

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DE SAÚDE – NORTE
COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL
(CESPU)**

MARIA JOANA FERREIRA BANGUEIRO MONTEIRO

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE IMPACTO DE ACONTECIMENTOS-
REVISTA (IES-R)**

Setembro, 2011

MARIA JOANA FERREIRA BANGUEIRO MONTEIRO

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE IMPACTO DE ACONTECIMENTOS-
REVISTA (IES-R)**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N) para obtenção do grau de mestrado, sob orientação do Prof. Doutor José Carlos Ferreirinha Cardoso da Rocha (Coordenador da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde – UnIPSa; Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU).

AGRADECIMENTOS

Quero primeiramente estender o meu agradecimento ao onnipotente, omnisciente criador, pela saúde, força e inteligência que me tem proporcionado desde o início desta carreira até ao presente momento.

É de todo o coração, que quero agradecer a Direcção do Instituto Superior de Ciências de Saúde Norte, a todos os Professores em especial o Prof. Doutor Rocha, pela forma incansável como se tem empenhado no engrandecimento do ensino na cidade de Benguela.

Estendo o meu agradecimento a minha família em especial os filhos, os meus colegas e amigos que nos momentos difíceis e de alegria sempre encorajaram-me de forma abnegada.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores descritivos da idade na amostra	37
Tabela 2- Frequências de sexos na amostra (n=250)	37
Tabela 3 - Frequências de Estado Civil na amostra (n=100).....	37
Tabela 4- Frequências face à Residência (n=100)	38
Tabela 5- Frequências face à província de Naturalidade (n=100)	38
Tabela 6 - Valores de frequência face à Profissão (n=100).....	38
Tabela 7- Valores de frequência N° de itens, média, desvio padrão, amplitude Min-Máx, amplitude verificada Min- Máx.....	41
Tabela 8- Frequência de N° de acontecimento traumático	42
Tabela 9- Frequência de valor discriminativo de acordo com o tipo de acontecimento traumático	42

LISTA DE ABREVIATURA

ASD- Perturbação Aguda do Stress

ASR – Reacções Normais do stress

PTSD – Perturbação pós-stress traumático

DSM III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

DSM –Diagnostic and Statistical of Mental

ICD – Classification of Diseases and Related Health

DSMIV – Diagnostic Statistical of Mental

SIDA – Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida

DIS – Diagnostic Interview Schedule

TSS – Traumatic stress schedule

TEQ – Traumatic Events Questionnaire

THQ – Trauma History Questionnaire

TLEQ – Traumatic Life Events Questionnaire

PSEI – Potencial Stressful Events Interview

NWS – National Women´s Study

PSS – SR- PTSD Symptom Scale Revised

TCC – Psicoterapia Cognitivo Comportamental

ISRS – Inibidores Selectivos da Recaptação de Serotonina

IESR – Escala de Impacto de acontecimentos Revista

ÍNDICE

Agradecimentos

Resumo

Abstract

INTRODUÇÃO	10
CAPITULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
1.1- CONCEITOS-CHAVE	12
1.2- CONCEPÇÕES SOBRE PERTURBAÇÕES DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO	12
1.3- EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA DA PTSD	15
1.4- FACTORES SUBJACENTES À PERTURBAÇÃO DO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO	19
1.5- AVALIAÇÃO CLÍNICA DA PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO.	23
1.6- INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA AO PACIENTE COM PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO	30
1.7- A HISTÓRIA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE ACONTECIMENTOS – REVISTA	33
CAPITULO II – MÉTODO	36
2.1- ABORDAGEM E TIPO DE INVESTIGAÇÃO	36
2.2- CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	37
2.3- INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	39
2.1.1- Descrição dos procedimentos metodológicos	39
CAPITULO III – RESULTADOS	41
3.1- CARACTERÍSTICAS GERAIS DA ESCALA.....	41
3.2- ESTUDO DE FIDELIDADE DA ESCALA	41
3.3- ESTUDO DE VALIDADE DA ESCALA	41
3.3.1- Validade convergente face a número de acontecimentos traumáticos..	42
3.3.2- Valor discriminativo de acordo com o tipo de acontecimento traumático	42

CAPITULO IV - DISCUSSÃO.....	45
CONCLUSÕES	47
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS.....	48

RESUMO

O presente estudo aborda o tema “ validação da escala de impacto de acontecimentos -Revista (IES-R) ”, tendo como objectivo analisar a validação da escala de impacto de acontecimentos, em diferentes contextos assistenciais, em utentes com perturbação pós-stress traumático. Realizou-se um estudo do tipo descritivo. Privilegiou uma abordagem fundamentalmente quantitativa. Colectou-se os dados nos centros de saúde Materno Infantil e Cambanda em Benguela no ano 2011. Torna-se importante disponibilizar um conjunto de conhecimentos teórico-práticos que permitirão a realização de uma avaliação consentânea e a qualidade de assistência.

ABSTRACT

This paper addresses the topic "Validation of the impact of events scale-Revised (IES-R)", aiming to analyze the validity of the scale of impact of events in different contexts assistance in users with post-traumatic stress disorder. We conducted a descriptive study. Favored a primarily quantitative approach. It collected the data on maternal and child health centers and Cambanda in Benguela in 2011. It is important to provide a set of theoretical and practical knowledge that will allow for a consistent assessment and quality of care.

INTRODUÇÃO

Na actualidade, a abordagem de temas relacionados com a perturbação pós-stress traumático assume um tratamento particular por parte de vários teóricos e pesquisadores na área da saúde, circunscrevendo tal abordagem em diferentes perspectivas visto que os indivíduos têm mantido contacto muito estreito com situações extremas ou traumáticas que condicionam o seu próprio estado de saúde.

Os acidentes, as mortes de familiares, as situações de violência ou de ameaças, entre outros, são exemplos de eventos potencialmente traumáticos, que envolvem o sentimento de completo desamparo diante de uma ameaça real ou subjectiva à própria vida, à vida de pessoas estimadas, bem como à integridade física, podendo colocar o indivíduo num estado de extrema confusão ou insegurança. Experiências potencialmente intensas e devastadoras possuem efeitos variáveis. A estes acontecimentos potencialmente críticos chamamos de acontecimento traumático. Entende-se por uma situação crítica por desencadear um conjunto de reacções e/ou perturbações agudas de stress e de pós-stress traumático.

Para Howarth e Leaman (2004), a perturbação pós-stress traumático é a designação que conota um padrão de reacção psicopatológico/emocional específico, resultante da exposição a um acontecimento traumático.

Face ao exposto, entende-se que a perturbação pós-stress traumático pode estimular alteração no estado de consciência ou alteração neurológica comprometendo as dimensões cognitivas, física ou psicossocial, constituindo uma das causas de morbilidade e mortalidade na sociedade angolana. A incidência de PTSD é mais elevada nos adultos, tendo como causa principal os acidentes de viação, as guerras, as quedas e as agressões. Aliados a estes, também se pode apontar para o abuso do álcool e de drogas como elementos que dão um forte contributo às consequências do pós-stress traumático. Para o efeito, os cuidados de pacientes neste período deve contar com especialistas com capacidades consubstanciadas no discernimento, equilíbrio emocional, competência técnica para

poder identificar os problemas, a fim de melhor estabelecer um diagnóstico clínico, visando o restabelecimento do funcionamento normal do seu organismo.

No entanto, quando se valorizam os problemas que condicionam o bem-estar do homem como uma realidade global, constitui uma ocasião favorável para vincar-se como uma força de acções na solução destes que passa necessariamente pela educação activa com propostas valiosas proveitosas e inovadoras que favorecem a consciência do homem, com vista o progresso social.

Quanto ao contexto angolano, observa-se algumas insuficiências que se prendem com a inexistência de qualquer adaptação de instrumentos para a avaliação de trauma pós-stress o que constitui grande preocupação. Deste modo, constituíram as razões para a realização do presente estudo: **(i)** efectuar a validação da escala de impacto de acontecimentos para a avaliação da perturbação pós-stress traumático; **(ii)** identificar as técnicas de avaliação psicológica e clínicas utilizadas para a avaliação do paciente no pós-stress traumático. Assim, o objectivo desta investigação consiste em analisar a validação da escala de impacto de acontecimentos-revista (ies-r), em diferentes contextos assistenciais, em doentes com a perturbação pós-stress traumático. Além disso, procuramos disponibilizar um conjunto de conhecimentos teórico-práticos sobre o pós-stress traumático que permitirão a realização de uma avaliação mais qualificada, bem como uma assistência clínica condigna.

De acordo com os objectivos propostos, o estudo está estruturado em quatro capítulos antecidos de uma introdução, contendo de entre outros os aspectos metodológicos essenciais do estudo. No capítulo I, apresentamos as constatações de diversas obras à volta da problemática em estudo no que respeita à avaliação da perturbação pós-stress traumático de forma a cobrir insuficiências identificadas ao longo da pesquisa e algumas percepções como contributo prático da pesquisa. De seguida, capítulo II, apresenta-se a metodologia do estudo. O terceiro III, apresenta-se pormenorizadamente os resultados da investigação. O capítulo IV, dedica-se à discussão dos resultados da investigação.

Finalmente apresentamos as conclusões, achadas relevantes e a bibliografia, bem como um corpo de anexos como elementos complementares do estudo.

CAPITULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são apresentadas as definições de alguns conceitos-chave, como também os posicionamentos teóricos considerados valiosos de alguns autores sobre a temática em abordagem.

1.1- CONCEITOS-CHAVE

A abordagem do tema da perturbação pós-stress traumático é muito complexa. Para melhor entendermos o assunto, este capítulo traz alguns conceitos que envolvem o atendimento em psicologia clínica, de tal importância para o entendimento do conteúdo no presente trabalho, como se segue:

Uma perturbação pode ser definida como uma síndrome de respostas cognitivas – atencionais caracterizada pela atenção autocentrada, processamento online de auto crenças negativas, preocupação e ruminação, monitorização da ameaça e implementação de determinado coping que interferem com o desenvolvimento de conhecimento mais adaptativo (Wells, 2003).

A Perturbação do pós-stress – traumático é um padrão de reacção psicopatológica comportamental /emocional específico, resultante da exposição a um acontecimento traumático (Howarth e Leaman, 2004). Enquanto um traumatismo é uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, e psicológicos), de forma acidental ou intencional, instantânea ou prolongadamente, e em que o poder do agente agressor supera a resistência encontrada (Ferreira e Aurélio, 1986). Contudo, o trauma implica um Impacto que é definido, como abalo emocional, sensorial, emocional e/ou moral causado por um acontecimento com impressão profunda na vida da pessoa.

1.2- CONCEPÇÕES SOBRE PERTURBAÇÕES DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO

Os diversos posicionamentos no campo da psicologia clínica e a realização de múltiplas investigações sobre a perturbação de pós-stress traumático tem levado os investigadores a conceberem diversas concepções, em função da perspectiva de análise e da abordagem que se assume. Assim, Howarth e Leaman (2004),

consideram a perturbação de pós-stress traumático como a designação que conota um padrão psicológico de reacções comportamentais e emocionais específicas, resultante da exposição a um acontecimento traumático. É um diagnóstico muitas vezes aplicado a reacções de pesar complicadas ou atípicas provocadas por mortes violentas ou inesperadas, tais como as que resultam de suicídio, homicídio ou acidente. A denominação perturbação de pós-stress traumático (PTSD: *Post-Traumatic Stress Disorder*) apareceu pela primeira vez como um diagnóstico formal na terceira edição do *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSMIII), o qual juntamente com a sua revisão, DSMIII-R, constituiu o sistema de classificação oficial de perturbações mentais da *American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria), entre 1980 e 1984. A nomenclatura do DSM tem um paralelo Internacional *Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), publicada pela Organização Mundial de Saúde. Esta contém também o diagnóstico de PTSD. Tanto no DSM como na ICD, a PTSD é considerada uma das perturbações de ansiedade. De facto há quem pense que a definição do DSM IV é ainda demasiado restritiva, dado centrar-se na natureza objectiva do acontecimento e não na reacção subjectiva do indivíduo a esse acontecimento. Por outras palavras, não admite o facto de que algumas pessoas possam ficar altamente traumatizadas por acontecimentos que outras possam considerar normais e sem carácter particularmente traumático, como é o caso da morte de um progenitor idoso.

Ainda Howarth e Leaman (2004), salientam que a PTSD é um conceito evolutivo e em constante mutação, tal como todas as categorias presentes no DSM ou na ICD. Do mesmo modo que sofreu alterações do DSM III para o DSM IV, a PTSD continuará a ser revista em versões futuras à medida que formos aprendendo cada vez mais sobre as suas qualidades únicas e as características que incluem ou excluem fenómenos relacionados, tais como as que fazem parte do grande leque das reacções do pesar. Por enquanto, é justo dizer que a PTSD é uma das classificações do DSM IV que servem de base à descrição de reacções anormais, complicadas e possivelmente patológicas no processo de adaptação a um acontecimento traumático.

A investigação face às perdas mostrou que quando o luto está mal resolvido nem sempre se enquadra nos critérios da PTSD. Outras categorias do DSM IV – como perturbações depressivas, perturbações da adaptação e da personalidade –

são invocadas de uma maneira relativamente comum. No entanto, coloca-se a questão de que a fiabilidade e validade da aplicação de qualquer destes conceitos aos fenómenos do pesar e do luto mal resolvido têm sido seriamente discutidas.

As questões que envolvem a utilização da PTSD para descrever algumas formas de luto mal resolvido são particularmente controversas. Por um lado, há manifestações e várias circunstâncias em que os indivíduos traumatizados pela morte – especialmente a morte inesperada, fora do normal ou violenta – preenchem os critérios básicos da PTSD. A secção da PTSD no DSM IV faz referência a um determinado número de situações relacionadas com a morte, invocando que podem conduzir a sintomas de PTSD. Entre estas encontram-se as experiências pessoais directas com a morte real ou a ameaça de morte, o testemunho de acontecimentos que envolveram a morte (como testemunhar um homicídio qualificado), o conhecimento de uma morte inesperada ou violenta e a situação de ter de se lidar com uma doença que implica risco de vida (como ser-se informado de que se tem SIDA). Embora algumas destas situações possam originar sintomas semelhantes à PTSD, tal não significa necessariamente que os conceitos de pesar e de PTSD sejam equivalentes. Como analogia, não é o facto de os crocodilos e os cavalos terem quatro patas que faz deles répteis ou mamíferos. Ou seja, as semelhanças aparentes não implicam necessariamente uma equivalência absoluta de duas categorias. Devemos sempre questionar se a correlação positiva implica equivalência.

A PTSD pode ser um termo mais abrangente do que o pesar ou mesmo do que o luto mal resolvido e, como tal, poderá tender para diluir a verdadeira natureza do pesar. Descreve reacções a um vasto conjunto de situações traumáticas, incluindo a violação, o combate, os desastres ambientais, a tortura, a encarceração, a perda de funções do corpo, etc. Alguns vêem o pesar como um conceito mais central; um conceito que relegado para situações de perda de ente querido e de perda pessoal, não necessariamente de perda traumática. Além disso, a PTSD é encarada como uma reacção psicopatológica a um acontecimento traumático, e a bibliografia não é clara no que toca a determinar até que ponto qualquer reacção de pesar pode ser considerada patológica, para além da amplitude da sua divergência em relação às expectativas culturais normativas. Como uma característica de outra possível diferenciação, há quem refira que a natureza de muitas reacções da PTSD

(após uma violação, por exemplo) se baseia no facto de a segurança pessoal da vítima ficar comprometida, enquanto as suas relações fundamentais significativas permanecem intactas. Em situações de pesar, aquilo que acontece mais frequentemente é o contrário; ou seja, o sentimento de segurança pessoal do indivíduo permanece intacto, enquanto os elementos da sua rede principal de relacionamentos são destruídos. Talvez importe também destacar que se sugere de algum modo na literatura sobre o assunto a possibilidade de existirem factores de risco identificáveis associados à susceptibilidade de desenvolver a PTSD, incluindo factores psicossociais e históricos, como o facto de se ser mulher, que na visão de Leaman (1995), a presença de antecedentes psicopatológicos na família, na opinião de Erikson (1950), e o facto de já se terem sofrido experiências traumáticas anteriores, bem como alguns factores de predisposição neuropsicológica.

A análise feita sobre as concepções da perturbação de pós-stress traumático permite inferir que é um acontecimento que se regista no universo psicológico do indivíduo, após ter observado um incidente crítico, como a morte de alguém próximo, agressões físicas, psicológicas, assaltos, ataques, ameaças, violação entre outros. Entretanto se pode considerar a perturbação de pós-stress traumático como a resposta proveniente da vivencia a um acontecimento extremamente angustiante.

1.3- EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA DA PTSD

Breslau et al. (1999, citados por Pereira e Ferreira, 2003) alegam que os estudos epidemiológicos demonstraram que, mesmo nos países onde não aconteceram grandes catástrofes, as pessoas comuns sofreram ou presenciaram situações que podem ser consideradas para além do limite das experiências com que a vida confronta qualquer cidadão comum. Embora a maioria das pessoas da população em geral se confronta com um ou mais acontecimentos traumáticos ao longo da vida. Os estudos epidemiológicos têm revelado que apenas uma pequena minoria desenvolve posteriormente PTSD. Este dado leva-nos a questionar porque é que algumas pessoas apresentam maior risco do que outras. A história do trauma é tão antiga quanto a da angústia face à morte e o sofrimento.

Os dados relativos à ocorrência de experiências traumáticas e a prevalência da PTSD são, como em relação a outras perturbações, muito variados e dependem grandemente quer da população estudada quer dos instrumentos utilizados.

Relativamente ao critério A do DSMIV, exposição a situações traumáticas, encontra-se na literatura resultados relativos a estudos realizados na comunidade e em populações específicas. Quando observou-se aos estudos realizados na comunidade, verificou-se que os vários estudos apontam para valores bastantes elevados quanto à percentagem de pessoas expostas a acontecimentos traumáticos. Ainda, Breslau et al. (1999), usando uma entrevista semiestruturada de avaliação de sintomas psicopatológicos, (Diagnostic Interview Schedule-DIS) num estudo com 1007 participantes entre os 21 e os 30 anos, encontraram que 39% tinham sido expostos a acontecimentos que poderiam ser considerados traumáticos. Por seu lado numa amostra que incluía pessoas mais velhas e utilizando um instrumento que enumera um leque bastante grande de situações traumáticas que se pode enfrentar ao longo da vida, o *Traumatic Stress Schedule*, Norris (1992), verificou numa amostra de 1000 pessoas em quatro cidades americanas que a percentagem de sujeitos expostos a acontecimentos traumáticos era de 69% (sendo igual ao encontrado por Kubany, Haynes, Leisen, Owens, Kaplan, Watson e Burns (2000, citado por Pereira e Ferreira, 2003) numa amostra de estudantes universitários e por Resnick, Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best e Von (1987, citado por Pereira e Ferreira, 2003) encontraram, também numa amostra de mulheres, uma prevalência ao longo da sua vida na exposição a ameaças ainda um pouco superior (75%).

Os valores mais elevados encontrados na literatura referem-se a populações psiquiátricas. Por exemplo, (Briere e Zaidi 1989), num estudo realizado com os utentes de emergência psiquiátrica, encontraram valores de 87,4%.

Vários autores têm verificado que existe diferença na exposição dos dois sexos a alguns tipos de acontecimentos traumáticos. Por exemplo, Kessler, Snnega, Bromet, Hughes. A este respeito Nelson (1999), numa amostra de 8089 pessoas da comunidade, encontraram uma diferenciação significativa nos acontecimentos traumáticos experienciados por ambos os sexos os homens experienciaram mais acidentes (25% contra 13,8% de mulheres), enquanto as mulheres experienciavam mais violações (9,2% contra 0,7% nos homens). Finkelhor et al. (1990) verificaram

igualmente diferença na exposição de homens e mulheres ao abuso sexual: 27% das mulheres contra 16% dos homens. Atendendo a que só em 1994, com o DMS-IV, a experiência subjectiva de intenso horror, impotência ou medo foi incluída nos critérios de diagnóstico da PTSD, muitos dos estudos não avaliaram este impacto mas apenas a ocorrência da situação em si. Entre as vítimas de ameaças naturais, acidentes ou crime, a prevalência de PTSD é muito variada em função de diferentes tipos de acontecimentos. De facto, há acontecimentos que parecem ser muito mais capazes de elicitar PTSD do que outros, sendo os desastres naturais aqueles que se relacionam com menor probabilidade de desenvolver perturbação, enquanto a dor, ameaça ou morte infligida por outros seres humanos são mais perturbadora.

Partilhando as mesmas ideias Kolk e Forlane (1996 citados por Pereira e Ferreira, 2003), defendem que a etiologia da PTSD é derivada por presenciar acontecimentos terríveis, tais como: guerras, maus tratos, abuso sexual, combate militar, agressão pessoal, violenta, desastres naturais, graves acidentes automobilísticos e outros.

Analisando estes fundamentos, percebe-se que os autores convergem nos seus argumentos justificando a PTSD como um acontecimento que a maioria dos indivíduos já poderão vivenciar este acontecimento no decurso da sua vida (vivência). Assim, aponta-se para os acontecimentos terríveis como elementos que dão origem a PTSD.

Quanto à sintomatologia da perturbação de pós-stress traumática (PTSD), Nunes et al. (2009), que ASD é uma resposta normal de sobrevivência, mas as perturbações de stress, como a perturbação aguda do stress (ASD) e a perturbação de pós-stress traumática (PTSD), resultam de uma evolução patológica dessa reacção normal. Os sintomas de ASD compreendem manifestações emocionais cognitivas, físicas e comportamentais.

No segmento desta reacção normal segundo, Gray et al., (2004, citados por Nunes et al. 2009), referem que aproximadamente 8-9% dos indivíduos expostos a um incidente crítico podem desenvolver perturbação de pós-stress traumático. Para Ehrenreich e McQuai (2001), mais de 50% dos sobreviventes de um incidente crítico podem desenvolver perturbação aguda de stress, depressão e ansiedade o que causa sofrimento contínuo e intensidade emocional, familiar e profissional.

A perturbação pós-stress traumático é caracterizada pela vivência de um acontecimento traumático com memórias intrusivas, evitamento, hipervigilância, embotamento (*numbing*) emocional. Os sintomas persistiram nos últimos 30 dias e existe uma alteração no funcionamento da pessoa. Assim, a perturbação pós-stress traumático resulta da violação das expectativas, das crenças e das “visões do mundo”. A severidade da perturbação pós-stress traumático, conduz à dissociação, amnésia patológica, distúrbios de sono, resposta de alarme exagerada e medo de ataques. Entretanto, o que distingue a perturbação pós-stress traumático da perturbação aguda de stress é a delimitação temporal, sendo que se considera a perturbação aguda de stress até 4ª semana após o incidente crítico e a perturbação pós-stress traumático a partir da quarta semana. Na mesma linha de raciocínio, Kuntz (2002, citados por Nunes et al. 2009), identifica no seu estudo que a intensidade e identificação dos sintomas é mais marcada na perturbação pós-stress traumático. É também de referir as situações de desenvolvimento de PTSD tardia, isto é, situações em que a sintomatologia inicialmente desaparece ou permanece em níveis sub-clínicos e que, passados meses ou mesmo anos após a vivência de uma situação que de alguma forma se associe ao evento traumático, volta a tornar-se incapacitante.

Na Perturbação Pós-Stress Traumático, o stressor deve ser de natureza extrema (isto é, consiste numa ameaça à vida). Em contrapartida, na Perturbação de Adaptação, o stressor pode ter qualquer nível gravidade. O diagnóstico de Perturbação de Adaptação aplica-se a situações nas quais a resposta a um stressor extremo não satisfaz os critérios para Perturbação Pós-Stress Traumático (ou para outra perturbação mental específica) e a situações nas quais o padrão sintomático da Perturbação Pós-Stress Traumático ocorre em resposta a um stressor não considerado extremo (por exemplo, abandono pelo cônjuge ou despedimento).

Nem toda a sintomatologia que ocorre em indivíduos expostos a um stressor extremo deve necessariamente ser atribuída à Perturbação Pós-Stress Traumático. Os sintomas de evitamento, embotamento emocional e maior activação psicofisiológica presentes antes da exposição ao stressor não preenchem os critérios para o diagnóstico da Perturbação Pós-Stress Traumático e exigem a consideração de outros diagnósticos (por exemplo, Perturbação do Humor ou outra Perturbação de Ansiedade). Além disso, se o padrão de resposta sintomática a um

stressor extremo satisfaz os critérios para outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação Psicótica Breve, Perturbação Conversiva ou Perturbação Depressiva Maior), esses diagnósticos devem ser feitos em vez de, ou em conjunto, com Perturbação Pós-Stress Traumático, Nunes et al (2009).

Na Perturbação Obsessivo-Compulsiva existem pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes são experimentados como inadequados e não têm relação com a vivência de um evento traumático. Os flashbacks na Perturbação Pós-Stress Traumático devem ser diferenciados das ilusões, alucinações e outras perturbações da percepção que podem ocorrer na Esquizofrenia, outras Perturbações Psicóticas, Perturbação do Humor com Sintomas Psicóticos, Delirium, Perturbações Induzidas por Substâncias e Perturbações Psicóticas Devido a uma Condição Médica Geral.

A simulação deve ser despistada com particular atenção naquelas situações em que está em jogo uma remuneração financeira, apreciação para a obtenção de benefícios, ou em que existam quaisquer sentenças judiciais em andamento das quais, a situação clínica possa trazer benefícios para o avaliado. Portanto, a simulação deve ser descartada naquelas situações em que entram em jogo uma remuneração financeira, qualificação para benefícios ou determinações forenses.

Pode-se então inferir que a perturbação do pós-stress traumática está associada a várias complicações que podem atingir todos os domínios do indivíduo, como físico psicológico, moral, afectivo, laboral e social, causando desconforto e sofrimento a vítima. Entretanto é importante saber quais os cuidados específicos a prestar a este tipo de paciente com objectivo de minimizar os riscos.

Entretanto o diagnóstico da sintomatologia da PTSD deve ser realizado na base da articulação de vários indicadores, mas como componente chave o tempo, ou seja, a durabilidade dos sintomas caso persistem mais de um mês. A presença da sintomatologia mais de um mês determina o diagnóstico da PTSD, o que implica uma avaliação mais detalhada para se poder corrigir a situações que causam o perigo de vida.

1.4- FACTORES SUBJACENTES À PERTURBAÇÃO DO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO

A evolução desta perturbação depende de factores referentes ao indivíduo e ao contexto. Através da sobreposição de duas categorias, personalidade e exposição, existem elementos que permitem determinar a vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbação de stress, constituindo factores de risco e de protecção. A este respeito Nunes et al. (2009), apresentam os seguintes factores que contribuem para o desenvolvimento da perturbação pós-stress traumático:

✓ **Personalidade:**

- Vulnerabilidade: grau em que a pessoa se sente exposta ou protegida; existência de problemas psiquiátricos ou familiares/conjugais;
- Experiências anteriores: situações idênticas no passado; perdas significativas anteriores; estratégias para lidar com a situação;
- Recursos: meios de que dispõe, materiais, económicos, familiares.
- Medo de repetição: este estado potencia o desenvolvimento de perturbação.

✓ **Exposição:**

- Origem: qual a natureza do incidente. Quando proveniente da acção do homem gera uma reacção mais adversa (por exemplo, acidente como resultado do erro humano);
- Intensidade: gravidade do incidente crítico;
- Duração: o tempo de exposição ao incidente crítico;
- Proximidade: proximidade da zona de impacto; ferimentos, mortes, destruição, perda de familiares ou pessoas próximas, perda de bens materiais como o domicílio.

Ainda, Nunes et al. (2009), sustentam que vários investigadores se têm debruçado sobre este tema, isto é, o porquê de algumas pessoas desenvolverem patologias quando expostas a situações potencialmente traumáticas enquanto outras não. A investigação tem sido realizada no sentido de perceber quais os factores de risco para o desenvolvimento de patologia posterior e quais os factores de protecção. Assim sendo, uma intervenção em crise adequada e eficaz é aquela que permite minimizar os factores de risco e potenciar os factores de protecção.

Analisando as posições dos autores, percebe-se que as perdas acidentes assaltos e episódios de violência, perdas de bens materiais e humanos constituem incidentes críticos, ou seja, factores que contribuem para o surgimento da PTSD. Além destes, também, pode-se apontar para os factores de risco. Entretanto é

importante que haja alguma monitorização, particularmente no sentido de se evitar a agudização de problemas. A terapia cognitiva – comportamental, para estes casos, constitui o tratamento de eleição destes pacientes.

A título de síntese pode-se dizer que existe uma variedade de factores de risco que têm haver com problemas da esfera psicológica, abuso ou negligencia, perdas humanas ou materiais custo de oportunidades, falta de laser e insuficiência na forma de resolução de um problema o que compromete o bem estar do individuo, a insatisfação das necessidades vitais. Entretanto dentre os factores de risco apontados os factores peri - incidentes e pós- incidente são algo de interpretação e compreensão, na medida em que o seu conhecimento é fundamental.

✓ **Factores de protecção**

✓ Alguns estudos apontam, por exemplo, para os seguintes factores de protecção:

- Retomar actividades normais do dia-a-dia e assumir uma postura activa face as consequências do incidente (Ommeren et al., 2005);
- Existência e disponibilidade de suporte social;
- Sucesso em acontecimentos traumáticos anteriores;
- Obtenção de informação adequada sobre o que vai acontecer (Raphael et al. 2000).

✓ A análise dos factores de protecção permite concluir que para que haja equilíbrio no funcionamento normal dos órgãos evitando incidentes potencialmente traumáticos, os autores apontam para a forte capacidade emocional após a exposição de um incidente crítico, equilíbrio social, bem como **Factores de risco**

Pré-incidente:

- História psiquiátrica (Breslau et al, 1998);
- Características de Personalidade (traços de personalidade evitante) (Schnurr et al., 1993);
- Fraco suporte social (Ruzek et al., 2004);
- Experiência prévia de acontecimentos traumáticos (Ruzek et al., 2004);
- Estratégias de coping desadaptativas e desadequadas (Haligan e Yehuda, 2000).

Peri-incidente:

- Severidade do acontecimento e exposição a estímulos traumáticos (Raphael e tal.2000);
- Ameaça real ou percebida (Raphael et al.2000);
- Perdas pessoais (bens, casa, Rede social, ...) (Raphael e tal. 2000);
- Resposta subjectiva de medo, desesperança ou dissociação (Raphael e tal.2000);
- Falta de previsibilidade e controlo dos acontecimentos (Raphael et al.2000).

Pós-incidente:

- Existência de stressores contínuos ou adicionais (fome, frio, fadiga, medo, desalojamento, ...) (Raphael e tal. 2000);
- Baixo nível de suporte social e emocional ou elevadas exigências sociais (Raphael e tal.2000);
- Estratégias de coping desadequadas (evitamento, culpabilização, consumo de substâncias, ...) (Young et al., 2001);
- Pouca informação acerca da natureza e razões do acontecimento (Raphael e tal. 2000);
- Pouco apoio de follow-up (Raphael e tal. 2000).

o êxito nas experiências críticas vivenciadas.

✓ **Fases do acontecimento traumático**

Os traumatismos são as urgências e emergências mais frequentes e de maior envolvimento da área da saúde (Santos, 2010). A este respeito, Nunes et al, (2009) referem nos seus estudos, que os acontecimentos críticos, geradores de stress potencialmente traumático, compreendem 3 fases: alerta; impacto e pós-trauma. Num trauma simples, estas fases aparecem independentemente num curto espaço de tempo, como se descreve a seguir:

- A fase de alerta: é o período em que existe uma potencial ameaça, mas o período ainda não está materializado. Neste período os indivíduos sentem uma elevada ansiedade, sendo que a resposta patológica é a negação da ameaça.

- A fase de impacto: refere-se ao período em que a ameaça se materializou. Esta fase pode ser de curta ou longa duração, dependendo dos factores externos, nomeadamente da continuação do stress. Alguns indivíduos poderão começar a desenvolver alguma sintomatologia da ASD ou PTSD. Em casos extremos, o trauma pode ser expresso de forma somatomorfa, assim como, por amnésia dissociativa, fuga, e resposta de congelamento, com embotamento emocional e dissociação. Nestas reacções é comum a experiência de não ter controlo sobre as acções.
- A fase pós-traumática inicia-se depois da ameaça e quando o coping não foi adequado em relação à extensão de stress experienciado. Os problemas psicológicos iniciam-se com a falta de adaptação às fases de alerta e de impacto e consequente sensação de desesperança, segurança e bem-estar.

Pode-se então concluir que o transtorno pós-stress traumático é um problema psicológico que pode causar uma gama de sintomatologia que passa necessariamente por distintas fases evolutivas deste transtorno. No primeiro momento o paciente experimenta uma serie de sintomas não agudizados; no segundo se regista a evolução da situação inicial, de forma progressiva, para uma serie de alterações emocionais. Finalmente, surgem os distúrbios psicológicos como consequência da inadaptação das fases de alteração e de impacto.

1.5- AVALIAÇÃO CLÍNICA DA PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO.

A avaliação da perturbação pós-stress traumática constitui uma das grandes preocupações de muitos estudiosos no campo da saúde. Waites (1993), salienta que quando uma pessoa experimenta de forma coerciva um evento inesperado, ocorre um trauma psicológico ou emocional entendido como uma ferida infligida contra a mente ou o corpo que exige uma reparação estrutural. Wells (2003), refere que na prática clínica a avaliação deve incluir uma análise da natureza dos processos de controlo e de conhecimentos metacognitivos que guiam o pensamento nessas perturbações. A perturbação psicológica está tão associada às crenças que reúnem a informação negativa auto-relevantes como as crenças metacognitivas que

provocam o envolvimento em estilos desadaptativos de processamento, nomeadamente a ruminação à preocupação perseverante e autocentrada (com os seus vieses de atenção concomitantes). Uma vez apuradas a natureza desses componentes metacognitivos, o terapeuta deverá trabalhar no sentido de os modificar, construindo novos pensamentos e novas crenças. Segundo a avaliação da meta cognição não deve excluir as vias de investigação associadas à avaliação da terapia cognitivo-comportamental mais clássicas, na medida em que os factores situacionais que levam à avaliação negativa dos sintomas de stress, ou as crenças persistentes que dão origem a avaliação negativa dos sintomas da perturbação de stress pós-traumático podem constituir um obstáculo ao processamento emocional eficaz.

Partilhando as mesmas ideias no que toca à avaliação da PTSD, Howarth e Leaman (2004) afirmam que, tal como é especificado no DSM IV, o diagnóstico de PTSD é atribuído quando são preenchidos quatro critérios específicos:

- Em primeiro lugar, a pessoa tem de ter estado exposta a um acontecimento traumático, em que tenha «vivido presenciado ou sido confrontada com uma situação que envolveu a morte ou uma experiência próxima a morte, um ferimento grave, uma ameaça à sua integridade física ou de outra pessoa», e a sua resposta tem de «conter um medo intenso, um sentimento de incapacidade ou horror»;
- Em segundo lugar, o acontecimento tem de ser revivido persistentemente, através de imagens, pensamentos ou percepções intrusivas; através de sonhos perturbadores recorrentes relacionados com o acontecimento; de flashbacks; e/ou de uma perturbação intensa ou reactividade fisiológica quando a pessoa é confrontada com situações reais ou simbólicas que lhe fazem recordar o acontecimento traumatizante;
- Em terceiro lugar, a vítima tem de apresentar respostas que a defendem de estímulos reminiscentes do acontecimento traumático, fazendo-o através de uma combinação de tácticas que incluem a fuga, o entorpecimento, o desinteresse, a falta de memória ou o distanciamento.
- Por último, a vítima tem de apresentar pelo menos dois sinais do aumento de excitação, que podem manifestar-se, designadamente, por estados de maior irritabilidade, insónia, perturbações do sono, sobressalto e/ou dificuldades de

concentração. Além disso, é especificado que o nível de distúrbio tem de ser clinicamente significativo proporcionalmente à angústia ou à perturbação psicológica produzida, e que a sua duração deverá ser superior a um mês;¹

Portanto, todos estes critérios devem ser preenchidos para que se possa atribuir o diagnóstico de PTSD; sem eles não é apropriado fazê-lo antes do DSM IV, estava especificado que o acontecimento casual tinha de estar situado fora do âmbito do normal, o que incluía reacções a acontecimentos como violações, desastres ambientais ou mortes violentas inesperadas; mas, por definição, isto não permitia a aplicação desta categoria a situações traumatizantes que ocorriam com maior frequência, como é o caso dos acidentes de aviação, dos abortos ou da morte de uma criança.

Para o efeito, é necessária a utilização de instrumentos adequados para que se faça uma avaliação clínica eficaz e eficiente. Dando seguimento das mesmas ideias, nos inúmeros instrumentos que existem para avaliar a experiência de trauma, o impacte do trauma e a presença ou não de PTSD, encontramos alguns que visam somente avaliar se o sujeito, ao longo da vida, foi exposto à experiência de trauma; outros, para além das situações, procuram avaliar como é que o sujeito lhes respondeu; enquanto outros se centram mais nas respostas e sintomas actuais relacionados com esse trauma. Por exemplo, Norris e Raid (1997), apresentam 20 instrumentos estandardizados para medir a experiência de trauma e a resposta a esta experiência, organizando-os em dois grupos diferentes. No primeiro incluem as escalas que permitem avaliar a história de trauma; ou seja, a presença do critério A para a PTSD – exposição a situação ameaçadora; enquanto no segundo incluem todos aqueles que avaliam os sintomas.

Na mesma linha de pensamento, Pereira e Ferreira (2003), referem que os acontecimentos que estão relacionados com o desenvolvimento de PTSD estão geralmente fora do controlo da pessoa, são imprevisíveis e envolvem ferimento grave ou morte. Os vários instrumentos que avaliam a exposição das pessoas a este tipo de situações podem ser mais ou menos exaustivos quanto aos acontecimentos potencialmente traumáticos, e por isso o número de itens é variado. Apesar de a lista de acontecimentos poder ser longa, dificilmente algum instrumento poderia

incluir todas as situações, a maioria deles tem uma questão em aberto sobre «outra situação traumática».

Traumatic Stress Schedule (TSS; Norris, 1990). A escala avalia 8 acontecimentos potencialmente traumáticos: assalto e ataque físico; ataque sexual; perda de ente querido por acidente, homicídio ou suicídio; perda de propriedade ou ferimento por fogo, inundação ou desastre; ser evacuado ou ter uma ameaça ambiental séria; ter um acidente motorizado grave; outra experiência aterrorizadora. Após cada resposta positiva há questões acerca de perdas, número de pessoas abrangidas, ameaça à vida, culpa, familiaridade e reacção traumático.

Traumático Events Questionnaire (TEQ; Vra e Lauterbch, 1994) Avalia 11 acontecimentos potencialmente traumáticos: combate; fogo/ explosão; acidentes industriais graves; ataque sexual/violação; desastre natural; crime violento; reacções adultas abusivas; abuso físico/sexual na infância; testemunhar alguém a ser mutilado, magoado ou morto violentamente; outras situações de vida ameaçadoras; morte violenta ou inesperada de um ente querido.

Trauma History Questionnaire (THQ; Green, 1995) contém 24 itens: ataque com intenção de roubo; roubo, assalto à casa com dono presente; e assalto a casa com dono ausente; acidente grave; desastre natural; desastre não natural; outro ferimento sério; outra situação em que o sujeito temeu morrer ou ficar ferido; exposição a tóxicos; testemunhar ferimentos ou morte; mover corpos; familiar ou amigo ser morto por condutor bêbado; morte de cônjuge ou filho; ter doença grave; familiar ou amigo ter doença grave, ser ferido ou ter morte inesperada; combate; sexo forçado; toque forçado de partes íntimas; outros contactos sexuais indesejados; ataque grave; ataque simples; ser batido; espancado, arrastado; outro acontecimento extraordinariamente stressante.

Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ; Kubany et al. 2000). Inclui 17 acontecimentos: desastre natural; acidente motorizado; outros acidentes envolvendo feridos ou mortos, combate; morte inesperada de familiar ou amigo por acidente, assassinio ou suicídio; ser assaltado sob ameaça de arma; ser atacado por conhecido ou desconhecido; observar alguém a ser assaltado ou atacado, ser ameaçado de morte ou de ferimento grave; abuso físico na infância; abuso físico pelo companheiro; testemunhar violência familiar; contacto sexual por alguém cinco

anos mais velho; ser perseguido; outra experiência perturbadora (para os itens escolhidos, é pedido para classificar a situação em termo de medo intenso, impotência ou horror).

Para além dos questionários de auto-relato, existe pelo menos uma entrevista que procura averiguar a exposição dos sujeitos a acontecimentos altamente perturbadores:

Potential Stressful Events Interview (PSEI; Kilpatrick, Resnick e Freedy, 1991). É constituído por uma bateria de vários módulos desenvolvidos pelo crime Victims' Research and Treatment Center at the Medical University of South Carolina; sendo o High - Magnitude Stressor um dos módulos. Esta entrevista avalia dimensões objectivas e subjectivas de 13 acontecimentos potencialmente traumáticos de alta magnitude: experiência de combate ou permanência em zona de guerra; acidente grave; desastre natural; doença grave ou sida ou cancro; abuso sexual na infância; ataque sexual na infância; ataque físico na infância; contacto sexual forçado; ameaça física grave com arma; ameaça física sem arma; outra situação que envolve ameaça física ou de morte; testemunhar ameaça física ou morte; outro acontecimento extraordinariamente stressante.

Devido ao interesse com o estudo de sequelas de guerra e o número de sujeitos envolvidos na guerra do Vietname, foram desenvolvidas várias escalas especificamente para avaliar a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos relacionados com o combate. Keane, Newman e Orsillo (1997) listam 14, embora reconheçam que tem havido mais esforço em desenvolver e validar instrumentos para avaliar PTSD do que em relação a instrumentos para avaliar stressores.

Alguns instrumentos, como o Vietnam Veterans (Keane et al., 1989), são compostos por itens (respectivamente 7 e 8) que procuram pormenorizar a intensidade, frequência e duração de experiências de combate tradicionais que envolvem ameaças de perigo, morte ou ferimento grave, situações que são consideradas factores de risco para o desenvolvimento de PTSD. Outras escalas avaliam a exposição a situações que não estão relacionadas com os combatentes tradicionais, mas que ocorrem nalgumas zonas de guerra, como lutas de guerrilha em que existem mutilações e mortes grotescas, muitas vezes de civis. É o caso da

Atrocity Scale (Brett e Laufer, citado por Yehuda e tal., 1992) e a Abusive Violence Scale (Hendrix e Schum, 1990). Uma terceira abordagem consiste em avaliar outros parâmetros da experiência militar que podem ter um impacto negativo, como falta de condições físicas para dormir, falta de condições de higiene, falta de comida ou água potável, condições climáticas adversas ou falta de apoio pelos superiores. Por exemplo, a Exposure to War Zone NSVG (Schlenger et al., 1992) tem 100 itens, que avaliam, para além do envolvimento em situação de combate, as condições físicas que o sujeito experienciou durante a permanência em zona de guerra, bem como o apoio recebido durante e após a sua participação em combate. Os instrumentos disponíveis para avaliar a exposição a situações potencialmente traumáticas são recentes e consistem em listagens de situações que estão relacionadas com desenvolvimento de PTSD.

Da análise feita sobre a avaliação clínica da perturbação pós-stress traumático pode-se concluir que a avaliação constitui um instrumento fundamental, na medida em que fornece dados sobre o quadro clínico do paciente, permitindo minimizar as complicações e potenciar a melhoria do paciente. Daí a inclusão da Análise da natureza dos processos de controlo e de conhecimentos metacognitivos apresenta-se como elemento basilar para o diagnóstico clínico.

O diagnóstico da PTSD é realizado na base de critérios específicos (exposição a um acontecimento traumático, a vivência persistentemente do acontecimento, apresentação de respostas que defendem a vítima de estímulos reminiscetes do acontecimento traumático e apresentação de dois sinais do aumento de activação). Estes critérios devem ser articulados e bem analisados para que tenham um diagnóstico confiável da PTSD. Para tal efeito, apresenta-se uma variedade de instrumentos que permitem avaliar o estado do paciente. Porém, devem ser seleccionados e aplicados de forma adequada para que se faça uma avaliação clínica eficaz e eficiente.

Salienta-se que a definição do caso epidemiológico implica uma decisão binária: uma pessoa ou tem os sintomas necessários para ser incluída como caso ou não. Para além da diferença existente entre diferentes sistemas nosológicos (sujeitos que não caso segundo o DSM-IV podem sê-lo segundo a ICD- 10), na

PTSD, como noutras psicopatologias, os resultados obtidos não são independentes dos instrumentos utilizados.

Desde os meados dos anos 80 (após o aparecimento da entidade nosológica de PTSD na publicação do DSM-III em 1980) foram desenvolvidas varias escalas para avaliar a presença dos sintomas de PTSD. Uma das primeiras tentativas para elaborar um instrumento estandardizado foi apresentada por Fredericks (1985), ao elaborar uma escala composta por 20 itens sintomáticos respondidos numa escala de 0 a 4 (*Reaction Index – RI*). A *Mississípi Scale for Combat Related PTS* (M-PTSD; Keane, Caddelle e Taylor, 1988), que também permite avaliar não só a presença mas igualmente a gravidade dos sintomas, ou a *National Women’s Study PTSD Module* (NWS; Kilpatrick et al., 1989) contituem outros exemplos de escalas que se basearam no DSM-III, no inicio dos anos 90, e integrando algumas das achegas do DSM-III-R, surgiram novos instrumentos de auto-relato para avaliar a presença de PTSD. Entre eles contam-se o *Pnn Inventory of PTSD* (Hammarberg, 1992), o *PTSD Symptom Scale-SR* (PSS-SR;Foa et al., 1993) Entretanto surgiu ainda uma revisão do *Mississípi Scale*, dando origem à *Revised Civilian Mississípi Scale* (Norris e Perilia, 1996). Com a publicação do DSM-IV, houve necessidade de construir instrumentos que estivessem de acordo com os seus critérios de diagnóstico. É o caso *Purdue PTSD Scale-Revised* (Lauterbach e Vrana, 1996). Esta escala tem 17 itens que corresponde aos 17 sintomas de PTSD. Sobre cada um deles o sujeito tem de referir em que medida esteve presente no último mês numa escala de 5 pontos. A cotação pode ser feita de forma contínua ou dicotómica.

McIntyre e Ventura (1995) desenvolveram uma escala – *Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento traumático* – para avaliação de sintomas de PTSD em adolescentes, havendo ainda uma versão para adultos (McIntyre, 1997). Estas escalas são compostas por uma primeira parte em que é pedido para descrever o acontecimento traumático (critério A do DSM-IV) e uma segunda, composta de 17 itens divididos em três partes seguindo os critérios B a D do DSM-IV. Estes itens são afirmações sobre sintomas, sendo pedido ao sujeito para indicar se as afirmações são verdadeiras ou não para si. Além disso, existe também uma grelha de avaliação de acontecimentos traumáticos - *traumagraf* (Valentine, 2002) – que foi adaptada à população portuguesa (Pereira e Valentine, 2002) e que identifica o tipo de trauma,

estádio de desenvolvimento na altura do acontecimento traumático, sintomas associados e intensidade, bem como o apoio (psicológico e/ou amigos) recebido.

O sujeito tem apenas de escolher, de um número de possibilidades, aquelas que melhor corresponde a sua situação.

A título de síntese das diversas apreciações dos autores, conclui-se que foram desenvolvidas várias escalas para avaliar a presença dos sintomas da PTSD e identificar o tipo de trauma e não só. Cada escala apresenta a sua estrutura que permite fazer a leitura da sua condição psicológica, ou seja do conflito cujo objectivo constitui o apoio psicológico.

1.6- INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA AO PACIENTE COM PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO

Segundo Brymer et al. (2005, Citado por Nunes et al, 2009) é de extrema importância intervir o mais brevemente possível, o que poderá evitar o agravamento quer das condições físicas, quer psicológicas e sociais do indivíduo.

A este respeito Nunes et al, (2009), defendem que em paralelo com a importância de intervir face as reacções referidas, surge também a premência de intervir ao nível das necessidades de ordem social, uma vez que um incidente crítico pode levar a uma perda de recursos, indisponibilidade dos mesmos ou ainda à ausência de estratégias de coping para lidar com a situação. A intervenção Psicossocial em crise tem como principal objectivo a maximização dos factores de protecção – referidos anteriormente – e a diminuição dos factores que, de alguma forma, poderão aumentar o risco de desenvolvimento de etiologia posterior. Neste contexto, uma intervenção Psicossocial a crise tem como principais objectivos:

- Restabelecer o sentido de segurança;
- Reduzir o *distress* e a sintomatologia da reacção Aguda de Stress (ASR);
- Desenvolver uma percepção realista dos acontecimentos;
- Promover estratégias de resolução de problemas e estratégias de coping adaptativas;
- Mobilizar os recursos pessoais e sociais;

- Identificar as pessoas em risco de desenvolver Perturbação Aguda de stress (ASD) e prevenir o desenvolvimento de perturbação (PTSD);
- Minimizar o impacto do incidente crítico e integrá-lo na vida pessoal.

Assim, a intervenção em crise de transtorno psicológico traduz um conjunto de técnicas dirigidas a ajudar a pessoa a recuperar o controlo sobre a situação. É uma intervenção que deve realizar-se de imediato, uma vez que quanto mais precoce é a abordagem melhor é o prognóstico. Assim sendo é focalizada no aqui e agora. A este respeito os mesmos autores sustentam que os Primeiros Socorros Psicológicos têm os seguintes princípios básicos:

- Proteger (promover sentimentos de protecção e segurança em relação ao incidente e a mais ameaças);
- Dirigir (direccionar os sobreviventes para locais seguros e de menor exposição a estímulos traumáticos, sobretudo os que estão em estado de choque);
- Conectar (completar as vítimas com os recursos pessoais e sociais disponíveis, bem como fornecer informação directa sobre o incidente e sobre os recursos disponíveis);
- Triagem (identificar as vítimas que necessitam de intervenção imediata)
- Assegurar (o acompanhamento da vítima e a assistência adequada).

Com base nestes princípios, algumas das técnicas de intervenção em crise mais comuns são a Estabilidade emocional Nunes et al(2009), que utiliza técnicas como respiração diagramática ou o relaxamento muscular, promovendo o controlo sobre si e a focalização no que está a acontecer. A Validação e Normalização do que a pessoa está a sentir em termos emocionais, o que permite normalizar os sintomas, aceitar as reacções decorrentes da exposição a um incidente crítico e promover a reaquisição do controlo. Estratégias de resolução de problemas que passa por identificar as principais necessidades do indivíduo e as que são de resolução prioritária, fornecer informação pertinente para a resolução dos problemas, avaliar os recursos pessoais e a rede social de apoio disponível, formular hipóteses alternativas de resolução do problema e avaliar as vantagens e desvantagens de cada uma das hipóteses, seleccionar uma hipótese adequada e formular um plano de acção para a sua implementação. Por último, avaliar os resultados da hipótese avançada como viável de resolver o problema ao indivíduo.

Outra técnica fundamental é a psico-educação Brymer et al (2005), que pretende promover estratégias de coping adaptativas, através da informação relativa a reacções normais de stress e estratégias para lidar com esta sintomatologia; quais os recursos de apoio disponíveis; quais os sinais de alerta que justifiquem um pedido de ajuda profissional; as possibilidades de recursos a ajuda em *setting* profissional, para discutir e trabalhar as suas experiências traumáticas; quais os comportamentos que devem ser evitados e riscos associados à auto-medicação e ao abuso de substâncias.

Quando o tempo e as circunstâncias o permitem, os técnicos de intervenção psicossocial podem oferecer um apoio sistemático e estruturado, para ajudar os sobreviventes a compreender as suas experiências e, possivelmente prevenir o desenvolvimento de patologias mais duradouras.

Após a intervenção em crise na fase de impacto é aconselhável realizar o follow-up telefónico, para avaliar a necessidade de acompanhamento posterior e referência. O timing para a realização do follow-up varia em função da situação. Deve ser avaliada a evolução em termos de sintomatologia e estratégias de coping utilizadas. Se necessário, e de acordo com a avaliação realizada, a pessoa deve ser referenciada para serviços/ instituições que possam ajudar a resolver o evento traumático ao qual esteve exposta.

Nestes termos, o tratamento da Perturbação Pós-Stress Traumático deverá ser feito considerando vários aspectos gerais, como seja a existência de comorbilidade física, psíquica e a idade.

Regra geral, os painéis de especialistas defendem, ou a psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC) como primeira escolha ou a (TCC) associada a medicação como segunda opção da primeira escolha (dependendo da formação dos especialistas)

Psicoterapias

As técnicas que se enunciam são aplicadas consoante o tema dominante do quadro clínico. É uma escolha baseada em critérios clínicos. Quando bem escolhidas e aplicadas, todas as técnicas parecem demonstrar a mesma eficácia. A intervenção individual é em geral a preferida pelos especialistas.

- Terapia de exposição (às cenas traumáticas e à rede de estímulos associados. Recurso a gravação e audição das descrições como trabalho de casa
- Terapia cognitiva (por. ex. nas vítimas de violação Terapia do Processamento Cognitivo)
- Treino de Inoculação ao Stress (relaxamento, treino da respiração, modelagem coberta, dramatização ou roll-playing, paragem do pensamento, reformulação do dialogo interno-diálogo autodirigido-)

✓ **Farmacoterapia**

Utilizam-se independentemente do stressor:

- ISRS (inibidores selectivos da recaptação da serotonina): fluoxetina, sertralina, fluvoxamina e paroxetina.
- Venlafaxina
- Considerar ainda: antidepressivos tricíclicos, benzodiazepinas (por ex. clonazepam), buspirona e estabilizadores do humor (por. ex. valproato de sódio).

Pode-se então dizer que os autores convergem nos seus argumentos, justificando a intervenção psicológica ao paciente com PTSD como a condição fundamental que permite atenuar o sofrimento da vítima, bem como evitar a progressão da doença

1.7- A HISTÓRIA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE ACONTECIMENTOS – REVISTA

Para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes com perturbações pós-stress traumática, permitindo assim uma actuação mais precoce destes profissionais, tornou-se necessário desenvolver ferramentas práticas fáceis de utilizar e precisas. São várias a que foram sendo implementados, com diferentes aspectos de avaliação, mais com um objectivo comum: o de prevenir e/ou evitar o aparecimento da perturbação pós-stress traumático, assim como identificar os utentes em risco.

Existem várias escalas que permitem aos psicólogos determinar o grau de predisposição do utente para o desenvolvimento da PTSD. De entre elas, este trabalho apenas se debruça sobre a escala de avaliação de impacto de acontecimentos, sem, no entanto, excluir os outros instrumentos disponíveis para avaliar reacções traumáticas, contudo o IES-R é provavelmente o mais frequentemente utilizado (Stroebe & Schut, 2006), assim como é o mais traduzido para muitas línguas (Joseph, 2000, Sudin & Horowitz,). Deste modo, a avaliação da sintomatologia traumática vai ser baseada no mesmo.

Weiss e Marmar (1999) criaram uma versão revista da escala de impacto de acontecimentos (IES-R) de Mardi Horowitz e colaboradores (1979). Renovaram a versão original da escala e tornaram-na mais adequada à evolução nosológica das perturbações mentais. Nesta nova versão, às subescalas de evitamento e intrusão da escala original, os dois autores adicionaram a subescala de Hipervigilância, de forma a cobrir todos os critérios para a perturbação de Pós-stress Traumático do DSM-IV.

A IES-R é composta por 22 itens, sendo estes distribuídos pelas três escalas já deferidas, nomeadamente a subescala de Evitamento (8 itens), a subescala de intrusão (8 Itens, tendo-lhe sido adicionada um item novo) e a subescala de Hipervigilância (com 6 itens, capazes de avaliar sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outros). Esta escala é auto-administrada, tendo cada item 5 níveis de resposta do tipo lickert, escolhendo o sujeito a opção que melhor o descreve.

Paralelamente, após múltiplas análises, os autores deparam-se com a existência de um quarto factor latente e diferenciado, estando este factor em consonância com outras análises factoriais que destacaram tal componente ao estudarem a IES e a IES-R originais (Sundin & Horowitz, 2002). A esta nova subescala atribuíram o nome de IES-R de embotamento emocional (“emotional numbing”).

Um estudo de O’Bierne-Kelly e Reppci (1997) verificou que esta escala apresenta um alfa de Cronbach entre 0,87 e 0,92 na subescala de intrusão, entre 0,84 e 86 na subescala de evitamento e entre 0,79 e 0,90 na subescala de Hipervigilância. Num estudo comparativo, numa escala que está a ser traduzida e

validada para a população portuguesa, verificou-se um alfa de Cronbach de 0,94 (Castanheira, Vieira, glória, Afonso & Rocha, 2006), bem como consistência da presença do factor latente denominado Embotamento Emocional, que está em concordância com outras análises factoriais que destacaram esta componente ao estudarem a IES e a IES-R (Sundin & Horowitz, 2002).

Relativamente ao ponto de corte, e após as análises de vários estudos consideramo-lo superior a 35, valor este que foi replicado por outros estudos e que apresenta uma sensibilidade diagnóstica de 0,91 e especificidade diagnóstica de 0,82 (Creamer, Bell & Failla, 2003; Matthiesen & Einarsen, 2004).

CAPITULO II – MÉTODO

2.1- ABORDAGEM E TIPO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com os objectivos pretendidos, optou-se pela realização de uma pesquisa do tipo **descritiva** que segundo Dyniewicz (2009), consiste em observar, descrever, explorar, classificar e interpretar os factos ou fenómenos, neste caso sobre as perturbações do pós-stress traumático, buscando-se frequência, características, relação e associação entre variáveis. Entretanto, privilegiou-se uma abordagem fundamentalmente quantitativa, tal como explica a mesma autora prevê-se a mensuração de variáveis preestabelecidas para “verificar e explicar a sua influência sobre outras mediante a análise da frequência de incidências e correlações estatísticas” (CHIZZOTTI, 2000).

2.2- CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Tabela 1 - Valores descritivos da idade na amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	250	20	56	32,14	7,56

O campo empírico da investigação escolhido exigiu um procedimento de amostragem aleatória simples composta por 250 indivíduos avaliados, distribuídos pelos centros de saúde Materno Infantil e da Cambanda em Benguela. O quadro 1 apresenta o número de indivíduos participantes em que a idade mínima é de 20 anos e a máxima de 56 com idade média de 32,14 anos e com o desvio padrão de 7,56. Portanto, em termos de idade observamos boa dispersão.

Tabela 2- Frequências de sexos na amostra (n=250)

	Frequência	Percentagem
Feminino	99	39,6
Masculino	151	60,4

Quanto ao sexo observamos que 99 (39,6%) são do sexo feminino, enquanto 151 (60,4%) são do sexo masculino. Analisando o quadro 2 podemos concluir que existe uma maior predominância de indivíduos do sexo masculino.

Tabela 3 - Frequências de Estado Civil na amostra (n=100)

	Frequência	Percentagem
Solteiro	63	63,0
Casado	37	37,0

Conforme se pode observar na leitura da tabela 3 é que 63% são solteiros, ao passo que 37% são casados. Estes dados mostram que se regista maior frequência de indivíduos solteiros.

Tabela 4- Frequências face à Residência (n=100)

	Frequência	Percentagem
Benguela	91	91,0
Catumbela	1	1,0
Lobito	8	8,0

Analisando a tabela 4 verificou-se que 91% residem em Benguela; 1% vive na Catumbela, e 8% dos inquiridos que responderam vivem no Lobito.

Tabela 5- Frequências face à província de Naturalidade (n=100)

	Frequência	Percentagem
Benguela	85	85,0
Huambo	8	8,0
K. Norte	1	1,0
K. Sul	1	1,0
Moxico	2	2,0
Porto Amboim	1	1,0
S. Tomé	1	1,0
Uíge	1	1,0

Relativamente a naturalidade, é de notar que 85 é natural de Benguela com uma percentagem de 85,0%. 8 São naturais do Huambo correspondendo uma percentagem 8%. 1 Natural do K.Norte equivalente uma percentagem de 1%. 2 São naturais do Moxico com uma percentagem 2,0%. 1 é natural do Porto Amboim com a percentagem de 1%. 1 É natural do Uíge cuja percentagem é de 1%.

Tabela 6 - Valores de frequência face à Profissão (n=100)

	Frequência	Porcentagem
Administrativo	6	6,0
Analista	7	7,0
Enfermeiro	78	78,0
Estomatologia	1	1,0
Técnico de Farmácia	4	4,0
Técnico RX	4	4,0

No que diz respeito à profissão 6 afirmaram que são administrativos, a percentagem é de 6,0%. 7 São analistas com uma frequência de 7,0%. 78 são enfermeiros com uma percentagem de 78%. 1 é estomatologista com uma percentagem de 1%. 4 São técnicos de farmácia com uma percentagem de 4%. Enquanto 4 são técnicos de RX, perfazendo 4,0%.

2.3- INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A recolha de dados foi realizada através do recurso a questionário de auto resposta onde é encontrada uma lista de dificuldades que são sentidas por vezes, por pessoas após acontecimentos de vida difícil, constituído por 22 itens distintos, que é a escala de impacto de acontecimentos (IESR) (Weiss & Mamar, 1997; adaptada por Rocha et al., 2006).

2.1.1- Descrição dos procedimentos metodológicos

A autorização para fazer o trabalho de campo, foi obtida pelo termo de consentimento informado que foi entregue pelo Instituto Superior de Saúde Cespu à

Repartição Municipal de Saúde em Benguela e, conseqüentemente dada aos respectivos Centros de saúde onde se realizou o trabalho. O mesmo teve como objectivo garantir aos sujeitos pesquisados a compreensão de seus direitos e a garantia de que sua negativa não terá repercussões em termos assistências ou sociais. Antes da entrega dos questionários aos utentes houve a necessidade de se fazer uma leitura geral do instrumento e breves explicações ou esclarecimentos sobre os objectivos da sua utilização. Os questionários de 22 itens foram entregues em mão e devolvidos de imediato depois de preenchidos pelos utentes. Por fim, agradeceu-se a colaboração dos sujeitos no estudo.

CAPITULO III – RESULTADOS

3.1- CARACTERÍSTICAS GERAIS DA ESCALA

Tabela 7- Valores de frequência Nº de itens, média, desvio padrão, amplitude Min-Máx, amplitude verificada Min- Máx.

	Nº itens	M	dp	Amplitude (Min-Máx)	Amplitude Verificada (Min-Máx)
IESR	22	37,71	14,13	88(0-88)	82(0-82)

A escala, desenvolvida por weiss e Marmar em 1999 e posteriormente aperfeiçoada por Mardi Horowitz foi potencialmente desenvolvida, para utentes que observaram perturbações mentais. Conforme se pode ver na tabela, esta escala foi desenvolvida a fim de avaliar aspectos distribuídos por 22 dimensões; apresentando uma média equivalente a 37,71%; um desvio padrão de 14,13%; amplitude (Min-Maxi) 88 (0-88); e amplitude verificada (Min-Max) 82 (082). Nesta nova versão, às subescalas de evitamento e intrusão da escala original, os dois autores adicionaram a subescala de Hipervigilância, de forma a cobrir todos os critérios para a perturbação de Pós-stress Traumático do DSM-IV.

3.2- ESTUDO DE FIDELIDADE DA ESCALA

Para efectuar o estudo de fidelidade foi calculado o índice de consistência interna da escala, o alfa de Cronbach. O valor encontrado para o alfa de Cronbach é de, 897 o que de acordo com Hill e Hill (2000), é considerado um bom valor deste indicador.

3.3- ESTUDO DE VALIDADE DA ESCALA

O estudo de validade da escala consta de duas análises complementares com medidas externas: Correlação da IESR face a número de acontecimentos traumáticos e do valor discriminativo da IESR de acordo com o tipo de acontecimento traumático ao qual o participante foi exposto.

3.3.1- Validade convergente face a número de acontecimentos traumáticos

Tabela de correlação

Tabela 8- Frequência de N^o de acontecimento traumático

	IESR
Número de acontecimentos traumáticos	, 542**

Nota: **nível de significância, 001

Avaliando a frequência de numero de acontecimentos traumáticos o valor encontrado é, 542**

3.3.2- Valor discriminativo de acordo com o tipo de acontecimento traumático

Tabela 9- Frequência de valor discriminativo de acordo com o tipo de acontecimento traumático

	Aconteceu		Não Aconteceu		T	P
	M	dp	M	dp		
Catástrofe	49,93	15,11	33,16	16,19	5,19	, 000
Acidente automóvel	50,00	14,85	34,04	16,55	4,83	, 000
Difícil para familiar	43,56	17,7	35,53	16,58	2,13	, 036
Acusado injustamente	47,34	17,41	33,43	14,94	4,13	, 000
Pais separados	46,94	20,47	37,20	14,78	2,67	, 009
Separado	48,87	17,46	35,61	15,86	3,80	, 000

Problemas financeiros	43,56	19,04	36,62	14,51	1,89	, 062
Doença física ou mental	50,06	17,30	36,29	16,09	3,81	, 000
Abusado ou negligenciado	47,02	18,90	37,22	16,04	2,67	, 009
Negligenciado fisicamente	50,97	17,84	36,30	15,69	4,01	, 000
Abortou	42,27	21,47	40,28	16,10	, 49	, 628
Filho com problema	49,73	19,51	36,68	15,28	3,50	, 001
Separado do filho	45,80	21,05	38,22	15,62	1,94	, 056
Tomar conta de doente	44,26	18,60	37,82	16,28	1,78	, 079
Morte repentina familiar	42,52	17,99	37,03	16,55	1,40	, 165
Violência familiar	42,16	17,51	40,06	17,49	, 577	, 566
Assistiu assalto ou atacado	43,80	18,74	37,60	15,97	1,72	, 089
Atacado por desconhecido	42,05	17,48	40,00	17,88	, 551	, 583
Atacado por conhecido	41,65	19,72	40,51	16,94	, 28	, 781
Incomodado por comentários	39,98	18,62	40,75	16,79	, 21	, 837
Abuso sexual	46,85	15,67	38,29	18,04	2,15	, 034

Quanto a frequência discriminativa de acordo com o tipo de acontecimento traumático, podemos verificar que 43,56% dos inqueridos responderam que o acontecimento traumático surgiu devido a problemas financeiros, 42,27% alegaram que aconteceu devido a aborto, 45,80% aconteceu devido a separação do filho, 44,26% observou o acontecimento traumático devido ao cuidado de um doente, 42,52% alegou a morte repentina familiar, ao passo que 42,16 apontou para a violência familiar, 43,80% referiu que foi assaltado, 42,05% sofreu ataque por desconhecido, 41,65% sofreu ataque por conhecido, enquanto 39,98% alegou ser incomodado por comentários. Analisando estes dados pode-se aferir que a maioria dos inqueridos já tiveram um acontecimento traumático. Porém a maior percentagem aponta para os problemas financeiros e a separação do filho.

CAPITULO IV - DISCUSSÃO

Este trabalho teve como finalidade principal compreender o impacto que a perturbação pós-stress traumático tem na vida de uma pessoa, validando a escala de impacto de acontecimentos nos diferentes contextos assistenciais, em pacientes com PTSD procuramos também analisar a epidemiologia, etiologia, factores subjacentes a PTSD, avaliação clínica bem como a escala de avaliação de impacto de acontecimentos.

Procuramos discutir os dados que se apoiam aos resultados especificando as conclusões frequência de valor discriminativo de acordo com o tipo de acontecimento traumático.

Quanto a caracterização da amostra verificou-se que a maior predominância de indivíduos do sexo masculino é que já observaram a PTSD, o que repercute também no seu exercício profissional. Estudos reforçam que retomar actividades normais do dia a dia e assumir uma postura facial as consequências do incidente contribui para a protecção da PTSD (Ommeren et al; 2005).

Quanto ao estado civil, os dados mostram que se regista maior numero de indivíduos solteiros. Desta forma é possível afirmar que o estado civil solteiro pode influenciar a convivência social. O baixo nível de suporte social e emocional pode potenciar o surgimento da PTSD (Raphael et al (2000)

No que tange a coabitação, verificou-se que a maioria dos inqueridos vive em Benguela.

Em relação a catástrofe, 49,93% referiu que já vivenciou um acontecimento potencialmente traumático, enquanto 33,16% alegou que não aconteceu. Assim, a exposição a um acontecimento traumático (como risco de morte ou ferimento para o sujeito ou outrem e inrupção de um sentimento de temor intenso, de importância ou de horror contribui para o alto índice da PTSD (Pedinelli, 2002).

No que concerne aos acidentes de automóvel, pode observar-se que 50,00% dos inqueridos já aconteceu. A este respeito Nunes et al (2009), advoga que os impactos; ferimentos mortes, destruição favorecem o desenvolvimento da PTSD.

De acordo com os resultados obtidos prevalecem um maior número de utentes que tiveram problemas financeiros. Constatou-se que a PTSD ocorreu em pacientes vítimas de catástrofes representam uma das causas do surgimento da PTSD

Analisando os dados verificou-se que a exposição a um acidente automóvel representa um total de 50,00%. Este resultado é bastante significativo, evidenciando que o acidente automóvel representa uma das principais causas do surgimento da PTSD. Outro aspecto importante a realçar é que a PTSD ocorreu em pacientes com dificuldade familiar, equivalendo 43,56%.

Constatou-se que a doença física ou mental está na base do surgimento da PTS, representando um total de 50,06%. Este resultado é bastante significativo, evidenciando que as doenças psiquiátricas representam a principal causa da PTSD.(Nunes et al.,2009).

Quanto á negligencia física, os resultados mostram que a maioria dos inqueridos totalizando 50,97% aconteceu com eles. É importante ressaltar que os indivíduos expostos a acontecimentos críticos podem desenvolver a perturbação de pós-stress traumático (Gray et al., 2004) Esta situação nos permite reflectir sobre a necessidade de aplicação do processo de intervenção psicológica consubstanciado no planeamento da assistência de acordo com o diagnóstico clínico.

CONCLUSÕES

Através da realização do estudo, buscamos identificar o risco de desenvolvimento da PTSD nos diversos contextos, e a partir daí elaborar descrever os seus factores de risco e de protecção. O desenvolvimento desta pesquisa permitiu a identificação do perfil de intervenção psicológica ao paciente com perturbação pós- stress traumático.

A análise dos dados levou ao aprofundamento dos conhecimentos sobre a intervenção psicológica em pacientes com sintomatologia crítica da PTSD. Constatou-se que é necessário o planeamento da assistência para garantir a qualidade de atendimento. Este estudo permitiu sensibilizar os profissionais para a importância dos cuidados preventivos e/ou factores de protecção da PTSD.

Espera-se que este trabalho venha suscitar grande interesse nesta área a fim de se promover um melhor direccionamento da assistência clínica.

BIBLIOGRAFIA

- BARROS; Luísa (2003). *Psicologia Pediátrica Perspectiva desenvolvimentista*. 2ª Ed. Lisboa.
- BRYMER, M. et al. (2005). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. New York: The National Center Child Traumatic Stress-Terrorism and Disaster Branch- and National Center for PTSD.
- CAMON; Valdemar Augusto Angerami (2001). *Psicossomática e a Psicologia da Dor*. São Paulo: Pioneira.
- CASTANHEIRA, C. et al. (2007). *Impacto f Event Scale- Revised (IES-R): Portuguese validation*, European congress of Traumatic Stress, Opatija, Croacia, 5-9 June.
- CHZZOTTI, A. (2000). *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez.
- CREAMER, M., Bell, R., FAILLA, S. (2003). *Psychometric properties of the Impact of Event Scale- Revised*. Behaviour research and therapy, 1489-1496.
- EHRENREICH, J. H., & McQuaide, S. (2001). *Coping With Disaster: A Guidebook To Psychological Intervention*. New York: Center For Psychology and Society
- GLEITMAN; Henry e tal (2009), *Psicologia*. 8ª Ed. Lisboa:
- HALLIGAN, S. L. & YEHUDA, R. (2000). *Risck Factors for PTSD*. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, 11(3), pp.1-3.
- HILL, M. L.; HILL, A. (2000), *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- HOROWITY, M. et al. (1979). *Impact of Event scale: A Measure of Subjective Stress*. Psychosomatic Medicine, 41,209-218.
- HOWARTH; Glennys e Leaman Oliveira (2004). *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Portugal editora.
- KUNTZ, I. & Bleach, A. (2004). *Mental health interventions in a general hospital following terrorist attacks: The Israeli experience*. In: The trauma of terrorism: Sharing knowledge and shared care. Yael

Danieli, Danny and Joel Sills. Haworth. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*.

- NUNES; Fernando Manuel et al. (2009). *Manual de Trauma: Para Apoio ao Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado Para Enfermeiros*. 5ª Ed. Loures: Luso ciência.
- O`BIERNE- Kelly, H., & REPPUCCI, N.D. (1997). *The sequelae of childhood sexual abuse: Implications of empirical research for clinical, legal and public policy domains*. In D.Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental Perspectives on Trauma: Theory, Research and intervention*, (pp. 535-552). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- OMMEREN, M., V S., & SARACENO, B. (2005). *Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?* *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (1), pp. 71-77.
- PEDINIELLI, Jean Louis (2002). *As neuroses*. Lisboa: Climpesi-Editores.
- PEREIRA, Maria da Graça; FERREIRA, João Monteiro (2003). *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção*. Lisboa: Climersi Editora.
- RAPHAEL, B., et al. (2000). *Disaster Mental health response handbook: An educational resource for mental health professionals involved in disaster management*. North Sydney: Center for Mental Health and Parramatta: NSW Institute of Psychiatry.
- RUZEK, J., YOUNG, B., CORDOVA, M., & FLYNN, B. (2004) *Integration of Disaster Mental Health Services with Emergency Medicine*.
- SANTOS; Nívea Cristina Moreira (2010). *Urgência e Emergência para Enfermagem: Do atendimento Pré-Hospitalar (APH) à Sala de Emergência*. 5ª Ed. São Paulo: Iátria.
- SOARES; Edivaldo (2003), *Metodologia Científica*. São Paulo. Ed. Atlas.
- STROEBE &., SCHUT (2006). *Complicated Grief: A conceptual analysis of the field*. *Omega*, 52, 53-70.
- WELLS, Adriane (2003). *Perturbações emocionais e meta cognição*. Lisboa: Climepsi Editores.

- YOUNG, B., FORD, J., RUZEK, J., FRIEDMAN, M., & GUSMAN, F. (2001). *Disaster mental health services*: The National Center for Post-traumatic Stress Disorder- Department of Veterans Affairs.
- ✓ YOUNG, M. A (2004). *Cultural Perspectives on Trauma*. In *The Community Crisis Response Team Training Manual* (pp. 258-296). Washington: National Organization for Victim Assistance.

Anexos
ANEXO I

Ao
Chefe De Repartição Municipal
De Saúde de Benguela.

BENGUELA

Assunto: Autorização para aplicação de questionários aos utentes dos centros de saúde Materno Infantil e cambanda.

No âmbito da realização de uma investigação sobre perturbação pós-stress traumática, inserida no meu projecto de mestrado orientado pelo Professor Doutor José Carlos Rocha e integrado na UnIPSa. Do Instituto Superior de Ciências de Saúde – Norte.

Venho por este meio solicitar a V.Exa se digne autorizar a aplicação dos questionários em anexo aos utentes dos centros acima referenciados. As respostas dadas serão tratadas num registo confidencial e respeitando os mais elevados padrões de ética na investigação em Psicologia Clínica e da Saúde tendo em vista os objectivos centrais do trabalho de mestrado.

A Solicitante

Maria Joana Ferreira Banguero Monteiro

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Actualmente, apesar de se verificar um aumento de investigações sobre o trauma, existe ainda um grande vazio no que se refere à situação em Angola. Como tentativa de diminuir essa falta, esta investigação tem como principal objectivo, avaliar e conhecer a nossa realidade. Para tal, é pedido o preenchimento dos questionários anexados a este termo. Todos os dados recolhidos através dos questionários são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins. Mais se informa que poderá desistir de participar, sem qualquer risco, bastando para isso que contacte a investigadora.

Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objectivos e protocolo de investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte do estudo que está a ser realizado para o mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, CESP.U.

(Rubrica)

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO-III

Escala de Impacto de um Evento – Revista

(Weiss e Marmar, 1997, adaptada por Rocha et al, 2006)

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, o quão perturbadora foi cada dificuldade na última semana, em relação ao/à _____ (escreva acontecimento a que se refere) que aconteceu há _____ semanas/meses/anos (risque opções erradas).

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
2. Tive dificuldades em dormir continuamente.	0	1	2	3	4
3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
4. Senti-me irritada/o ou zangada/o.	0	1	2	3	4
5. Evitei ficar perturbada/o quando pensava ou me lembrava disso.	0	1	2	3	4
6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3	4
7. Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.	0	1	2	3	4
8. Afastei-me de coisas que me lembravam o sucedido.	0	1	2	3	4
9. Surgiram-me imagens do que aconteceu.	0	1	2	3	4
10. Estive agitada/o e assustada/o-me facilmente.	0	1	2	3	4
11. Tentei não pensar sobre isso.	0	1	2	3	4
12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3	4
13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que adormecidos.	0	1	2	3	4
14. Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo aconteceu.	0	1	2	3	4
15. Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
16. Tive momentos de emoções intensas sobre aquilo.	0	1	2	3	4
17. Tentei apagar da minha memória o que aconteceu	0	1	2	3	4
18. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4
19. As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou aperto no coração.	0	1	2	3	4
20. Sonhos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
21. Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4
22. Tentei não falar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4

Muito obrigado pela colaboração!

ANEXO-IV

L. S. C. – R.

(Wolfe et al, 1996; versão portuguesa Antunes, Resende & Maia 2007)

Abaixo encontra-se uma lista de acontecimentos que podem ter acontecido consigo em algum momento da sua vida.

Por favor indique os acontecimentos que aconteceram consigo nos **últimos 5 anos**

1- Alguma vez esteve envolvido num desastre natural ou acontecimento grave (por exemplo um terramoto intenso, furacão, incêndio ou explosão)?	Sim ___ Não ___
2- Alguma vez viu um acidente grave (por exemplo num acidente de automóvel grave ou um acidente de trabalho)?	Sim ___ Não ___
3- Alguma vez teve um acidente grave ou sofreu uma lesão relacionada com um acidente de automóvel?	Sim ___ Não ___
4- Algum membro da sua família chegada já esteve preso?	Sim ___ Não ___
5- Alguma vez esteve preso?	Sim ___ Não ___
6- Alguma vez foi acolhido por uma família de acolhimento ou colocado para adopção?	Sim ___ Não ___
7- Os seus pais separaram-se ou divorciaram-se enquanto vivia com eles?	Sim ___ Não ___
8- Alguma vez se separou ou divorciou?	Sim ___ Não ___

9- Alguma vez passou por problemas financeiros graves (por exemplo não ter dinheiro suficiente para comida ou um lugar para viver)?	Sim ___ Não ___
10- Alguma vez teve uma doença física ou mental grave (por exemplo cancro, ataque cardíaco, cirurgia séria, vontade de se matar ou hospitalização devida a problemas de nervos severos)?	Sim ___ Não ___
11- Alguma vez foi emocionalmente abusado ou negligenciado (por exemplo ser frequentemente ridicularizado, embaraçado, ignorado ou lhe disseram repetidamente que “não prestava”)?	Sim ___ Não ___
12- Alguma vez foi fisicamente negligenciado (por exemplo não ser alimentado, vestido correctamente ou deixado a tomar conta de si próprio quando era demasiado novo ou estava doente)?	Sim ___ Não ___
13- SÓ PARA MULHERES: Alguma vez fez um aborto ou abortou espontaneamente (perdeu o bebé)?	Sim ___ Não ___
14- Alguma vez foi separado do seu filho contra a sua vontade (por exemplo perdeu a sua custódia ou direito a visita ou ele foi raptado)?	Sim ___ Não ___
15- Alguma vez um filho seu teve um problema físico ou mental grave (por exemplo atraso mental, defeitos de nascença, impossibilidade de ouvir, ver ou andar)?	Sim ___ Não ___
16- Alguma vez ficou responsável por tomar conta de alguém próximo (que não fosse seu filho) que tinha um problema físico ou mental grave (por exemplo cancro, trombose, Alzheimer, demência, Sida, vontade de se matar, hospitalização devida a problemas de nervos ou impossibilidade de ouvir, ver ou andar)?	Sim ___ Não ___
17- Alguma vez alguém da sua família chegada ou amigo próximo morreu repentina ou inesperadamente (por exemplo num acidente, ataque cardíaco súbito, homicídio ou suicídio)?	Sim ___ Não ___

18- Alguma vez alguém da sua família chegada ou amigo próximo morreu (sem contar com os que morreram de repente ou inesperadamente)?	Sim ___ Não ___
19- Quando era novo (antes dos 16 anos), alguma vez assistiu a violência entre os membros da sua família (por exemplo dar pancadas, pontapés, bofetadas ou socos)?	Sim ___ Não ___
20- Alguma vez assistiu a um assalto ou ataque?	Sim ___ Não ___
21- Alguma vez foi assaltado ou atacado fisicamente (não sexualmente) por alguém que não conhecia?	Sim ___ Não ___
22- <i>Antes dos 16 anos:</i> Alguma vez foi abusado (não sexualmente) ou atacado fisicamente (espancado, esbofeteado, estrangulado, queimado ou lhe deram uma sova) por alguém que conhecia (por exemplo por um dos pais, namorado ou cônjuge)?	Sim ___ Não ___
23- <i>Depois dos 16 anos:</i> Alguma vez foi abusado (não sexualmente) ou atacado fisicamente (espancado, esbofeteado, estrangulado, queimado ou lhe deram uma sova) por alguém que conhecia (por exemplo por um dos pais, namorado ou cônjuge)?	Sim ___ Não ___
24- Alguma vez foi aborrecido ou incomodado por comentários, piadas ou pedidos de favores sexuais por alguém do seu trabalho ou escola (por exemplo um colega de trabalho, o chefe, um cliente, outro aluno ou um professor)?	Sim ___ Não ___
25- <i>Antes dos 16 anos:</i> Alguma vez lhe tocaram ou tocou em alguém de uma forma sexualizada porque o forçaram ou ameaçaram magoá-lo se não o fizesse?	Sim ___ Não ___
26- <i>Depois dos 16 anos:</i> Alguma vez lhe tocaram ou tocou em alguém de uma forma sexualizada porque o forçaram ou ameaçaram magoá-lo se não o fizesse?	Sim ___ Não ___

27- <i>Antes dos 16 anos:</i> Alguma vez teve uma relação sexual (oral, anal ou genital) contra a sua vontade porque alguém o forçou ou ameaçou magoá-lo se não o fizesse?	Sim ____ Não ____
28- <i>Depois dos 16 anos:</i> Alguma vez teve uma relação sexual (oral, anal ou genital) contra a sua vontade porque alguém o forçou ou ameaçou magoá-lo se não o fizesse?	Sim ____ Não ____
29- Há outros acontecimentos que não tenhamos incluído que gostaria de mencionar? _____	Qual? _____
30- Alguma vez algum dos acontecimentos aqui referidos que tenha acontecido a alguém próximo de si o perturbou gravemente mesmo sem ter assistido?	Sim ____ Não ____

Seleccione qual o acontecimento que foi para si mais perturbador (indique, por favor, o nº do item a que se refere e descreva-o brevemente).

Afirmação Nº