

Dados de exposição potencialmente traumática na população Portuguesa utilizando as Versão Portuguesas do *Life Events Checklist* e o *Life Stressor Checklist – Revised*

Ângela Maia* & Catarina Resende**

*Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

**Aluna do Mestrado Integrado em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho
angelam@psi.uminho.pt

RESUMO

Sabe-se que a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos ao longo da vida aumenta a probabilidade de desenvolver sintomas de Stress pós-traumático, mas também de outras psicopatologias. A utilização de listas de acontecimentos de vida é muito frequente, mas ao contrário do que acontece com instrumentos para avaliar a perturbação psicológica, poucos estudos são realizados sobre os instrumentos que avaliam exposição. O *Life Events Checklist (Lista de Acontecimentos de Vida, Maia e Fernandes, 2000)* faz parte daquela que é considerada o melhor medida para avaliar PTSD (entrevista CAPS, de Blake et al, 1990), existindo apenas um estudo psicométrico desta checklist (Gray et al, 2004). O *Life Stressor Checklist – Revised* (Wolfe et al, 1996; Lista de Acontecimentos Stressantes, Antunes, Resende & Maia, 2007), é uma lista ainda mais abrangente em termos das situações avaliadas, e considerada psicometricamente bem validada (Weathers et al, 2007).

Neste trabalho apresentaremos os resultados que temos obtido em diversos estudos, que envolvem mais de 750 pessoas (estudantes universitários, populações clínicas e populações na comunidade), no que se refere às prevalências de exposição aos acontecimentos potencialmente traumáticos medidos por estes dois instrumentos, bem como as relações que temos encontrado entre o índice de exposição e diversos indicadores de psicopatologia.

São discutidas as questões de validade e os problemas metodológicos que decorrem da utilização de instrumentos de auto-relato para avaliar a exposição a acontecimentos adversos e potencialmente traumáticos.

A investigação sobre o impacto das experiências adversas, especialmente as experiências potencialmente traumáticas (EPT) sobre a saúde mental tem recebido um interesse considerável especialmente desde os anos 90 do século XX, mas já no início dos anos 80 Dohrenwend e Dohrenwend (1981) afirmaram que as experiências de stress tinham um efeito cumulativo que se constituía como um factor de risco para o desenvolvimento de doença mental.

Os estudos epidemiológicos mostram que a probabilidade de exposição a situações potencialmente traumáticas ao longo da vida é muito elevada, tendo estudos realizados com populações jovens encontrados taxas de prevalência que oscilam entre os 32% (Breslau &

Davis, 1992) e 67 % (Bernat *et al.*, 1998). Um estudo realizado com jovens universitários portugueses (Maia *et al.*, 2006), com idade média de 20 anos, verificou que 24 % considerava que já tinha vivido uma experiência traumática.

Os estudos sobre exposição em adultos têm igualmente encontrado valores muito elevados. Por exemplo Kessler *et al.*, (1995), num estudo realizado nos Estados Unidos, verificou que 61% dos homens e 51% das mulheres tinham vivido pelo menos um acontecimento traumático, enquanto outros estudos encontraram percentagens de cerca de 70% (Norris, 1992; Resnick *et al.*, 1993; Kubany, Haynes, Leisen, Owens, Kaplan, Watson & Burns, 2000), estando os valores mais elevados entre 85 e 90% (Breslau, 1998; Kilpatrick *et al.* 1992). Um estudo realizado em Portugal (Albuquerque *et al.* 2003) mostrou que 75% dos 2606 adultos avaliados relatavam ter sido expostos a pelo menos um acontecimento traumático.

Tem existido uma ampla discussão sobre o que é, de facto, um acontecimento traumático, tendo a discussão deste conceito acompanhado a definição de trauma que tem surgido desde o DSM-III (cf. Weathers & Keane, 2007). O DSM-IV (APA, 1994) define “acontecimento traumático”, como “a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros” (APA, 1994, p. 427-428). Simultaneamente, no DSM-IV, para uma experiência ser trauma, a resposta da pessoa deve incluir medo, impotência ou horror.

No contexto da investigação têm surgido inúmeros instrumentos para avaliar quer a exposição a trauma, quer os sintomas de perturbação de Stress pós traumático (PTSD na sigla inglesa) (cf. Norris & Hamblen, 2004). Paralelamente têm-se expandido os estudos sobre o impacto que a exposição a acontecimentos adversos tem na saúde mental, e mais recentemente na saúde física (cf. Maia, 2006).

Sabe-se que a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos ao longo da vida aumenta a probabilidade de desenvolver sintomas de PTSD, mas também de outras psicopatologias, nomeadamente Dissociação. A dissociação corresponde à incapacidade de integrar na consciência aquilo que está a acontecer (van der Kolk *et al.*, 1996), e é frequente em situações altamente stressantes. Uma das formas de dissociação é a dissociação peri-traumática, que se manifesta por sintomas de despersonalização ou desrealização. A investigação tem mostrado que maior dissociação peri-traumática está associada ao desenvolvimento de PTSD (e.g., Marmar *et al.*, 1994; Marmar *et al.*, 1996; Marmar, 1997)

A Perturbação de Stress Pós-Traumático é uma síndrome que pode decorrer da exposição a trauma, sendo que para o diagnóstico de PTSD é necessário para além da exposição e a reacção de medo, impotência ou horror (critério A), a presença de sintomas de re-

experiência do acontecimento traumático, de evitamento dos estímulos associados ao trauma ou embotamento da reactividade geral e sintomas de activação aumentada. Frequentemente esta perturbação aparece associada a outras, nomeadamente perturbações de ansiedade e humor (e.g. McFarlane & Papay, 1992).

Em suma, a investigação tem mostrado que a exposição traumática não é uma experiência rara, e que ela aumenta a probabilidade de desenvolver perturbação física e psicológica. Esta constatação tem levado vários investigadores a desenvolverem instrumentos que procuram avaliar a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos, embora se tenha verificado que um dos problemas é que a maioria dos instrumentos avalia a exposição aos acontecimentos, mas não a sua resposta a esse acontecimento, não permitindo assim uma completa apreciação do critério A para a ocorrência de PTSD (cf. Norris & Hamblen, 2004).

O objectivo deste trabalho é apresentar os resultados sobre exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos que têm sido obtidos em diversos estudos. Primeiro serão apresentados os resultados obtidos com a Lista de Acontecimentos de Vida e depois com *Life Stressor Checklist – Revised*. Serão ainda apresentadas as relações entre o índice de exposição e indicadores de psicopatologia.

PARTE 1.

RESULTADOS SOBRE EXPOSIÇÃO A ACONTECIMENTOS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS UTILIZANDO A LISTA DE ACONTECIMENTOS DE VIDA

A *Life Events Checklist (Lista de Acontecimentos de Vida)* é a tradução de uma *checklist* de acontecimentos potencialmente traumáticos, e faz parte daquela que é considerada o melhor medida para avaliar PTSD (entrevista CAPS, de Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Gusman, Charney et al, 1995). Esta lista foi traduzida por Maia e Fernandes (2000), seguindo as indicações Hambleton, (1994) no que se refere a uma adaptação portuguesa com equivalência linguística, cultural, e do constructo. Este instrumento é composto por 17 itens que correspondem ao mesmo número de acontecimentos. Existe apenas um estudo psicométrico desta *checklist* (Gray, Litz, Hsu & Lomabardo, 2004), que encontrou boas qualidades psicométricas (boa estabilidade temporal e elevada convergência com uma medida válida de exposição a trauma).

O tipo de acontecimentos avaliados inclui incêndios, acidentes, violência, morte, etc., sendo que para cada acontecimento o sujeito indica o que se aplica no seu caso: “aconteceu-me”, “vi acontecer”, “soube que aconteceu” e “não se aplica”. Nos estudos aqui apresentados são apenas

relatados os resultados de exposição directa, que corresponde a “aconteceu-me”, mas para o estudo de relação com outras variáveis foi calculado um total de exposição considerando as diferentes formas de vivência do acontecimento.

ESTUDO 1. RELAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO POTENCIALMENTE TRAUMÁTICA E DISSOCIAÇÃO PERI-TRAUMÁTICA EM JOVENS PORTUGUESES

MÉTODO

Participantes

200 sujeitos, 98 estudantes universitários e 102 sujeitos em formação profissional; com idade entre os 18 e os 30 anos (média = 20.61; dp=1.80; mediana=20), sendo 109 elementos do sexo feminino (45%) e 91 do sexo masculino (55%).

Instrumento

Para além do LAV, antes descrito, utilizou-se o *Questionário de Dissociação Peritraumática* (QDP; *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*; PDEQ - Marmar *et al*, 1997). Trata-se um questionário composto por 10 itens respondidos numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos, que visam avaliar a resposta dissociativa durante a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos. Em Portugal, o instrumento foi adaptado por Maia, Horta-Moreira e Fernandes, tendo as autoras encontrado um só factor que explica 46,6% da variância e uma consistência interna de .87.

Procedimento

Depois das devidas autorização e obtido o consentimento informado, os sujeitos foram avaliados em grupo nos estabelecimentos de ensino superior e formação profissional que frequentam.

Resultados

Os resultados relativos à exposição destes sujeitos encontram-se no quadro 1, coluna correspondente a estudo 1.

No que diz respeito à relação da exposição adversa com sintomas de dissociação peritraumática, verificou-se uma correlação de Spearman de .42, o que é altamente significativo.

ESTUDO 2. EXPOSIÇÃO POTENCIALMENTE TRAUMÁTICA E PSICOPATOLOGIA GERAL EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

MÉTODO

Participantes

112 estudantes universitários, com idades entre 17 e 50 anos (média = 20,71; dp=3.63, mediana=20), sendo 67 sujeitos do sexo masculino (59,8%) e 45 do sexo feminino (40,2%).

Instrumentos

Para além da Lista de Acontecimentos de Vida, os sujeitos preencheram O *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1993, adaptado por Canavarro, 1999). É um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens. O indivíduo tem que classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala tipo likert (“1-Nunca”; “2-Poucas Vezes”; “3-Algumas vezes”; “4- Muitas vezes”; “5-Muitíssimas vezes”¹). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos ao nível de nove dimensões básicas (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais (índice de sintomas positivos – ISP, índice geral de sintomas – IGS e total de sintomas positivos – TSP). O alfa de Cronbach deste instrumento neste estudo é de .95.

Procedimento

Após autorização das instituições envolvidas, os estudantes eram informados sobre o estudo e obtido consentimento informado. Procedeu-se à recolha de dados em grandes grupos que correspondiam a turmas.

Resultados

Os resultados relativos à exposição destes sujeitos encontram-se no quadro 1, coluna correspondente a estudo 2.

No que diz respeito à relação da exposição adversa medida pela LAV com sintomas de psicopatologia geral, verificou-se uma correlação de Spearman de .36, valor que é altamente significativo.

¹ É importante realçar que, apesar de a escala ter sido apresentada desta forma aos participantes, foi posteriormente recodificada para efeitos de tratamento de dados, considerando-se que variava entre 0 e 4.

ESTUDO 3. EXPOSIÇÃO POTENCIALMENTE TRAUMÁTICA, DISSOCIAÇÃO PERI-TRAUMÁTICA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO E APOIO SOCIAL EM MULHERES COM CANCRO

MÉTODO

Participantes

54 mulheres com diagnóstico de cancro da mama submetidas a mastectomia, internadas no Instituto Português de Oncologia do Porto. A idade média das participantes é de 51,85 anos, (DP = 14,005).

Instrumentos

Para além da Lista de Acontecimentos de Vida, a participantes preencheram:

Questionário de Dissociação Peritraumática (QDP; *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*; PDEQ - Marmar et al, 1997)²

A *Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático* (EARAT, McIntyre, 1993) é um questionário de auto-resposta com 2 partes, uma descritiva de experiências traumáticas e uma segunda (usada neste estudo) composta por 17 itens dicotómicos, que descrevem os sintomas de PTSD de acordo com os critérios do DSM – IV (re-experienciação, evitamento e activação). Em vários estudos a consistência interna da escala tem sido superior a .90.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Zigmond e Snaith (1983), avalia os níveis de ansiedade e depressão em doentes com doença física e em tratamento ambulatorio, não incluindo itens focalizados nos aspectos somáticos, o que é apropriado para os doentes com patologia não psiquiátrica (Froese, Vasquez, Cassem e Hackett, 1974). É composta por 14 itens divididos em duas sub-escalas: ansiedade (7 itens) e depressão (7 itens). Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa de McIntyre, Pereira, Gouveia e Silva (1999), constituída pelos 14 itens da escala original (7 para a sub-escala de ansiedade e 7 para a sub-escala de depressão).

Escala de Apoio Social (EAS) desenvolvida por Matos e Ferreira (2000), é uma escala de auto-resposta constituída por 16 itens. Esta escala revela uma boa fidelidade, tendo Matos e Ferreira (1999) obtido um Alpha de Cronbach de 0.849 para uma amostra de 214 sujeitos e, uma correlação teste-reteste de 0.957 para um intervalo mínimo de um mês.

Procedimento

² Instrumento já descrito no estudo 1

Após obtenção de autorização por parte da instituição hospitalar, cada mulher que aceitou participar preencheu os questionários. A avaliação foi feita individualmente.

Resultados

Os resultados relativos à exposição destes sujeitos encontram-se no quadro 1, coluna correspondente a estudo 3.

No que diz respeito à relação da exposição adversa medida pela LAV com sintomas de Dissociação peri-traumática, verificou-se uma correlação de Spearman de .305, valor que é significativo. A correlação com a escala de PTSD teve o valor de .400 ($p < .001$) e com a escala de ansiedade e depressão teve o valor de .276 ($p < .05$). Finalmente observou-se uma correlação negativa significativa ($p < .05$) entre exposição potencialmente traumática e Apoio Social ($R_{sp} = -.282$).

ESTUDO 4. EXPOSIÇÃO POTENCIALMENTE TRAUMÁTICA EM VÍTIMAS DE ACIDENTES

MÉTODO

Participantes

42 pessoas que estiveram envolvidas em acidentes rodoviários, de ambos os géneros mas com mais de 18 anos de idade, que na sequência do acontecimento tenham necessitado de cuidados médicos. Estes sujeitos sofreram acidentes rodoviários ou atropelamentos, tendo sido representados ambos os géneros (género masculino: $n=30$, 71.4%; género feminino: $n=12$, 28,6%) com idades compreendidas entre os 18 e os 84 anos. A média de idades é de 40,43 anos ($DP=18.66$).

Procedimento

Após obtenção de autorização por parte de várias instituições hospitalares, cada sujeito que aceitou participar preencheu os questionários. A avaliação foi feita individualmente.

Resultados

Os resultados relativos à exposição destes sujeitos encontram-se no quadro 1, coluna correspondente a estudo 4.

Quadro 1. Resultados relativos à exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos em 4 grupos de sujeitos para a condição “aconteceu-me”, utilizando a Lista de Acontecimentos de Vida.

<i>Acontecimento</i>	<i>Estudo 1 Est Univ e form prof</i>	<i>Estudo 2 Est Univ</i>	<i>Estudo 3 Mulheres cancro</i>	<i>Estudo 4 Vítimas acidentes</i>
Desastre natural (ex., inundação, furacão, tornado, tremor de terra)	11 (6%)	17 (15%)	11 (20%)	3 (7.1%)
Fogo ou explosão	17 (9%)	14 (13%)	7 (14%)	-
Acidente num transporte (ex. motociclo, carro, barco, comboio, avião)	55 (41%)	82 (47%)	15 (28%)	42 (100%)
Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa	16 (8%)	18 (16%)	3 (6%)	17 (41%)
Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)	5 (3%)	6 (5%)	8 (15%)	4 (10%)
Agressão física (ex., ser atacado, batido, esbofeteado, pontapeado,)	34 (17%)	29 (25%)	7 (13%)	6 (14%)
Ameaça com arma (baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola,)	22 (11%)	10 (9%)	6 (11%)	2 (5%)
Agressão sexual (violação, tentativa de violação)	8 (4%)	3 (3%)	3 (6%)	1 (2%)
Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável	23 (12%)	6 (5%)	3 (6%)	1 (2%)
Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)	2 (1%)	1 (1%)	-	2 (5%)
Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)	3 (2%)	0 (0%)	-	1 (2%)
Doença ou ferimento que ameaçou a vida	13 (7%)	17 (15%)	21 (39%)	6 (14%)
Sofrimento humano intenso	18 (9%)	10 (9%)	-	5 (11%)
Assistir a morte repentina, violenta (por homicídio, suicídio)	0 (0%)	3 (3%)	-	2 (5%)
Morte inesperada e repentina de alguém próximo (e.g. homicídio ou suicídio)	19 (10%)	7 (6%)	12 (22%)	3 (7%)
Causar ferimento, dor ou morte a alguém	17 (9%)	10 (10%)	5 (9%)	3 (7%)
Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante	57 (29%)	20 (18%)	22 (41%)	5 (12%)

PARTE II.

RESULTADOS SOBRE EXPOSIÇÃO A ACONTECIMENTOS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS UTILIZANDO A LISTA DE ACONTECIMENTOS STRESSANTES

A *Life Stressor Checklist-Revised* (L.S.C.-R., de Wolfe et al., 1996) é uma lista mais abrangente do que a LAV em termos das situações avaliadas, e considerada psicometricamente bem validada (Weathers et al, 2007). A *checklist* foi traduzida por Antunes, Resende e Maia (2007), dando origem à Lista de Acontecimentos Stressantes.

Este Instrumento consiste numa lista de 30 acontecimentos de vida adversos. No final do questionário, e no estudo em que foi utilizado, foi acrescentado o item: “Selecione qual o acontecimento que foi para si mais perturbador (indique, por favor, o nº do item a que se refere e descreva-o brevemente)” (cf. Resende, 2008).

Com o intuito de determinar a confiança de teste-reteste deste instrumento foi utilizada uma sub-amostra de 62 sujeitos. A confiança de teste-reteste em relação ao acontecimento considerado como o mais perturbador foi bastante aceitável ($r_{sp}=.783$, $p<.000$), para um intervalo de 4 semanas.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo foi realizado com um grupo de 544 sujeitos com idades compreendidas entre 17 e 68 anos, sendo a média de 35,42 (DP=11,23). No que concerne ao sexo dos participantes, 58% pertence ao sexo feminino e 42% ao sexo masculino.

Instrumentos

Para além da Lista de Acontecimentos Stressantes, os participantes neste estudo preencheram o BSI para avaliar psicopatologia e a escala EARAT para avaliar sintomas de PTSD.³

Procedimento

Obtidas as autorizações das instituições envolvidas, avaliaram-se os adultos que frequentavam 9 Centros de Novas Oportunidades (no âmbito da requalificação e validação de competências), uma biblioteca e uma Câmara Municipal. Paralelamente foram avaliados três turmas de ensino universitário e duas turmas de pós-graduação.

Resultados

No quadro 2 encontram-se os dados de exposição potencialmente traumática dos sujeitos deste estudo, bem como os dados referentes ao acontecimento julgado como o mais perturbador.

Quadro 2. Prevalência de Exposição a Experiências Adversas e percentagem de sujeitos que considera cada uma das experiências como a mais perturbadora dos últimos 5 anos (LSC-R)

Exposição	Acont. mais Perturbador (nos últimos 5 anos)
-----------	---

³ Estes instrumentos foram descritos na parte I deste trabalho, estudos 2 e 3.

Acontecimento	n	%	Mulheres	Homens
Estar envolvido num desastre natural.	44	8,1%	1,6%	1,8%
Assistir a um acidente grave.	172	31,6%	1,9%	8,4%
Sofrer um acidente grave.	65	11,9%	1%	3,1%
Ter um familiar preso.	29	5,3%	0,6%	0,9%
Ter estado preso.	2	0,4%	-	-
Ter sido acolhido por uma família de acolh./colocado para adoção.	6	1,1%	-	-
Divórcio parental.	30	5,5%	0,6%	0,9%
Divórcio.	29	5,3%	1,3%	0,4%
Problemas financeiros graves.	32	5,9%	1,6%	-
Sofrer de uma doença física ou mental grave.	44	8,1%	0,3%	0,9%
Experiência de abuso emocional (e.g. ridicularizado, ignorado).	37	6,8%	0,3%	0,9%
Ter sido fisicamente negligenciado (e.g. não ser correctamente alimentado quando estava doente).	14	2,6%	-	-
Aborto.	17	3,1%	1,6%	-
Separação de um filho contra a própria vontade.	6	1,1%	0,3%	0,4%
Possuir um filho com doença física ou mental grave.	12	2,2%	0,6%	0,4%
Responsabilidade de cuidar de alguém próximo com doença física ou mental grave.	48	8,8%	1,9%	1,8%
Morte inesperada de um familiar ou amigo próximo.	203	37,3%	23,4%	24,3%
Morte de um familiar ou amigo próximo.	262	48,2%	15,1%	14,2%
Assistir a violência entre membros de família.	81	14,9%	1,9%	1,8%
Assistir a um assalto ou ataque.	65	11,9%	1,9%	2,2%
Ser assaltado ou sofrer um ataque físico.	54	9,9%	1,9%	1,8%
Ser atacado/ameaçado por parte de alguém conhecido, antes dos 16 anos.	28	5,1%	1%	-
Ser atacado/ameaçado por parte de alguém conhecido, depois dos 16 anos.	24	4,4%	1,9%	2,2%
Ser aborrecido ou incomodado por comentários, piadas ou pedidos de favores sexuais por alguém do local de trabalho/escola.	41	7,5%	1,3%	-
Ter sido tocado ou tocar em alguém de forma sexualizada devido a ameaças ou uso de força, antes dos 16 anos.	11	2%	0,6%	-
Ter sido tocado ou tocar em alguém de forma sexualizada devido a ameaças ou uso de força, depois dos 16 anos.	4	0,7%	1,3%	-
Ter tido relações sexuais contra a sua vontade antes dos 16 anos.	6	1,1%	0,6%	0,9%
Ter tido relações sexuais contra a sua vontade depois dos 16 anos.	2	0,4%	1%	-
Outros acontecimentos traumáticos.	8	1,5%	0,6%	1,3%
Conhecimento da ocorrência de algum dos acontecimentos anteriormente referidos a uma pessoa próxima.	90	16,5%	3,2%	4,4%

O cálculo do número de experiências traumáticas verificou que 80,5% da amostra vivenciou mais do que um acontecimento adverso, sendo a média 3,80 (DP=2,57, mediana =3) por pessoa.

No que se refere às relações da exposição traumática com sintomas de psicopatologia, neste estudo verificou-se uma correlação de Spearman de .309 entre exposição de psicopatologia geral e .352 entre exposição e sintomas de PTSD: Estes dois valores são altamente significativos.

CONCLUSÃO

O propósito deste trabalho era relatar os dados referentes a exposição potencialmente traumática que foram encontrados em diversos estudos e que utilizaram a Lista de Acontecimentos de Vida (LAV) e a Lista de Acontecimentos Stressantes (LAS).

As análises dos dados expostos nos quadros apresentados permitem constatar que nos estudos que se utilizaram a LAV, mesmo quando os participantes tinham óbvias características em comum, se encontram alguma diversidade de resultados. Isto pode explicar-se pelas diferenças dos grupos, mas também pelo enquadramento deste instrumento no total dos protocolos onde eles estavam inseridos, reflectindo assim a influência de várias variáveis no auto-relato de acontecimentos retrospectivos. Saliente-se no entanto que é no item sobre *Acidente num transporte* que encontramos a maior percentagem, especialmente quando consideramos a população jovem, e onde se verificam percentagens superiores a 41 %. Note-se ainda que agressão física, outros acidentes e doença e ferimentos têm, pelo menos em algumas populações, percentagens consideráveis.

Em relação aos dados obtidos no estudo que utilizou o LAS, a morte de um familiar ou amigo próximo, inesperada ou não, foi o acontecimento que as pessoas relataram como mais frequente, seguidas de assistir a um acidente. As mortes foram consideradas os acontecimentos mais perturbadores nesta amostra, quer no sexo feminino, quer no masculino.

O confronto dos dados quando se considera a resposta a estes dois instrumentos tem de ter em consideração a diversidade dos participantes, mas não podemos deixar de salientar a forma como os itens são formulados. Por exemplo o LAV pede para relatar acidente num transporte, enquanto o LAS tem dois itens relacionados com acidentes: ter um acidente grave e assistir a um acontecimento grave. Obviamente um acidente grave, mesmo quando apenas observado, tem mais probabilidade de se constituir com uma experiência grave do que um acidente ligeiro.

Concluímos referindo que a utilização de listas de acontecimentos de vida é muito frequente, mas ao contrário do que acontece com instrumentos para avaliar a perturbação psicológica, poucos estudos são realizados sobre os instrumentos que avaliam exposição, quer no que se refere aos dados obtidos, quer aos estudos de validação psicométrica. Pensamos que este último desafio é extremamente importante, tanto mais que não conhecemos nenhum estudo realizado em Portugal com vista à validação de listas de acontecimentos de vida.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16,309 – 320.

American Psychological Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington, DC: APA,

Bernat, J. A, Ronfeldt H.M., Calhoun, K. S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 645–64.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman. FD, Charney DS, Keane TM. The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8: 75-90.

Breslau, N., & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population on young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.

Canavarro, C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In M. Gonçalves, L. Almeida, & M. Simões (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal (volume II)*. Braga: APPORT.

Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B.S. (1981). Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology. *Am J Community Psychol*; 9(2) 128-64

Froese, A., Vasquez, E., et al. (1974). Validation of anxiety and depression and denial scales in a coronary care unit. *Journal of Psychosomatic Research*, 18,137-141.

Gray, M., Litz, B., Hsu, J., & Lombardo, T. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist, Assessment, 11, 330-341.

Hambleton, R. K. (1994). Guidelines for adapting educational and psychological tests: A progress report. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 229–244.

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, 1048-1060.

Kubany, E.S., Haynes S. N., Leisen, M.B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*; 12, 210-24.

Maia, A., Guimarães, C., Magalhães, E., Capitão, L., Campos, M., & Capela, S. (2006). Experiências adversas e funcionamento actual: um estudo com jovens portugueses. *Actas do VI Congresso Nacional de Investigação em Psicologia Vol XII* (pp. 54-73), Évora.

Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e saúde. In *Stress traumático. Modelos, abordagens e Práticas*. Leiria: ADFA, ED Presença

Maia, A. Horta-Moreira, S., & Fernandes, E. (submetido a publicação). Adaptação portuguesa do *Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP)* numa amostra de bombeiros.

Marmar, C. (1997). Trauma and dissociation. *PTSD Research Quarterly*, 8(3), 2-8.

Marmar, C., Weiss, D., & Metzler, T. (1997). The peritraumatic dissociative experience questionnaire. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 413-428). New York: The Guilford Press.

Marmar, C., Weiss, D., & Metzler, T. (1997). The peritraumatic dissociative experience questionnaire. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 413-428). New York: The Guilford Press.

Marmar, C., Weiss, D., Metzler, T., & Delucchi, K., (1996) Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry* 153, 94-102.

Marmar, C., Weiss, D., Schlenger, W., Fairbank, J., Jordan, K., Kulka, R., & Hough, R. (1994). Peritraumatic dissociation and Posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry* 151, 902-907.

Matos, AP; & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21, 243-25.

McFarlane, A. C., & Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 498-504.

Norris, F. H., & Hamblen, J.,L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J. P: EWilson & T. M. Keane. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. (pp. 63-102). New York: Guilford.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different traumatic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.

Resende, C. (2008). Adaptação após exposição traumática: crescimento e/ou perturbação. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, Universidade do Minho

Resnick, H., Kilpatrick, D., Dansky B., Saunders, B., & Best C. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorders in a representative sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 61, 984-91.

van der Kolk, B, van der Hart, O., & Marmar, C. (1996). Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. In B. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 303-327). New York: The Guilford Press.

Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The Criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*.20, 107-121.

Wolfe, J., Kimerling, R. Brown, P. Chresman K., & Levin, K. (1996). Psychometric review of the life stressor checklist-revised In B. Stamm, (Ed.), *Instrumentation in stress, trauma, and adaptation*, (pp. 144–151), Sidran Press, Lutherville, MD.