapkin e Fischer, 1992 cit in Sprangers & Schwartz, 1999). A mudança de resposta diz respeito a uma mudança no significado da autoavaliação da QV como resultado de mudanças nos padrões internos e nos valores. A QV perceptível pode ser desenvolvida como um constructo multidimensional que é composto por, pelo menos, três domínios: funcionamento físico, psicológico e social (Siegrist e Junge, 1989; Cella e Tulskey, 1990; McMillen Moinpour *et al.*, 1990). Segundo Sprangers & Schwartz 1999 cit in Sprangers & Schwartz, 1999), sofrer alterações no estado de saúde pode conduzir à modificação de processos comportamentais, cognitivos e afetivos de um indivíduo, para que este seja capaz de lidar com a doença. Deste modo, o tipo de mecanismos em que um indivíduo se envolve e o tipo da mudança de resposta resultante (mudanças em padrões, valores ou conceptualização), dependem inclusive da sua personalidade.

### **3.2. Qualidade de Vida de Crianças Institucionalizadas**

As crianças que vivem num regime de institucionalização já experienciaram, em algum momento da sua vida, uma adversidade que as afetou ao nível da sua saúde, física e/ou saúde mental (Polnay & Ward, 2000). Esta exposição a acontecimentos adversos aumenta a probabilidade de as crianças desenvolverem problemas de desenvolvimento ao nível psicológico e emocional (Gonçalves *et al*, 2005). Embora a institucionalização seja, normalmente, uma medida aplicada com vista a proteção da criança, como forma de a retirar de um contexto de risco para a saúde física, emocional

e psicológica (Quintãns, 2009), esta medida, considerada de última linha, não reúne consenso na literatura científica relativamente ao impacto que exerce no desenvolvimento da criança. Ou seja, alguns estudos apontam que as crianças institucionalizadas apresentam mais problemas comportamentais, emocionais e psicológicos (Nogueira, 2004; Rizzini e Rizzini, 2004; Silva, 1997; Siqueira e Dell’Aglío, 2006; Weber e Kossobudzki, 1996, cit. Cavalcante, Magalhães e Pontes, 2007), outros não encontraram diferenças quando comparadas as crianças institucionalizadas com outras da comunidade (e.g., Pinto & Maia, 2013; Pinto & Maia, 2014). No entanto, relativamente à qualidade de vida em jovens institucionalizados, há pouca evidência científica. Esta falta de evidência deve-se ao facto de a maior parte dos estudos na área da qualidade de vida avaliarem amostras clínicas de crianças e jovens com doença física (Matsunaga, Ribeiro, Saad, Morcillo, Ribeiro & Toro 2015; Nicolussi, Sawada, Cardozo, Andrade & Paula, 2014). Esta falta de evidência empírica é paradoxal, uma vez que as crianças e adolescentes institucionalizados foram expostos a adversidades, as quais poderão ter afetado negativamente o desenvolvimento físico, psicológico e emocional, bem como no presente, uma vez que a própria institucionalização envolveu a retirada aos pais ou cuidadores, abandono da rede de apoio formal e informal que tinham na residência anterior, e na própria instituição, na qual existe uma elevada desproporção do número de crianças em relação ao número de cuidadores (Cavalcante, Magalhães & Pontes, 2007), em que as necessidades emocionais e psicológicas poderão não ser totalmente respondidas uma vez que as relações entre as crianças/jovens e cuidadores das instituições podem ser mais distantes e menos afetuosas (Nogueira, 2004; Rizzini e Rizzini, 2004; Silva, 1997; Siqueira e Dell’Aglío, 2006; Weber e Kossobudzki, 1996, cit. Cavalcante, Magalhães e Pontes, 2007), embora as necessidades físicas possam ser asseguradas (Nogueira, 2004; Rizzini e Rizzini, 2004; Silva, 1997; Siqueira e Dell’Aglío, 2006; Weber e Kossobudzki, 1996, cit. Cavalcante, Magalhães e Pontes, 2007). Outro problema associado à institucionalização é o caso da escolaridade, pois as crianças institucionalizadas estão, geralmente, em desvantagem em relação às crianças que vivem com as suas famílias, pois acabam por sair da escola com poucas qualificações (Jackson, 1994). A sua educação é assim entendida como inadequada (Gallagher & Green, 2012).

#### 4. Relação entre Qualidade de Vida e PPST

A qualidade de vida dos jovens institucionalizados poderá estar afetada também pelo facto de estes terem sido expostos ao trauma e subsequente desenvolvimento de PTSD. A relação entre Qualidade de Vida e Perturbação Pós-Stress Traumático tem sido abordada em vários estudos, na grande maioria estudos em que os participantes que integram a amostra têm em comum o tipo de trauma a que foram expostos. A conclusão a que chegam esses mesmos estudos é que a PPST origina uma menor qualidade de vida (e.g., veteranos de guerra dos EUA) (Warshaw, Fierman, Pratt, Hunt, Yonkers, Massion, & Keller, 1993; Zatzick, Marmar, Weiss, Browner, Metzler, Golding, & Wells, 1997), refugiados de guerra (Miller, Weine, Ramic, Brkic, Bjedic, Smajkic, & Worthington, 2002) e vítimas de agressões sexual (Krakow, Melendrez, Johnston, Warner, Clark, Pacheco, & Schrader, 2002; Zoellner, Goodwin, & Foa, 2000). Os efeitos negativos que a PPST provoca na QV afetam quatro dimensões, nomeadamente a física, emocional e psicológica, social e ambiental (Johansen; Wahl; Eilertsen; Weisaeth; & Hanestad; 2007). Deste modo, existe uma correlação entre as variáveis, logo sintomatologia de PPST é preditor de uma QV menor (Johansen *et al.*, 2007; Warshaw *et al.*, 1993). Por outro lado, também existem evidências de que após o tratamento da PPST a qualidade de vida tende a melhorar (e.g., Foa *et al.*, 1999; Rapaport, Endicott, & Clary, 2002). Isto provavelmente deve-se ao “crescimento pós-traumático” que se refere a mudanças psicológicas positivas percebidas pelo indivíduo após exposto a um acontecimento adverso (Resende, Sendas & Maia 2008), embora esta mudança possa não ocorrer a curto e médio prazo. Isto porque a exposição a um evento traumático pode confrontar as crenças centrais de um indivíduo que tem acerca de si, do mundo, e da relação que o sujeito tem com os outros (Brewin & Holmes, 2003; Friedman, Keane, & Resick, 2007; Ehlers & Clark, 2000), e reduzindo a qualidade de vida (Kilpatrick & Acierno, 2003). Especificamente, após exposto ao acontecimento traumático, os níveis de ansiedade, hipervigilância e stress de um individuo tendem a aumentar (Schnurr, Hayes, Lunney, McFall, & Uddo, 2006) e características tais como o otimismo, a autoestima e a sensação de controlo tendem a ficar mais debilitadas, (Ormel, 1983; Costa & McCrae, 1980; Haes, 1988; Scheier *et al.*, 1989 cit in Sprangers & Schwartz, 1999), assim como as expectativas que o individuo tem em relação à vida (Scheier e Carver, 1987 cit in Sprangers & Schwartz, 1999). Estas alterações no estado de saúde mental de um indivíduo provocam alterações comportamentais, cognitivas e

afetivas e relacionais de forma a lidar com o estado de saúde, que neste caso é a procura de adaptação ao trauma e às adversidades, afetando em consequência a sua própria qualidade de vida.

### 5. Novidade e Objetivos do Estudo

Este trabalho tem como objetivo explorar a possível relação entre o desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e a Qualidade de Vida em jovens com história de trauma.

A novidade deste estudo passa pela inclusão da amostra de risco uma vez que a maioria da literatura existente estuda jovens da população em geral, após a exposição a um evento traumático. Uma outra novidade passa pela utilização de instrumentos que avaliam a sintomatologia de PPST (e.g., CPSS-V, LEC-5) segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V* (DSM-V), isto porque a maioria dos estudos observados utilizaram os critérios da DSM-IV para a avaliação da sintomatologia da PPST nas suas amostras (e.g., Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005; Resende, Sendas & Maia, 2008; Lieberman & Van Horn, 2009). Contudo, não é só a avaliação da sintomatologia de PPST segundo o DSM-V que revela ser novidade neste estudo. É igualmente considerado o critério A segundo o DSM-V para a avaliação da presença de um ou mais acontecimentos traumáticos na amostra de jovens em risco. Esta inclusão revela ser outra grande novidade deste estudo, já que a maioria dos estudos observados incluiu à priori um acontecimento traumático (e.g., terramoto, tsunami) sendo somente necessário avaliar a presença de sintomatologia de PPST nos jovens (e.g., Murtonen *et al.*, 2012; Schiff *et al.*, 2010; Xu & Yuan, 2014).

Este estudo tem assim como foco contornar as limitações existentes na literatura. Face ao objetivo estabelecido são propostas as seguintes hipóteses:

**H1:** Espera-se que os jovens que residem no meio natural de vida relatem níveis mais elevados de qualidade de vida relativamente aos jovens em situação de acolhimento;

**H2:** Espera-se que os jovens que residem em casas de acolhimento apresentem níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os jovens que residem no meio natural de vida;

**H3:** Espera-se que a PPST esteja significativamente correlacionada com as subescalas da Qualidade de Vida;

**H4:** Espera-se que os jovens que relatem níveis mais elevados de PPST, relatem menores níveis de qualidade de vida;

**H5:** Espera-se que maiores níveis de PPST sejam preditores de menores níveis de Qualidade de Vida.

## Método

### Participantes

A amostra é constituída por 372 participantes, 224 (60.2%) são estudantes do ensino profissional e 148 (39.8%) são jovens residentes em Casas de Acolhimento. Inicialmente, foram contactados 938 jovens, mas apenas 372 mostraram interesse e disponibilidade em participar no estudo. Destes jovens, 189 (50,8%) são do sexo feminino e 183 (49.2%) do sexo masculino, sendo na sua maioria os participantes do sexo feminino ( $Mo = 1$ ). A idade média da amostra é de 15.89, ou seja 16 anos ( $DP = 1.26$ ), podendo a idade dos jovens variar entre os 13 e os 17 anos. Na amostra 143 (38.4%) jovens residem numa instituição de acolhimento, 135 (36.3%) jovens residem em casa com ambos os pais e 75 (20.1%) residem os só com o pai ou só com a mãe. No que concerne, à escolaridade dos jovens a média é de 9.11, ou seja 9º ano de escolaridade ( $DP = 1.59$ ), podendo a mesma variar entre o 5º ano e o 12º ano de escolaridade. Destes jovens 196 (52.7%) foram sinalizados pela CPCJ ou pelo Tribunal de Proteção de Menores ou pela Segurança Social. Quanto ao rendimento familiar destes jovens, o rendimento mínimo é menos de 250€ e o máximo de mais de 2000€; 39 (10.5%) relataram um rendimento familiar inferior a 250€, 67 (18.0%) relataram um rendimento familiar entre os 250€ e 500€, 80 (21.5%) relataram um rendimento familiar mais de 500€ até 750€, 60 (16.1%) relataram um rendimento familiar mais de 750€ até 1000€, 33 (8.9%) relataram um rendimento familiar mais de 1000€ até 1500€, 8 (2.2%) relataram um rendimento familiar mais de 1500€ até 2000€ e 17 (4.6%) relataram um rendimento familiar de mais de 2000€.

## **Procedimentos**

O presente estudo enquadra-se num plano transversal e surge na extensão de um projeto de investigação da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona do Porto em parceria com o Departamento de Psicologia da Universidade de Michigan.

A primeira fase deste estudo passou pela elaboração de um certificado de participação, como forma de agradecimento às Escolas Profissionais e às Instituições de Acolhimento que participaram no estudo no ano letivo de 2015/2016 de forma a convidá-los a participarem, novamente, no nosso projeto.

Posteriormente entrou-se em contacto com 22 Escolas Profissionais e 28 Casas de Acolhimento, do distrito do Porto, via telefone e *e-mail*, através do envio de um texto padrão previamente construído e adaptado a cada entidade completado com uma súmula do projeto com o intuito de perceber o interesse e a disponibilidade de cada instituição e escola profissional. Após as respostas de autorização das Escolas Profissionais (7) e Casas de Acolhimento (7), de seguida foi marcada uma reunião para esclarecimento de dúvidas onde foram duas das investigadoras apresentar o projeto presencialmente. Posteriormente, entrou-se novamente em contacto com as mesmas, de forma a perceber o número de alunos disponíveis para participar e os professores/diretores/técnicos responsáveis para estabelecer uma data de recolha, de modo a não interferir com o funcionamento normal dos locais.

No caso das Escolas Profissionais, após agendada uma data, dirigimo-nos aos locais para apresentar o projeto aos potenciais participantes e entregar os consentimentos informados, um para o jovem participante, e outro para o seu respetivo representante legal, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados. A recolha de dados só se iniciou após entrega de ambos os consentimentos devidamente assinados. Assim sendo, os protocolos foram distribuídos e auto-administrados pelos alunos que, em caso de dúvidas as colocavam, de forma individual, ao investigador que se encontrava no local.

No caso das Casas de Acolhimento, por diversos motivos (e.g., logísticos), em algumas das entidades não foi possível que os participantes autoadministrassem o protocolo, pelo que foi disponibilizado um gabinete para realizar a recolha individualmente. No entanto, houve Casas de Acolhimento em que a recolha foi realizada em grupo e auto-administrada, logo cada jovem assinava o consentimento informado à semelhança do que foi explicado em cima, seguindo-se as respostas ao protocolo.

Junto ao protocolo foi anexada uma tira que contém questões informativas acerca do jovem (e.g., nome, data de nascimento) e um código que correspondia ao mesmo no protocolo que o aluno preencheu, isto para que fosse possível dar continuidade a este estudo tornando-o longitudinal. Contudo, a fim de manter a confidencialidade e o anonimato esta tira nunca foi anexada aos protocolos.

Todos os procedimentos irão ser realizados de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de outubro e Deliberação Nº 227/2007, bem como o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), especificamente o artigo 7.

## **Instrumentos**

### **Termo de Consentimento Informado;**

**Questionário Sócio Demográfico:** composto por questões de escolha múltipla que incluem dados de identificação (e.g., sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional) e informação familiar (e.g., número de agregado familiar, grau de escolaridade dos pais, rendimento mensal). Além destas informações, é apresentado ao participante duas questões dicotómicas adicionais (“sim” e “não”) referentes à sinalização pela Comissão de Proteção a Crianças e Jovens (CPCJ), Tribunal ou Segurança Social e há possibilidade de institucionalização.

**Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V (LEC-5) Checklist;** Weathers *et al.*, 2013): Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015b): é uma medida de autorrelato que tem como objetivo avaliar acontecimentos potencialmente traumáticos na vida de um determinado sujeito. É composta por um conjunto de 14 itens que descrevem um determinado acontecimento traumático (e.g., tornado, acidente de avião, abuso físico, morte violenta) que potencialmente resultam em sintomatologia de PPST. Para além destes 13 itens, um item adicional é apresentado aos participantes onde estes podem assinalar outro acontecimento traumático que não tenha sido retratado anteriormente.

**Child PTSD Symptom Scale - V (CPSS-V;** Gillihan *et al.*, 2012; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015a): é um instrumento que pretende avaliar o diagnóstico de PPST e a sua gravidade em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos, que foram expostos a um ou mais acontecimentos traumáticos. Este instrumento é composto por 20 itens correspondentes a sintomas de PPST segundo os critérios do DSM-V, cotados numa escala de *Likert* de

0 (“Nunca”) a 4 (“6 a mais vezes por semana/quase sempre”). É ainda complementado com mais 7 itens que dizem respeito ao funcionamento diário da criança ou adolescente, e que estão classificados como ausentes (0) ou presentes (1).

A pontuação total destes itens varia entre 0 e 7 valores, todavia, esta pontuação não contribui para a pontuação geral do instrumento.

*Pediatric Quality of Life Inventory™ Versão 4.0* (PedsQL - Varni, 1999; Versão Portuguesa Lima, Guerra & Lemos, 2009; Ferreira, Baltazar, Cavalheiro, Cabri & Gonçalves, 2014): O inventário constitui uma avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, para crianças e adolescentes de idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos de idade. Baseia-se num conjunto de escalas, umas genéricas e aplicáveis a populações saudáveis assim como a populações com doenças agudas ou crónicas (Lima, Guerra & Lemos, 2009). Neste estudo utilizámos a Escala Genérica de auto-relato para crianças entre os 13 e 18 anos (Lima, Guerra & Lemos, 2009). É composta por 23 itens agrupados em 4 domínios distintos 1) Funcionamento Físico (8 itens), 2) Funcionamento Emocional (5 itens), 3) Funcionamento Social (5 itens) e 4) Funcionamento Escolar (5 itens), cotados numa escala de *Likert* de 0 (“Nunca”) a 4 (“Quase Sempre”). Todos os itens foram invertidos para que quanto mais score mais qualidade de vida.

### **Análise de Dados**

Para a análise estatística dos dados recolhidos irá ser utilizado o programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences* - 22) para o Windows, com o qual se realizarão análises descritivas e inferenciais. Foi utilizado o *t-test* para amostras independentes, para comparar jovens que residem no meio natural de vida e jovens que residem em casas de acolhimento em relação a qualidade de vida na infância e em relação à sintomatologia de PPST. De seguida foi utilizada uma MANOVA, com o objetivo de identificar possíveis diferenças entre as subescalas de qualidade de vida e a sintomatologia de PPST. Por fim, no sentido de verificar a relação entre qualidade de vida, as suas subescalas e a sintomatologia de PPST, foram realizadas uma correlação de Pearson e uma análise de regressão hierárquica.

## Resultados

Do total dos participantes ( $n = 372$ ), 336 (90,3%) dos jovens foi exposto a pelo menos uma experiência traumática (cumpru critério A). No que diz respeito à PPST ( $M = 21.91$ ;  $DP = 20.77$ ), 99 (26.6%) jovens apresentaram sintomatologia de PPST. Relativamente à qualidade vida (1,1%) jovens não responderam ao instrumento. É possível verificar que o valor máximo (100) está mais próximo da média da qualidade de vida (75,53) comparativamente ao valor mínimo (18,48).

Tabela 1

*Médias e desvios-padrão das principais medidas*

Variáveis	<i>n (%)</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Total Sintomatologia PPST	361	21.91	20.77	.00	73.00
PPST A	336(90.3)				
PPST B		1.57	1.82	.00	5.00
PPST C		.73	.86	.00	7.00
PPST D		2.08	2.40	.00	7.00
PPST E		1.80	2.00	.00	6.00
PPST <sup>a</sup>	99 (26.6)				
Total Qualidade de Vida	368	75.53	15.44	18.48	100.00
Subescala Sentimentos	368	6.91	4.87	.00	20.00
Subescala Saúde	369	5.68	5.58	.00	26.00
Subescala Escola	369	6.72	4.39	.00	20.00
Subescala Relações Interpessoais	369	3.22	3.95	.00	20.00

*Nota.* PTSD <sup>a</sup> = critérios preenchidos para diagnóstico de PTSD.

Não houve diferenças significativas entre jovens que residem no meio natural de vida e jovens em situação de acolhimento relativamente ao score total da qualidade de vida,  $t(366) = -1.56$ ,  $p = .21$ . Posteriormente, foi realizada uma MANOVA com o objetivo de identificar possíveis diferenças entre as subescalas de qualidade de vida revelou a existência de diferenças significativas entre as subescalas da qualidade de vida. Pillai's Trace = .04,  $F(4, 363) = 4.18$ ,  $p = .003$ , partial  $\eta^2 = .04$ . Contudo, estas diferenças apenas foram verificadas para as subescalas Escola,  $F(1, 366) = 6.12$ ,  $p < .05$  e Relações Interpessoais,  $F(1, 366) = 4.63$ ,  $p < .05$ . Os jovens que residem no meio

natural de vida apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida na subescala Escola ( $M = 7.41$ ;  $DP = 5.13$ ) do que os jovens institucionalizados ( $M = 6.26$ ;  $DP = 3.78$ ) Também na subescala Relações Interpessoais os jovens que residem no meio natural de vida apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida ( $M = 3.76$ ;  $DP = 4.31$ ) comparativamente com os jovens institucionalizados ( $M = 2.86$ ;  $DP = 3.65$ ).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre jovens institucionalizados e jovens que residem no meio natural de vida relativamente a níveis mais elevados de sintomatologia PPST,  $t(359) = 1.11$ ,  $p = 0.27$ .

Relativamente à hipótese espera-se que a PPST esteja significativamente correlacionada com as subescalas da Qualidade de Vida, foi encontrada uma correlação negativa, estatisticamente significativa, entre a PPST e todas as subescalas da Qualidade de Vida. A correlação mais elevada deu-se na subescala dos sentimentos (tabela 2).

Tabela 2

*Correlação das variáveis em estudo: PPST e Subescalas da Qualidade de Vida*

	Saúde	Sentimentos	Relações Interpessoais	Escola
Total de PPST	-.37**	-.61**	-.42**	-.37**

*Nota.* \*\*  $p < .01$ .

Relativamente à hipótese espera-se que os jovens que relatem níveis mais elevados de PPST relatem menores níveis de qualidade de vida, foi encontrada uma correlação negativa forte, estatisticamente significativa, entre a qualidade de vida e sintomatologia de PPST,  $r = -.58$ ,  $p < .001$ . Desta forma, níveis mais elevados de PPST estão associados a menores níveis de qualidade de vida.

Finalmente, relativamente à hipótese espera-se que maiores níveis de PPST sejam preditores de menores níveis qualidade de vida, a análise de regressão linear hierárquica mostrou resultados estatisticamente significativos e explicou 39% da variância,  $R^2 = .394$ ,  $F(6, 343) = 37.12$ ,  $p < .001$ . Após ajustadas as variáveis sociodemográficas, as variáveis casa de acolhimento vs. Meio natural de vida  $\beta = -.17$ ,  $t = -3.03$ ,  $p < .05$ , 95% CI [-1.70, -7.98], o sexo,  $\beta = -.17$ ,  $t = -3.57$ ,  $p < .001$ , 95% CI [-2.15, -7.43], as experiências traumáticas,  $\beta = -.15$ ,  $t = -3.15$ ,  $p < .05$ , 95% CI [-.23, -1.01], e a sintomatologia PPST,  $\beta = -.51$ ,  $t = -10.94$ ,  $p < .001$ , 95% CI [-.28, -.40], foram preditores significativos de qualidade de vida. A variável “Casa acolhimento vs. Meio natural de vida” foi também preditora de Qualidade de Vida, ou seja, os jovens que

residem no meio natural de vida foram associadas a níveis mais elevados de Qualidade de Vida. Assim como o sexo, logo o sexo masculino foi associado a níveis mais elevados de Qualidade de Vida (ver Tabela 3).

Tabela 3  
*Análise de Regressão Hierárquica*

Modelo	B	B	T
Bloco 1: $R^2 = .08^{***}$			
Idade	-.38	-.04	-.52
Sexo	-8.38	-.30	-5.20 <sup>***</sup>
Grau de Escolaridade	-.12	-.01	-.17
Casa de Acolhimento vs Comunidade	-5.17	-.18	-2.63 <sup>**</sup>
Bloco 2: $R^2 = .39^{***}$ ; $\Delta R^2 = .38^{***}$			
Constante	-4.56		-.54
Idade	-.13	-.01	-.21
Sexo	-4.79	-.17	-3.57 <sup>***</sup>
Grau de Escolaridade	-.14	-.02	-.25
Casa de Acolhimento vs Comunidade	-4.84	-.17	-3.03 <sup>**</sup>
Experiências Traumáticas <sup>a</sup>	-.62	-.15	-3.14 <sup>**</sup>
Sintomatologia PPST <sup>b</sup>	-.34	-.51	-10.94 <sup>***</sup>

*Nota.* <sup>a</sup>Experiências Traumáticas = Lista de Experiências Traumáticas para DSM-V ([LEC-5] *Life Events Checklis-5* (Weathers *et al.*, 2013; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015b); <sup>b</sup>Sintomatologia PPST = *Child PTSD Symptom Scale - V* (CPSS-V; Gillihan *et al.*, 2012; Versão Portuguesa Correia-Santos, Jongenelen, Maia & Pinto, 2015a)

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

## Discussão

O objetivo principal desta dissertação passou pela exploração da relação entre qualidade de vida e sintomatologia de PPST em jovens com história de trauma. O estudo teve como novidade a utilização de uma amostra onde o critério A foi cumprido e a utilização de um questionário que avalia a sintomatologia de PPST segundo o DSM-V.

Após os resultados obtidos podemos dizer que a primeira hipótese foi parcialmente confirmada. Esperava-se que os jovens que residem no meio natural de vida apresentassem níveis mais elevados de qualidade de vida comparativamente com os jovens em situação de acolhimento. Na nossa amostra foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em duas das subescalas da qualidade de vida, nomeadamente na subescala escola e nas relações interpessoais. Em relação à subescala dos Sentimentos, existem alguns estudos que corroboram os nossos resultados, afirmando que as necessidades emocionais poderão não ser totalmente respondidas, uma vez que que nas instituições, ao contrário do que acontece numa família, existem poucos técnicos para muitas crianças, tendo influência nas relações interpessoais, nomeadamente na disponibilidade de afetos (Nogueira, 2004; Rizzini e Rizzini, 2004; Silva, 1997; Siqueira e Dell'Aglio, 2006; Weber e Kossobudzki, 1996, cit. Cavalcante, Magalhães e Pontes, 2007). Uma razão plausível para que a hipótese não tenha sido confirmada na totalidade, pode ser explicado recorrendo à análise das características da nossa amostra, em que estão incluídos jovens em situação de acolhimento e jovens que têm semelhanças socioeconómicas, comparativamente a estudos anteriores que utilizaram amostras de comparação da comunidade, com características socioeconómicas distintas (Kokko, Tremblay, Lacourse, & Vitaro, 2006; Townsend, Flisher, & King, 2007).

Relativamente à segunda hipótese, esperava-se que os jovens que residiam em casas de acolhimento apresentassem níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os jovens que residem no meio natural de vida. Esta hipótese não foi confirmada, pois não existiram diferenças estatisticamente significativas em relação à sintomatologia PPST quando comparados os dois grupos. Este resultado foi encontrado em vários estudos da literatura que indicaram que os jovens que residem em casas de acolhimento relataram níveis mais elevados de sintomatologia de PPST comparativamente com os jovens que residiam no meio natural de vida (Briggs *et al.*, 2012; Gupta & Gupta, 2014). Uma explicação plausível para que esta hipótese não

tenha sido significativa prende-se com o facto de a nossa amostra ser constituída por jovens da comunidade que não tiveram, maioritariamente, sucesso escolar no ensino regular, sendo que este insucesso pode estar relacionado com abuso de substâncias e problemas cognitivos, emocionais e comportamentais (Kokko, Tremblay, Lacourse, & Vitaro, 2006; Townsend, Flisher, & King, 2007). Para além disso, a descrição da amostra revela que estes jovens relataram elevada adversidade na infância, elevado abuso de álcool e drogas (Pinto *et al.* 2017).

Em relação à terceira hipótese, esperava-se que a sintomatologia de PPST estivesse correlacionada com as subescalas da Qualidade de Vida. Esta hipótese confirmou-se uma vez que a PPST foi correlacionada com as quatro dimensões da Qualidade de Vida. Este dado é coerente com a informação presente na literatura relativamente à correlação das variáveis (Johansen; Wahl; Eilertsen; Weisaeth; & Hanestad; 2007; Warshaw *et al.*, 1993). A hipótese poderá ser melhor explicada devido à forma como surge a PPST, que diz respeito à maneira como cada indivíduo percebe o acontecimento traumático, criando, de seguida um generalizado sentimento de ameaça (Ehlers & Clark, 2000). Após exposto ao acontecimento traumático, os níveis de ansiedade, hipervigilância e stress de cada indivíduo tendem a aumentar (Schnurr, Hayes, Lunney, McFall, & Uddo, 2006). Desta forma, é possível perceber a razão pela qual a sintomatologia PPST afeta a qualidade de vida. A mudança na qualidade de vida após uma mudança no estado de saúde de um indivíduo passa por cinco componentes. Isto é, depois de exposto ao trauma, características como o otimismo, a autoestima e a sensação de controlo tendem a ficar mais debilitadas, (Ormel, 1983; Costa & McCrae, 1980; Haes, 1988; Scheier *et al.*, 1989 cit in Sprangers & Schwartz, 1999) assim como as expectativas que o indivíduo tem em relação à vida (Scheier e Carver, 1987 cit in Sprangers & Schwartz, 1999). Alterações no estado de saúde de um indivíduo podem provocar processos comportamentais, cognitivos e afetivos de forma a lidar com a doença, que neste caso é a adaptação ao trauma e às adversidades. Esses processos são capazes de alterar os padrões, ou a conceptualização da QV de um indivíduo. Deste modo, essa mudança afetou negativamente a QV dos adolescentes.

Tal como aconteceu na terceira hipótese, a quarta e a quinta foram confirmadas mas aqui a qualidade de vida foi avaliada como um constructo unidimensional. Esperava-se que jovens que relatassem níveis mais elevados de PPST relatassem menores níveis de qualidade de vida, resultado que foi consistente com a literatura (Warshaw *et al.*, 1993; Zatzick *et al.*, 1997; Miller *et al.*, 2002; Krakow *et al.*, 2002 &

Zoellner, Goodwin, & Foa, 2000). Assim, jovens com níveis mais elevados de PPST apresentaram menores níveis de Qualidade de Vida. Conclusão que se veio a intensificar com a análise da quinta hipótese. Esperava-se que maiores níveis de PPST fossem preditores de menores níveis de qualidade de vida. Esta hipótese foi confirmada, sendo o resultado, uma vez mais, consistente com a literatura variáveis (Johansen; Wahl; Eilertsen; Weisaeth; & Hanestad; 2007; Warshaw *et al*, 1993), logo níveis mais elevados de PPST são preditores de menores níveis de Qualidade de Vida.

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação e conclusão dos resultados. Nomeadamente, o facto deste estudo ter sido baseado num plano transversal. Embora a variável independente (VI) tenha sido avaliada de forma retrospectiva, este desenho tem limitações ao nível da relação causa efeito entre as variáveis que foram avaliadas num corte transversal. Assim, deve-se ter alguma atenção na interpretação dos resultados, relativamente à relação causal e linear entre variável independente (VI) e variável dependente (VD), pois, não havendo uma avaliação longitudinal, várias outras variáveis, ou acontecimentos, poderão também ter tido um efeito na variável dependente, no qual não foi possível controlar. Por essa razão, sugere-se que próximos estudos sigam uma linha longitudinal permitindo perceber as mudanças relativamente à sintomatologia de PPST ao longo do tempo, após exposição a acontecimentos traumáticas, sendo possível identificar a trajetória de adaptação ou vulnerabilidade (LeardMann, Smith, & Ryan, 2010; Stovall-McClough & Cloitre, 2006; Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007). Ainda na interpretação dos resultados, outra limitação é o facto de que a escala de PPST não está ainda validada para a População Portuguesa, tendo sido utilizada uma versão adaptada. Uma outra limitação é o facto de a amostra não ser representativa da população de jovens em situação de acolhimento e da comunidade, pelo que não é possível generalizar os resultados.

Apesar destas limitações, o presente estudo mostrou evidência empírica sobre a relação entre qualidade de vida e a sintomatologia de PPST em jovens com história de trauma. Os resultados possibilitaram a perceção de aspetos relevantes relativamente a esta amostra, particularmente a prevalência de sintomatologia de PPST e a exposição a experiências traumáticas, tanto em jovens institucionalizados, como em jovens da comunidade. Com base nos resultados apresentados por este estudo, pode ser necessário implementar medidas interventivas, tanto nas escolas profissionais como nas instituições de acolhimento com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos jovens com história de trauma após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos.

Deste modo, poderá ser importante a promoção da saúde e o acompanhamento dos jovens em serviços de psicologia para que sejam trabalhadas as questões relacionadas com o trauma e consequentemente melhorar a qualidade de vida.

## Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. d., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Ata Médica Portuguesa* vol.16, 309-320.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baltimore, & Maryland (2011). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Risk Prediction. *National Institute of Mental Health* at <http://www.nimh.nih.gov>.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R., Forneris, C. A., & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 34, 1-10.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 23(3), 339-376. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00033-3.
- Briggs, E. C., Greeson, J. K., Layne, C. M., Fairbank, J. A., Knoverek, A. M., & Pynoos, R. S. (2012). Trauma exposure, psychosocial functioning, and treatment needs of youth in residential care: Preliminary findings from the NCTSN Core Data Set. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(1), 1-15. doi: 0.1080/19361521.2012.646413.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J. & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cavalcante, L.C., Magalhães, C. M.C, & Ramos Pontes, F. A. (2007). Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspetos decisivos para o desenvolvimento. *Aletheia*, (25).

- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion Regulation and Interpersonal Problems as Predictors of Functional Impairment in Survivors of Childhood Abuse. *Behavior Therapy, 36*, 119-124.
- DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 539–555.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319 – 345. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
- Eiser, C. (1997). Children's quality of life measures. *Archives of disease in childhood, 77*(4), 350-354.
- Fairbank, J. A., Langley, K., Jarvie, G. J., & Keane, T. M. (1981). A selected bibliography on posttraumatic stress disorders in Vietnam veterans. *Professional Psychology, 12*, 578-586.
- Fattore, T., Mason, J., & Watson, E. (2007). Children's conceptualisation (s) of their well-being. *Social indicators research, 80*(1), 5-29.
- Ferreira, A. (2013). Perceção da Qualidade de Vida – Um estudo sobre a perceção de crianças e jovens em Lares de Infância e Juventude (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology, 67*(2), 194.
- Foy, D. W., Resnick, H. S., Sippelle, R. C., & Carroll, E. M. (1987). Preliminary military and post-military factors in the development of combat related stress disorders. *The Behavior Therapist, 10*, 3-9.
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*. Guilford Press.

- Galea S, Nandi A, Vlahov D (2005). The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews* 27, 78–91.
- Gallagher, B., & Green, A. (2012). In, out and after care: Young adults' views on their lives, as children, in a therapeutic residential establishment. *Children and Youth Services Review*, 34(2), 437-450.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52. *Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde*.
- Gillihan, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2012). The Child PTSD Symptom Scale: Psychometric Properties in Female Adolescent Sexual Assault Survivors. *Psychological Assessment*, 25(1), 23. doi: 10.1037/a0029553.
- Gupta, D., & Gupta, N. (2014). Risk of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Children Living in Foster Care and Institutionalised Settings. *Institutionalised Children Explorations and Beyond*, 1(1), 45-56.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine*, 118(8), 622-629.
- Hinds, P. S., Gattuso, J. S., Fletcher, A., Baker, E., Coleman, B., Jackson, T., ... & Pui, C. H. (2004). Quality of life as conveyed by pediatric patients with cancer. *Quality of Life Research*, 13(4), 761-772.
- Howlett, J. R., & Stein, M. B. (2016). Prevention of trauma and stressor-related disorders: A review. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 357-369.
- Jackson, S. (1994). Educating children in residential and foster care. *Oxford Review of Education*, 20(3), 267-279.
- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., Weisaeth, L., & Hanestad, B. R. (2007). The predictive value of post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life: a longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. *Health and quality of life outcomes*, 5(1), 26.

- Kaysen, D., Resick, P. & Wise, D. (2003). Living In Danger: The Impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder. *Trauma, Violence and Abuse*, 4(3): 247-264.
- Kenardy, J., Heron-Delaney, M., Warren, J., & Brown, E. A. (2015). Effect of Mental Health on Long- Term Disability After a Road Traffic Crash: Results From the UQ SuPPORT Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96, 410-417.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., & Acierno, R. (2003). Mental health needs of crime victims: Epidemiology and outcomes. *Journal of traumatic stress*, 16(2), 119-132.
- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., & Gudanowski, D. M. (1996). Prewar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 520-531.
- Kokko, K., Tremblay, R. E., Lacourse, E., Nagin, D. S., & Vitaro, F. (2006). Trajectories of prosocial behavior and physical aggression in middle childhood: Links to adolescent school dropout and physical violence. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 403-428.
- Krakov, B., Melendrez, D., Johnston, L., Warner, T. D., Clark, J. O., Pacheco, M., & Schrader, R. (2002). Sleep-disordered breathing, psychiatric distress, and quality of life impairment in sexual assault survivors. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(7), 442-452.

- LeardMann, C. A., Smith, B., & Ryan, M. A. (2010). Do adverse childhood experiences increase the risk of postdeployment posttraumatic stress disorder in US marines?. *BMC Public Health*, *10*(1), 1.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2009). Giving voice to the unsayable: Repairing the effects of trauma in infancy and early childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *18*(3), 707–720. doi: 10.1016/j.chc.2009.02.007.
- Lima, L., Guerra, M. P., & Lemos, M. S. (2016). Adaptação da escala genérica do Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida – Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 – PedsQL, a uma população portuguesa. *Estudos psicométricos*, *8*.
- Lowe, S. R., Sampson, L., Gruebner, O., & Galea, S. (2015). Psychological resilience after Hurricane Sandy: The influence of individual- and community-level factors on mental health after a large-scale natural disaster. *PLOS ONE*, *10*(5), 1-15.
- Lowy, A., & Bernhard, J. (2004). Quantitative assessment of changes in patients' constructs of quality of life: an application of multilevel models. *Quality of Life Research*, *13*(7), 1177-1185.
- Maercker, A.; Michael, T.; Fehm, L.; Becker, E. & Margraf, J. (2004). Age of Traumatization as a Post-traumatic Stress Disorder or Major Depression in Young Women. *British Journal of Psychiatry*, *184*: 482-487.
- Maia, A. & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-stress Traumático (PTSD) e Avaliação da Resposta ao Trauma. In M. Pereira & J. Monteiro-Ferreira. *Stress Traumático. Aspectos Teóricos e Intervenção*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *30*(1), 71-75. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.03.003.

- Matsunaga, N. Y., Ribeiro, M. A. G. D. O., Saad, I. A. B., Morcillo, A. M., Ribeiro, J. D., & Toro, A. A. D. C. (2015). Evaluation of quality of life according to asthma control and asthma severity in children and adolescents. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, *41*(6), 502-508.
- McAuley, C., & Davis, T. (2009). Emotional well-being and mental health of looked after children in England. *Child & Family Social Work*, *14*(2), 147-155.
- Miller, K. E., Weine, S. M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z. D., Smajkic, A., ... & Worthington, G. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *Journal of traumatic stress*, *15*(5), 377-387.
- Murtonen, K., Suomalainen, L., Haravuori, H., & Marttunen, M. (2012). Adolescents' experiences of psychosocial support after traumatization in a school shooting. *Child and Adolescent Mental Health*, *17*(1), 23-30.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disaster: A systematic review. *Psychological Medicine*, *38*, 467-480.
- Nicolussi, A. C., Sawada, N. O., Cardozo, F. M. C., Andrade, V., & Paula, J. M. D. (2014). Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Northeast Network Nursing Journal*, *15*(1).
- Pantell, R. H., & Lewis, C. C. (1987). Measuring the impact of medical care on children. *Journal of chronic diseases*, *40*, 99S-108S.
- Pinto, R. J., & Maia, Â. C. (2014). Psychopathology among youths who were victims of documented childhood maltreatment. *Child and Adolescent Mental Health*, *19*(2), 122-130. doi: 10.1111/camh.12020.
- Pinto, R. J., & Maia, Â. C. (2013). A Comparison Study between Official Records and Self- Reports of Childhood Adversity. *Child Abuse Review*, *22*(5), 354-366. doi: 10.1002/car.2232.

- Pinto, R. J., Morgado, D., Reis, S., Monteiro, R., Levendosky, A., & Jongenelen, I. (2017). When social support is not enough: trauma and PTSD symptoms in a risk-sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 72, 110-119.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de psicologia*, 25(3), 405-416.
- Polnay, L., & Ward, H. (2000). Promoting the health of looked after children: Government proposals demand leadership and a culture change. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7236), 661-662.
- Quintães, C. R. P. (2009). *Era uma vez a Instituição onde eu vivi: Narrativas de adultos sobre experiências de institucionalização* (Doctoral dissertation).
- Rapaport, M. H., Endicott, J., & Clary, C. M. (2002). Posttraumatic stress disorder and quality of life: results across 64 weeks of sertraline treatment. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, A. (2008). Estudo das Características Psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory – PTGI – (Inventário do Crescimento Pós-Traumático) para a População Portuguesa. *Atas da XIII Conferência Internacional da Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde.
- Roca, R. P., Spence, R. J., & Munster, A. M. (1992). Posttraumatic Adaptation and Distress Among Adult Burn Survivors. *Am J Psychiatry*, 149(9), 1234-1238.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., & Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539–555.
- Schiff, M., Pat-Horenczyk, R., & Peled, O. (2010). The role of social support for Israeli adolescents continually exposed to terrorism: Protective or compensatory factors?. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(2), 95-108.

- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). Understanding relationships among trauma, posttraumatic stress disorder, and health outcomes.
- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., McFall, M., & Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(4), 707.
- Snipes, D. J., Calton, J. M., Green, B. A., Perrin, P. B., & Benotsch, E. G. (2015). Rape and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Examining the Mediating Role of Explicit Sex–Power Beliefs for Men Versus Women. *Journal of Interpersonal Violence, 1*-18.
- Sprangers, M. A., & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social science & medicine, 48*(11), 1507-1515.
- Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(2), 219.
- Tay, A. K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., & Silove, D. (2015). Pathways involving traumatic losses, worry about family, adult separation anxiety and posttraumatic stress symptoms amongst refugees from West Papua. *Journal of Anxiety Disorders, 35*, 1-8.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin, 132*(6), 959-992. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959.
- Townsend, L., Flisher, A. J., & King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*(4), 295-317.
- Varela, A. M., & Leal, I. (2011). A perturbação de pós-stress traumático e o sentido de coerência em mulheres com cancro da mama. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 6*, 15-19.

- Vaz-Serra, A., Canavarro, MC., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49
- Xu, K., & Yuan, P. (2014). Effects of three sources of social support on survivor`s posttraumatic stress after the Wenchuan earthquake. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 229-243.
- Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 71-84.
- Warshaw, M. G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K. A., Massion, A. O., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1512-1512.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov).
- Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., ... & Wells, K. B. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1690-1695
- Zoellner, L. A., Goodwin, M. L., & Foa, E. B. (2000). PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *Journal of traumatic stress*, 13(4), 635-649.