



**NECESSIDADES DOS POLÍCIAS COM PERTURBAÇÃO PÓS-
STRESS TRAUMÁTICO NUMA UNIDADE DA POLICIA DE
INTERVENÇÃO RÁPIDA EM BENGUELA**

Idalisa Fadília Francisco Balaca

Benguela, Maio de 2012

Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte

**NECESSIDADES DOS POLÍCIAS COM PERTURBAÇÃO PÓS-
STRESS TRAUMÁTICO NUMA UNIDADE DA POLICIA DE
INTERVENÇÃO RÁPIDA EM BENGUELA**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Orientado por Professor Doutor José Carlos Rocha

Idalisa Fadília Francisco Balaca

Benguela, Maio de 2012

Agradecimentos

O meu agradecimento vai primeiramente a Deus, o criador e impulsionador de todas as coisas.

A minha mãe, batalhadora que proporcionou as bases para que seguisse sempre em frente e nunca desistisse dos meus ideais mesmo no meio de tantas dificuldades.

Aos meus queridos Fázio, Chelsia e Flávia como minha principal força motriz.

Aos meus irmãos por estarem sempre comigo nos bons e maus momentos.

Ao meu esposo pelo apoio prestado durante toda a minha formação.

Ao grande amigo e incansável José Prata pela paciência e disponibilidade nos momentos em que parecia que tudo ia desabar.

Ao professor doutor José Carlos Rocha pela preciosa orientação e paciência com que dirigiu as diversas dificuldades encontradas durante o percurso.

A todos que de alguma forma contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade o meu muito obrigado.

ÍNDICE

I. Introdução.....	7
II. Enquadramento Teórico	9
2.1. Definição de perturbação pós-stress traumático (PTSD)	9
2.2. Critérios de diagnóstico para avaliação da PTSD	10
2.3. Modelos explicativos da relação entre trauma e saúde segundo Maia (2004).....	12
2.4. Impacto fisiológico do stress	14
2.5. Consequências da PTSD na Saúde do indivíduo	15
2.6. Outros estudos sobre a PTSD em polícias e militares	17
2.7. A PTSD do indivíduo e sua consequência na família	18
2.8. Algumas características apresentadas em pessoas com PTSD	19
2.9. Doenças como critério de exposição a trauma para o desenvolvimento de PTSD	21
2.10. Stress traumático em populações civis de Angola	22
III. Metodologia	23
3.1. Objectivos	23
3.2. Amostra.....	23
3.3. Instrumentos	24
3.3.1. Questionário de características sócio-demográficas.....	24
3.3.2. Questionário de acontecimentos traumáticos ao longo da vida	24
3.3.3. Escala de Impacto de Acontecimentos – Revista	24
3.3.4. Guião de entrevista para avaliação das necessidades dos polícias com PTSD.....	24
3.4. Procedimentos	25
IV. Resultados	26
4.1- História de exposição a acontecimentos traumáticos nos polícias com PTSD	26
4.2- Frequências por tipo de acontecimentos traumáticos mais relevantes escolhidos por cada participante	27
4.3- Categorias e frequências dos efeitos da PTSD no trabalho.....	28

V. Discussão	32
VI. Conclusões	33
VII. Bibliografia	34
ANEXOS	35

Resumo

A perturbação pós-stress traumático é a única doença psiquiátrica cujo diagnóstico exige que um factor de stress específico preceda o seu aparecimento. É caracterizada por sintomas que se desenvolvem a seguir à exposição a uma situação de trauma psicológico a que a pessoa reage com medo intenso, horror ou desespero (DSM-IV, 1996).

Diferentes modos de pensar e de se comportar, entre diferentes culturas, podem influenciar a maneira pela qual se manifestam as perturbações mentais, embora não constituam, em si mesmas, indícios de disfuncionalidade. Assim, variações normais, determinadas pela cultura, não devem ser rotuladas como perturbação, como é o caso das crenças sociais, religiosas ou políticas (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

O facto de uma pessoa ter passado por um trauma não significa necessariamente que ela terá pós-stress traumático. Observa-se que num mesmo evento, algumas pessoas podem apresentar esse transtorno e outras não. Essas variações nos levam a julgar que existem também predisposições pessoais a este problema, o que de facto tem sido constatado. Pessoas com outros problemas de ansiedade prévias apresentam maior susceptibilidade a desenvolverem o stress pós-traumático.

Pelo que no presente trabalho investigativo retratam-se as necessidades dos polícias com perturbação pós-stress traumático. Para o efeito seleccionou-se os polícias da 3ª unidade de polícias de intervenção rápida de Benguela pelo tipo de actividade laboral que exercem estando expostos a diversas situações traumáticas, bem como achou-se pertinente tratar acerca desta temática pelo facto de não haver nenhum autor Angolano que se tenha debruçado acerca do assunto. Foi curioso notar que apesar de os policias quererem aparentar serem fortes, dizerem estarem prontos para tudo e não se interessarem com os constantes perigos que acarreta a sua profissão, os problemas ligados a família são os mais frequentes dos referidos por eles bem como em função dos problemas que lhes aflige sentem falta do apoio e harmonia familiar.

Abstract

Post-traumatic stress disorder is the only psychiatric disorder which diagnosis needs a specific stress factor preceding it. It is characterized by symptoms developed after the exposure to psychological traumatic situation to which persons react with intense fear, horror or despair (DSM-IV, 1996).

Different ways of thinking and behaving, between different cultures, may influence the way mental disorders manifest themselves, which may not be dysfunctional on its context. Though, normal variations determined by culture, should not be labeled as dysfunctional, like social, religious and ideological beliefs (Relatório Mundial da Saúde, 2001)

The fact that someone has been exposed to a traumatic event does not necessarily mean that person has post-traumatic stress disorder. It can be observed that on a same event, some persons can have this disorder and others won't. These variations lead us to judge about personal predispositions for this problem, which has been verified. Persons with other previous anxiety problems have higher susceptibility to develop post-traumatic stress disorder.

The present research focus on the needs of policemen with post-traumatic stress disorder. For that, policemen from the *3ª unidade de polícias de intervenção rápida de Benguela* because of the kind of working activity are exposed to several traumatic events. Also pertinent is the fact that no other Angolan researcher has studied this theme. It was interesting to note that although the police want to appear to be strong, say they are ready for everything and are not interested with the constant dangers that entails their profession, family problems are common, but those reported by them as well as a function of problems that ails them miss the support and family harmony.

I. Introdução

Perturbações são alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou dos comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. As perturbações não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afectivo não significa em si mesmo a presença de perturbação (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida. Estes problemas caracterizam-se também por sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

Diferentes modos de pensar e de se comportar, entre diferentes culturas, podem influenciar a maneira pela qual se manifestam as perturbações mentais, embora não constituam, em si mesmas, indícios de perturbação. Assim, variações normais, determinadas pela cultura, não devem ser rotuladas como perturbação, como é o caso das crenças sociais, religiosas ou políticas (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

A perturbação pós-stress traumático é a única doença psiquiátrica cujo diagnóstico exige que um factor de stress específico preceda o seu aparecimento. É caracterizada por sintomas que se desenvolvem a seguir à exposição a uma situação de trauma psicológico a que a pessoa reage com medo intenso, horror ou desespero (DSM-IV, 1996).

A experiência traumática pode também trazer consequências positivas, como por exemplo a reorganização da vida pessoal, dos valores e objetivos (DSM-IV, 1996).

A perturbação pós-stress traumático aparece quase sempre logo após à exposição ao trauma e em cerca de metade dos casos prolonga-se para além de três meses (fase crónica), com frequência durante anos ou até toda a vida. Neste

caso, está com frequência associada a um risco aumentado de depressão, suicídio, perturbação de pânico, ansiedade generalizada, alcoolismo e toxicodependência, disfunções sexuais e doença com forte componente psicossomático, nomeadamente aparelho digestivo, cardiovascular, dermatológico (DSM-IV, 1996).

II. Enquadramento Teórico

2.1. Definição de perturbação pós-stress traumático (PTSD)

A Perturbação Pós-traumática do Stress (*Post-Traumatic Stress Disorder* - PTSD) foi pela primeira vez codificada nos EUA, no *Diagnostic Statistical Manual* (DSM-III), em 1980 e mantida, apesar de ligeiramente modificada, no DSM-III-R (1987), no DSM-IV, (1994) e na Classificação Internacional das Doenças, CID-10 (1992) da OMS. Em todas estas classificações, está incluída no capítulo geral das *Perturbações da Ansiedade*.

A PTSD é um padrão de reacções psicopatológico comportamental-emocional específico resultante da exposição a um acontecimento traumático (Howarth e Leaman, 2004).

PTSD é a única doença psiquiátrica cujo diagnóstico exige que um factor de stress (stressor traumático) específico preceda o seu aparecimento. É caracterizada por sintomas que se desenvolvem a seguir à exposição a uma situação de trauma psicológico a que a pessoa reage com medo intenso, horror ou desespero (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

- **Desenvolvimento da PTSD**

A PTSD aparece quase sempre logo após à exposição ao trauma e em cerca de metade dos casos prolonga-se para além de três meses (fase crónica), com frequência durante anos ou até toda a vida. Neste caso, “está com frequência associada a um risco aumentado de depressão, suicídio, perturbação de pânico, ansiedade generalizada, alcoolismo e toxicodependência, disfunções sexuais e doença com forte componente psicossomático (aparelho digestivo, cardiovascular, dermatológico)” (Nunes et al. 2009).

A PTSD pode ocorrer em qualquer idade incluindo a infância. Frequentemente, no início, a perturbação preenche os critérios para perturbação aguda de stress imediatamente após ao trauma. Os sintomas da PTSD e a relativa proeminência do re-experienciar, evitamento e hiperactivação podem variar com o tempo. A duração dos sintomas variam também com uma remissão completa que ocorre nos três primeiros meses em aproximadamente metade dos casos, com muitos

outros a ter sintomas persistentes por períodos superiores a 12 meses depois do trauma.

A intensidade, duração e proximidade da exposição ao acontecimento traumático são os factores mais importantes que afectam a probabilidade para desenvolver esta perturbação.

Existe evidências de que as redes de suporte social, história familiar, experiência da infância, variáveis de personalidade e perturbações mentais preexistentes podem influenciar o desenvolvimento da PTSD. “Esta pode desenvolver-se em sujeitos na ausência de condições predisponentes particularmente quando o agente stressor é especialmente forte” DSM-IV (1994).

2.2. Critérios de diagnóstico para avaliação da PTSD

Segundo DSM-IV (1994), existem 6 critérios de diagnósticos para se classificar uma PTSD, a saber:

A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições seguintes estiveram presentes:

- A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça a integridade física do próprio ou de outros.
- A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror.

Nota: em crianças pode ser expresso por comportamento agitado ou desorganizado.

B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente de um ou mais dos seguintes modos:

- Lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções.

Nota: em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos.

- Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento.

Nota: em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível.

- Actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a recorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações, e episódios de flashback dissociativos, incluído os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado).

Nota: em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos de acontecimento traumático.

- Mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.
- Reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.

C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por (três ou mas) dos seguintes:

- Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
- Esforços para actividades lugares ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma;
- Incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma;
- Interesse fortemente diminuído na participação em actividades significativas;
- Sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros;
- Gama de afectos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros);
- Expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo não esperar ter uma carreira, casamento, filhos, ou um desenvolvimento normal de vida);

D. Sintomas persistentes de activação aumentada (ausente antes do trauma) indicados por dois ou mais dos seguintes:

- Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir;
- Irritabilidade ou acessos de cólera;
- Dificuldade de concentração;
- Hipervigilância;
- Resposta de alarme exagerada.

E. Duração da perturbação.

F. A perturbação causa mal-estar ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

Aguda; se a duração dos sintomas é de menos 3 meses

Crónica: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais

Com início: se o início dos sintomas é de pelo menos 6 meses depois do acontecimento stressor.

2.3. Modelos explicativos da relação entre trauma e saúde segundo Maia (2004)

Como explicar a relação entre a exposição a trauma, PTSD e doença? Para compreender esta relação devem ser tidos em conta factores comportamentais, psicológicos e biológicos.

As pessoas com história de trauma têm mais comportamentos que põem em risco a saúde, quer devido a comportamentos que aumentam a morbilidade (ex. consumo de álcool e drogas), quer pelo não envolvimento em comportamentos que previnem a doença (ex. exercício, dieta, sexo seguro, etc.). O papel dos comportamentos de risco associados à experiência de trauma e o seu impacto na saúde têm sido salientados pela investigação que prova que as pessoas com história de trauma têm mais comportamentos que põem em risco a saúde. Por exemplo, Acierno, Kikpatrick, Resnick e Saunders (1996) e Dansky, Brady, Saladin e Killeen, (1996) verificaram que mulheres com história de trauma e

PTSD usam mais tabaco e mais drogas. Outros autores salientam que outros comportamentos que põem em risco a saúde, como álcool e medicamentos aumentam depois de situações traumáticas.

Kessler et al. (1995) verificaram que 52% dos homens com PTSD tinham abuso de álcool; enquanto nas mulheres este valor era de 28%. Quanto ao abuso de drogas, os valores apontaram para 35% dos homens e 27% das mulheres.

Estudos com os comportamentos de risco para HIV sugerem que as pessoas com história de abuso e trauma estão em alto risco. Um estudo Cunningham et al, (1994) mostrou que adolescentes com história de abuso físico, sexual ou violação eram os que tinham mais comportamento de risco. Os rapazes violados tinham 3 vezes mais probabilidade de ter comportamento homossexual na adolescência e história de abuso aumentava em 4 vezes o risco de não usar preservativo (as raparigas não levavam os companheiros a usar).

Aumentava ainda o risco de prostituição e de usar drogas injectáveis. Os homens com abuso sexual na infância têm o dobro de probabilidade de ter HIV. Num estudo com seropositivos, Allers e Benjack (1991) encontraram que 65% dos infectados tinham história de abuso físico ou sexual na infância.

Estes comportamentos de risco podem dever-se a falta de sentimentos de auto-estima ou auto-dignidade e dificuldade de regulação de emoções negativas, o que ilustra bem o papel dos factores psicológicos na relação entre trauma e saúde.

Uma explicação psicológica para a relação entre trauma e saúde prende-se com os efeitos do afecto negativo, que aumenta após experiências traumáticas e é conhecido por ser um mediador de problemas de saúde. Os acontecimentos stressantes produzem perturbação psicológica, e a depressão e hostilidade, frequentemente associadas a PTSD, são conhecidas por aumentar o risco de doenças cardiovasculares Ford, (2004) e diminuir a função imunológica Dougall & Baum, (2004) além de diminuir a adesão terapêutica DiMatteo, Lepper & Croghan, (2000).

Para além deste efeito mediado pelo afecto negativo, uma explicação para o aumento das queixas físicas é baseada na ideia que pessoas com PTSD interpretam as alterações na reactividade cardiovascular, sono, regulação adrenérgica, como sinais de doença e stress pós-traumático – modelos, abordagens & práticas percebem a saúde como menos boa. As emoções

negativas podem ainda contribuir para enviesar o processo de interpretação, sendo os sinais de reactividade percebidos como doença física. McFarlane, Weber e Clark (1993) designaram este processo como processamento de informação perturbado, em que os sinais de fenómenos psicológicos são interpretados como problemas de saúde física. Esta explicação daria conta quer das maiores queixas físicas, quer a maior utilização de serviços médicos.

Apesar desta explicação poder contribuir para compreender muitas das queixas e sobre utilização de recursos de saúde, as alterações que podem ocorrer nos sistemas biológicos relacionados com trauma e PTSD devem ser considerados.

Quando o sistema nervoso central percebe estímulos como ameaçadores é ainda activado o ramo simpático do Sistema Nervoso Autónomo, levando à produção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) pela glândula supra-renal, preparando o organismo face ao perigo através do aumento do ritmo cardíaco, libertação de glucose, entre outros.

A investigação tem mostrado alterações nos processos neurobiológicos sensíveis ao stress em vítimas de trauma e PTSD, sendo que muitos dos problemas de saúde poderão estar associados às alterações observados a nível do sistema nervoso simpático, eixo Hipotálamo-hipófise-suprarenal. A mesma mostra ainda existência de alterações a nível dos opiáceos endógenos. Estas alterações, que dão origem a activação autonómica, reactividade fisiológica face a estímulos, respostas de sobressalto, desregularão noradrenérgica, sono, estão relacionadas com problemas cardiovasculares, como arritmias cardíacas e maior risco de enfarte e acidente vascular cerebral, problemas imunológicos e alterações endócrinas e metabólicas que podem explicar o risco aumentado nestas pessoas (cf. Friedman, Charney & Deutch, 1995; Friedman & McEwen, 2004).

2.4. Impacto fisiológico do stress

De acordo com Moreira, Melo et al (2005), estudos acerca do impacto do stress no sistema imunitário assentam no pressuposto de que experiências stressantes podem promover ou interagir com a vulnerabilidade a certas perturbações. Esta promoção implica duas condições: as doenças que interferem com os mecanismos imunitários resultam em sensibilidade significativamente maior à

adversidade do ambiente. Por outro lado, os efeitos de stress social influenciam negativamente o sistema imunitário, incrementando por isso o risco de doença.

A exposição contínua a fontes de stress resulta no declínio progressivo da função linfócita, particularmente nas células associadas com o reconhecimento e remoção de células infectadas com vírus Locke, Kraus et al & Williams, (1988). Refere-se ainda que um estudo prospectivo longitudinal de 12 meses revelou a maior correlação entre a disfunção linfócita e stress em indivíduos que apresentam padrão acentuado de comportamento do tipo A, que referem sobrecarga de trabalho, insatisfação no emprego e falha em concretizar objectivos pessoais (Dorian & Garfinkel, 1987).

O stress crónico pode predispor alguns indivíduos para dificuldades imunitárias, provavelmente pelo aumento da sua vulnerabilidade à infecção. Sugerem-se alguns factores como: o temperamento, domínio de tarefas e estratégias de *coping*, além da psicopatologia, que parecem assumir um papel mediador, apesar de ainda não existir um consenso irrefutável acerca das evidências empíricas disso (Good Year 1999).

2.5. Consequências da PTSD na Saúde do indivíduo

O trabalho de Seley (1956) sobre os efeitos do stress sobre o corpo constitui um marco no estudo da relação entre as experiências de vida e a saúde.

A relação entre stress e saúde têm vindo a ser estudada quer em relação a acontecimentos de vida (ex: divórcio, luto), quer em relação a stressores mais ou menos contínuos, como stress profissional, quer ainda em relação a stressores extremos, como é o caso das experiências traumáticas. Só a partir dos anos noventa o papel da Perturbação de Stress Pós-Traumático como mediador entre a exposição e o impacto físico começou a ser salientado, especialmente a partir dos trabalhos de Wolfe, Schnurr, Brown e Furey, (1994) e Schnurr e Jankowsky (1999), que analisaram esta relação em mulheres veteranas da guerra do Vietname. Foram estes autores que sistematizaram o impacto das consequências a nível da saúde da exposição a situações traumáticas em comportamento de doença, queixas Físicas, utilização de meios médicos, morbidade e mortalidade, considerando como importante variável mediadora o diagnóstico de PTSD. A

maior parte da investigação sobre a relação entre trauma e saúde debruça-se sobre o estudo do relato de queixas físicas e apreciação de saúde em populações vítimas de experiências adversas, especialmente abuso sexual e guerra. Em alguns estudos os sintomas de PTSD (de origem especificada ou não) são analisados como mediador entre a exposição e o impacto sobre a saúde Maia (2004).

Um dos maiores estudos epidemiológicos que relacionou exposição a trauma ao longo da Vida com queixas de saúde e relato de pouca saúde foi o *Epidemiological Catchment Area* (ECA, Ullman & Siegel, 1996). Em relação especificamente à história de abuso sexual, este estudo concluiu que ela está relacionada com o aumento de queixas em quase todos os Sistemas do organismo Golding, (1996) citado por Maia, (2004). Este estudo mostra que mulheres com história de abuso sexual têm piores percepções de saúde, mais limitações funcionais e mais sintomas médicos.

Vários outros estudos verificaram que abuso sexual está associado a aumento de queixas de saúde, como dor pélvica crónica (Cunningham et al, 1988; Harrot-Griffiths et al, 1988; Lechner et al, 1993, Walker et al, 1995; Walker et al, 1988); sintomas ginecológicos (Bendixen et al, 1994; Springs & Friedrich, 1992); dor de cabeça (Cunningham et al, 1988; Bendixen et al, 1994); queixas gastro-intestinais: (Cunningham et al, 1988, Lechner et al, 1993); síndrome do cólon irritável (Cunningham et al, 1988); problemas neurológicos e queixas físicas gerais (Lechner et al, 1993 citado por Maia, (2004).

Para além de vítimas de abuso sexual ou participantes em guerras, alguns autores procuraram relacionar PTSD e queixas físicas em amostras de população na comunidade.

Por exemplo, um estudo com uma população bastante diversificada foi realizado por Breslau e Davis (1992). Estes autores realizaram um estudo junto de homens e mulheres jovens, utilizadores de um serviço de saúde, avaliando quer sintomas de PTSD, quer queixas de saúde, tendo verificado que aqueles que apresentavam sintomas compatíveis com diagnóstico de PTSD relatavam mais artrite, bronquite e dor de cabeça, e as mulheres mais problemas ginecológicos.

A PTSD está frequentemente associada a um risco aumentado de depressão, suicídio, perturbação de pânico, ansiedade generalizada, alcoolismo e toxicoddependência, disfunções sexuais e doença com forte componente psicossomático (aparelho digestivo, cardiovascular, dermatológico), segundo Nunes et al, (2009).

A severidade da PTSD conduz a dissociação, amnésia patológica, distúrbios de sono, resposta de alarme exagerado e medo de ataques. Retrata-se ainda a existência de dois tipos de reacções que são: emocionais e cognitivas Nunes et al, (2009):

- As principais reacções emocionais são choque emocional, depressão, ansiedade/pânico (culpa, raiva, medo, desespero, irritabilidade) embotamento afectivo (sentimento de luto de pesar, vulnerabilidade, atenção dispersa);
- As reacções cognitivas são dificuldade de concentração, dificuldade de tomada de decisão, baixa auto eficácia (descrença, negação) alteração da memória (confusão, distorção) pensamento intrusivo (preocupação). Não podemos, no entanto, esquecer que a experiência traumática pode também trazer consequências positivas, como por exemplo a reorganização da vida pessoal, dos seus valores Nunes et al. (2009).

2.6. Outros estudos sobre a PTSD em polícias e militares

Desde a década de sessenta, vários estudos nos E.U.A. tinham mostrado que muitos ex-combatentes da Guerra do Vietname, expostos a situações de combate, apresentavam um conjunto específico de sintomas em resposta aos factores traumáticos de stress. Desde então, muitos outros estudos em todo o mundo, vieram revelar também que após a exposição a várias outras situações traumáticas quer provocadas por outros seres humanos, quer por acontecimentos catastróficos naturais ou acidentais, a mesma síndrome podia ocorrer. Para além disso, vários estudos epidemiológicos, em especial nos últimos dez anos, tanto em populações clínicas como em populações não clínicas, vieram indicar percentagens de PTSD mais elevadas do que se previa, o que veio aumentar o

interesse profissional e do público em geral por este tipo de perturbação Maia, (2004).

2.7. A PTSD do indivíduo e sua consequência na família

A maioria dos estudos sobre PTSD tem-se debruçado sobre o indivíduo que sofreu directamente o trauma ignorando de forma geral os restantes elementos da família.

Figley (1989) relata que família traumatizada é aquela que foi exposta a um estressor que alterou involuntariamente a rotina familiar. É importante avaliar o grau de gravidade da perturbação no indivíduo e a forma como a família lida com o problema.

Os membros da família podem ser traumatizados de quatro formas possíveis Figley, (1989), citado por Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003):

- Efeitos simultâneos: todos os membros são afectados pelo mesmo evento traumático como no caso do incêndio, acidente de viação ou acidente natural.
- Efeitos vicariantes: surgem quando ocorre uma catástrofe a um membro com o qual a família está incapaz de entrar em contacto directo como na situação de guerra.
- Trauma intrafamiliar: vários membros da família são traumatizados por um acontecimento dentro da própria família como no caso de incesto, violência ou divórcio.
- Traumatização secundária: ocorre quando o stress traumático infecta a família pelo facto de estarem em contacto com o elemento vitimizado.

De forma geral a PTSD tem um impacto muito significativo na relação marital ao nível da comunicação, expressão de suporte, resolução de conflitos e compromissos com os outros Nichols, (1988). Sendo normal que existam alterações nos padrões familiares essencialmente ao nível da comunicação no casal e família.

2.8. Algumas características apresentadas em pessoas com PTSD

- Comportamento de evitamento

Não falar, não pensar, não sentir e não confiar resume os principais comportamentos de evitamento. O evitamento é sem dúvida um dos sintomas que afectam consideravelmente as relações sociais, e as famílias em particular, associado ao embotamento afectivo e a capacidade reduzida para se envolver com o mundo exterior. Esta capacidade de não sentir e não comunicar mantém o trauma presente não permitindo que ele seja processado e integrado, mesmo que tenha ocorrido a muito tempo. A distância torna-se assim como regulador emocional Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003).

- Depressão

A maioria dos traumatizados, encontram-se cronicamente deprimidos, com baixa auto-estima, sentindo-se frequentemente rejeitados pelos outros Solomon et al, (1999) citado por Maria, (2003). A depressão a depressão constitui um dos principais responsáveis pela dificuldade de intimidade do casal Williams, (1980) citado por Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003).

- Alienação e isolamento

Estes sentimentos são comuns aos membros de um casal quando um deles foi traumatizado. O isolamento social está muita das vezes associado a baixo suporte social, o que poderá complicar a integração do traumatizado na comunidade Solom et al. citado por Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003).

A alienação manifesta-se sobretudo em termos da incapacidade em apreciar e sentir as alegrias da vida Shatan, (1973).

- Suicídio

A ideação suicida é frequente e encontra-se associada a sentimentos de culpabilização, obrigando os familiares a viverem num estado de preocupações sobretudo quando o traumatizado tem acesso a arma de fogo Goodwim, (1987) citado por Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003).

- Uso de substâncias

Os indivíduos diagnosticados com PTSD tendem a usar mas drogas e álcool para lidar com a dor Masom, (1995) citado por Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003). O impacte da toxicodependência acarreta na família comportamentos de impulsividade. Face a este comportamento as pessoas que o cercam desenvolvem muitas das vezes detectores de medo que reforçam o distanciamento em relação ao traumatizado Matsakis, (1988) citado por citado por Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003).

- Violência

Associados ao álcool e ao uso de substâncias está frequentemente a violência, segundo Matsakis, (1988) citado por Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003) aproximadamente 25% das mulheres que participam em terapia de grupo para esposas de indivíduos com PTSD tinham sido batidas e 20% das visitas que faziam as urgências eram por motivo de violência física. Além do abuso físico, o abuso verbal e emocional é também frequente.

- Desconfiança/ira

Depois da vivência duma experiência traumática é natural que o sobrevivente aprenda a não confiar nos outros. Além disso, existe sempre a sensação de que foi traído. Este sentimento está associado a sensação frequente de que o inimigo está em todo o lado, podendo-o levar a remeter sua ira para os alvos que estão mas perto e disponíveis. Goodwim, (1987) citado por Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003).

- Embotamento afectivo

Este tipo de sensação é muito comum, pois permite ao traumatizado desligar-se emocionalmente das relações interpessoais protegendo-o de tudo que o possa fazer sentir. O embotamento é o reverso da ira e consiste numa estratégia de coping que tem como consequência um afastamento e não expressão de afectos em relação ao companheiro/a e/ou filhos.

Este grau de distância permite assim lidar com a intolerância de qualquer aproximação emocional, o que implica que nestas famílias não exista expressão

de afectos e a família, Matsakis, (1988) citado por Pereira e Monteiro-Ferreira, (2003).

2.9. Doenças como critério de exposição a trauma para o desenvolvimento de PTSD

Algumas doenças muito graves como cancro, enfarte, cirurgias complexas ou acidentes e ferimentos acidentais, que são tratados em contextos médicos, podem ser vividos como experiências traumáticas e estar associadas a PTSD. Uma destas situações que tem sido alvo de vários estudos é a que decorre de queimaduras. Roca, Spence e Munster (1992) verificaram que 7% dos sujeitos vítimas de queimaduras tinham diagnóstico de PTSD no momento da alta, e esse número subia para 22% um ano depois. Outros autores, como Perry, Difede, Musng, Frances e Jacobsberg (1992), encontraram valores ainda mais elevados (45% passados 12 meses). Os acidentes rodoviários constituem igualmente experiências de vida que podem ser percebidos como ameaça à vida e dar origem a perturbações do tipo PTSD. (Norris, 1992; Breslau, Davis, Andreskiy & Peterson, 1991) que cerca de 12% das vítimas dos acidentes graves desenvolve PTSD.

O cancro é uma das doenças que é percebida como mais ameaçadora à vida, ainda que o seu diagnóstico já não seja equivalente a uma sentença de morte, a verdade é que os tratamentos que evitam esse desfecho são cada vez mais agressivos, prolongados e tóxicos.

Derogatis e Col, (1983) verificaram que cerca de 45% das pessoas que estavam a lidar com o diagnóstico de cancro tinham perturbação psicológica.

Um estudo realizado por Alter e Col, (1992) comparou a PTSD ao longo da vida de pessoas que tinham tido cancro na adolescência, as suas mães e mulheres adultas sobreviventes ao cancro de mama. Os resultados indicam uma prevalência de PTSD ao longo da vida nos sobreviventes de cancro na adolescência de 54%. As mães apresentavam igualmente um valor de 54% de PTSD, enquanto aqueles que sobreviveram a um cancro diagnosticado na idade adulta apresentaram um valor de 22%. Vários estudos têm verificado que as pessoas que tiveram cancro apresentam muitos dos sintomas, mas não os

sintomas suficientes para o diagnóstico. Outros dados parecem indicar que quanto mais novos os sujeitos, mais em risco, que os sintomas podem permanecer durante tempos muito prolongados e que os pais são pessoas muito vulneráveis Green et al. (1997).

2.10. Stress traumático em populações civis de Angola

De acordo com Ventura e McIntyre (2003), a viragem do século infelizmente não trouxe grandes progressos em resolver o que Einstein em 1960 chamou um dos problemas mais insistentes da humanidade: como livrar a humanidade da ameaça de guerra?

O que é que torna a guerra um stressor diferente de outros acontecimentos violentos?

A guerra é uma experiência social que preenche os critérios de um acontecimento traumático, isto é «um acontecimento» que está fora do domínio normal da experiência humana e que seria stressante para quase qualquer pessoa» (APA, 1994). A exposição à guerra pode envolver a ameaça ou perda de vida, ou a perda de familiares ou amigos, a destruição, agressão ou morte.

III. Metodologia

3.1. Objectivos

Este trabalho apresenta como objectivo geral descrever as necessidades dos polícias com perturbação pós-stress traumático usou-se primeiramente o método de observação, que segundo Marconi & Lakatos (2002:45) “é um método empírico de colecta de dados que se caracteriza pelo estudo das manifestações espontâneas no seu cenário natural, e o investigador não intervém, limita-se apenas a registar as suas manifestações tal como sucede”. Questionário demográfico, com o objectivo de colectar informações sobre estímulos de situações traumáticas que vivem os polícias. Escala de IES-R para avaliar em função das dificuldades sentidas por polícias após acontecimentos difíceis os valores que determinam uma PTSD. Entrevista em função dos resultados obtidos na aplicação da escala de IES-R descrever as necessidades dos polícias com PTSD, o nível de gravidade, numero de vezes de acontecimento traumático.

Como objectivos específicos deste trabalho temos: a. Avaliar a história de exposição a acontecimentos traumáticos nos polícias com PTSD; b. Saber qual o acontecimento traumático mais relevante; c. Descrever as necessidades face ao impacto da PTSD no trabalho; d. Descrever as necessidades face ao impacto da PTSD nas relações familiares; e. Descrever as necessidades face ao impacto da PTSD nas relações com amigos; f. Descrever as necessidades face ao impacto da PTSD nele próprio; g. Avaliar a gravidade percebida sobre o impacto do acontecimento; h. Descrição sobre o modo como tem lidado com a situação; i. Caracterização das necessidades sentidas pelos polícias com PTSD.

3.2. Amostra

A 3ª unidade de Polícias de Intervenção Rápida de Benguela conta com pessoal físico no total de 185 indivíduos dos quais 37 oficiais, 45 subchefes, 103 agentes vivendo em regime de aquartelamento, de forma a estarem em prontidão para neutralizarem qualquer foco de violência e manterem a ordem.

Para o presente trabalho seleccionou-se um total de 100 polícias da referida unidade, com idades compreendidas entre os 22 e 45 anos, tendo como média

11,71 e desvio padrão 2,69, sendo todos do sexo masculino pelo facto de existirem apenas 2 do sexo feminino na unidade, aos quais aplicou-se os questionários demográficos para recolha de dados em função aos resultados obtidos extraiu-se 17 polícias com os quais se efectuaram as entrevistas. Estes têm uma idade média de 35,65 anos ($dp=8,70$), e quanto à escolaridade 13% têm frequência universitária, 1,21% têm ensino médio e na escala do IES-R obtiveram um valor médio de 51,94 ($dp=10,71$) com o valor mínimo de 33 e máximo 68.

3.3. Instrumentos

3.3.1. Questionário de características sócio-demográficas

Este questionário (ver anexo) tem questões que visam obter informações que permitam descrever as características sócio-demográficas mais básicas, como por exemplo, a idade, o estado civil, o sexo, a naturalidade e residência.

3.3.2. Questionário de acontecimentos traumáticos ao longo da vida

Este instrumento (ver anexo) tem uma lista de 25 acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e requer que o participante refira quais destes acontecimentos ocorreram consigo.

3.3.3. Escala de Impacto de Acontecimentos – Revista

Usou-se ainda o questionário de auto-resposta constituído por 22 itens distintos sendo a escala de impactos de acontecimentos (IES-R) (Weiss & Mamar, (1997); adaptada por Rocha et al. (2006) que retrata uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis.

3.3.4. Guião de entrevista para avaliação das necessidades dos polícias com PTSD

Este guião foi construído durante a investigação com base nas observações realizadas na fase inicial. Tem 7 questões abertas que foram sequenciadas de acordo com o grau de ansiedade que poderiam gerar e que correspondem aos seguintes temas: qual o acontecimento traumático mais relevante; as necessidades face ao impacto da PTSD no trabalho; as necessidades face ao

impacto da PTSD nas relações familiares; as necessidades face ao impacto da PTSD nas relações com amigos; as necessidades face ao impacto da PTSD nele próprio; a gravidade percebida sobre o impacto do acontecimento; o modo como tem lidado com a situação; as necessidades sentidas pelos polícias com PTSD.

3.4. Procedimentos

Em primeiro lugar, foi pedida autorização ao Comando Provincial da Polícia Nacional em Benguela para a realização deste estudo na 3ª Unidade de Intervenção Rápida. Após visita à referida unidade foi possível um encontro com o efectivo para explicação dos objectivos da investigação. Seguiram-se os seguintes momentos de recolha de dados com os participantes deste estudo:

- a) Observação na formatura geral e em conversas informais com o efectivo com vista a conhecer melhor a problemática nesta população e com vista à construção de guião de entrevista.
- b) Após pedido de consentimento informado (ver anexo), aplicou-se um questionário e a escala de IES-R para calcular o nível de depressão a 100 polícias, que com prévia autorização concordaram em fazer parte do estudo assinando o termo de consentimento.
- c) Em função aos resultados seleccionou-se aqueles com níveis mas altos de stress traumático (IESR > 35) aos quais aplicou-se a entrevista.

Os dados quantitativos foram introduzidos numa base de dados do IBM Statistics 19 enquanto os dados qualitativos ficaram registados numa folha Excel. Seguiu-se a análise de dados com vista a alcançar os objectivos.

IV.Resultados

4.1-História de exposição a acontecimentos traumáticos nos polícias com PTSD

Tabela 1 - Frequências por cada tipo de acontecimento traumático

Questionando sobre a frequência por cada tipo de acontecimento traumático obteve-se 21 opções de respostas:

Tipo de Acontecimento	Frequência	Percentagem
Catástrofe	12	70,59%
Acidente grave automóvel	12	70,59%
Dificuldade de familiar	15	88,24%
Acusado injustamente	11	64,71%
Separação dos pais	6	35,29%
Separação ou viuvez	6	35,29%
Problemas financeiros	14	82,35%
Ter doença grave	5	29,41%
Abusado emocionalmente	10	58,82%
Fisicamente negligenciado	6	35,29%
Separado de filho	5	29,41%
Filho com problema	4	23,53%
Cuidou de doente	12	70,59%
Morte inesperada de familiar	12	70,59%
Perda de familiar ou amigo	16	94,12%
Violência doméstica	9	52,94%
Assistiu a ataque	12	70,59%
Assalto ou ataque	9	52,94%
Abuso não sexual	9	52,94%
Incomodado sexualmente	9	52,94%
Abuso sexual	4	23,53%

Analisando os dados acima verifica-se que dirige a lista de frequências de acontecimentos traumáticos dos polícias os problemas familiares com 88,24%

seguido de dificuldades financeiras com 82,35% o que surpreende pela positiva pois pelo tipo de actividade que desenvolvem esperava-se que estivessem na frente os acontecimentos relacionados a acidentes grave, mas como o lado humano desperta sempre e sendo a família a base estrutural do indivíduo os polícias não são indiferentes a essa realidade.

Tabela 2 - Descritivas do número de acontecimentos traumáticos por cada participante

N	Mínimo	Máximo	M	Dp
17	7	16	11,71	2,69

4.2-Frequências por tipo de acontecimentos traumáticos mais relevantes escolhidos por cada participante

Tabela 3 - As respostas à questão aberta sobre o acontecimento de vida que o terá marcado foram categorizadas em 7 categorias de resposta.

Tipo de Acontecimento	Frequência	Percentagem
Morte violenta de familiar	7	41,18%
Acusado injustamente	4	23,52%
Problemas no casal	2	11,76%
Doença de familiar	1	5,82%
Acidente de viação	1	5,82%
Falta de respeito	1	5,82%
Problemas financeiros	1	5,82%

Como se pode observar na tabela acima, a morte de um familiar é o acontecimento mais frequentemente referido pelos participantes e que corresponde a 41,18%. Não se verificou qualquer referência a episódios ligados a ataques ou situações de combate.

4.3-Categorias e frequências dos efeitos da PTSD no trabalho

Tabela 4 - À questão relativa as consequências no local de trabalho verificou-se respostas que correspondem a 7 categorias de respostas.

Categoria	Frequência	Percentagem
Sente-se bem	2	11,76%
Dificuldades com as lembranças	2	11,76%
Desmotivado e retraído	8	47,06%
Dificuldades com colegas	2	11,76%
Esquecimento frequente	1	5,82%
Afastamento disciplinar	1	5,82%
Baixa tensão arterial	1	5,82%

A categoria de resposta correspondente a “desmotivado e retraído” foi a mais frequente (conforme verifica-se na tabela acima), por isso poderemos afirmar que os efeitos da PTSD relatados pelos participantes estão muito associados à sua motivação para efectuar funções inerentes ao trabalho. Contudo, 2 dos participantes dizem não ter efeitos negativos.

Tabela 5 - Categorias e frequências dos efeitos da PTSD nas relações familiares
Questionando-os sobre os efeitos da PTSD nas relações familiares obteve-se 3 categorias de respostas

Categoria	Frequência	Percentagem
Afastamento	7	41,18%
Boas relações	6	35,29%
Frustrante e difícil	4	23,62%

Avaliando relativamente a frequência dos efeitos da PTSD nas relações familiares verifica-se que maior percentagem correspondente a 41,18 recai para o afastamento o que parece preocupante tendo em conta que a família é o suporte básico do individuo.

Relativamente aos efeitos da PTSD nas relações com os amigos encontrou-se 4 categorias de respostas.

Tabela 6 - Categorias e frequências dos efeitos da PTSD nas relações com amigos

Categoria	Frequência	Percentagem
Boas relações	9	52,94%
Isolamento	4	23,53%
Desconfiança	2	11,76%
Umhas boas, outras más; normal	2	11,76%

Observa-se que maior percentagem correspondente a 52,94% recai para boas relações o que se considera como positivo pois ajuda a atenuar o desenvolvimento da PTSD

Tabela 7 - Categorias e frequências dos efeitos da PTSD nele próprio

No que concerne aos efeitos da PTSD no indivíduo verificou-se 7 categorias de respostas:

Categoria	Frequência	Percentagem
Sensação de incapacidade	4	23,53%
Apatia	4	23,53%
Mau estar	3	17,65%
Desespero	2	11,76%
Preocupação	2	11,76%
Frustrado	1	5,82%
Sensação de peso	1	5,82%

Conforme se verifica acima 23,53% dos indivíduos entrevistados referem sensação de incapacidade e apatia mesmo sendo policias e aparentemente quererem demonstrar que estão sempre preparados para tudo. E apesar da sua dinâmica laboral frequentemente agitada apenas 5,82% refere frustração.

Questionando-os se consideram a situação como sendo grave obteve-se 3 categorias de respostas.

Tabela 8 - Caracterização da gravidade percebida sobre os efeitos do acontecimento traumático

Categoria	Frequência	Percentagem
Considera grave	7	41,18%
Muito grave	4	23,53%
Bastante grave	6	35,29%

Verifica-se que existe uma relatividade com relação a gravidade pois 41,18% considera grave e 35,29% considera bastante grave. Questionando sobre a forma com que o individuo lida com a sua própria situação obteve-se 8 categorias de respostas, conforme tabela 9.

Tabela 9 - Descrição sobre o modo como tem lidado com a situação

Categoria	Frequência	Percentagem
Por meio de diálogo	3	17,65%
Refugia-se no álcool	2	11,76%
Mantendo-se ocupado	5	29,41%
Frequenta a igreja	2	11,76%
Finge que não aconteceu	2	11,76%
Entrar para polícia	1	5,82%
Justifica-se	1	5,82%
Não consegue lidar	1	5,82%

Conforme os resultados acima ilustrados nota-se que maioritariamente o que corresponde a 29,41% mantém-se ocupado o que de certa forma mostra o interesse dos mesmos em superar ou ultrapassar o quadro em que se encontram diminuindo assim o impacto do seu desenvolvimento.

Tabela 10 - Caracterização das necessidades sentidas pelos polícias com PTSD Referindo-se as suas próprias necessidades obteve-se 5 categorias de respostas:

Categoria	Frequência	Percentagem
Harmonia familiar	11	64,71%
Tranquilidade	3	17,65%
Auto-estima	1	5,82%
Divisão de tarefas	1	5,82%
Do amigo (perdido)	1	5,82%

Analisando os resultados depara-se que maior parte deles correspondente a 64,71% sentem falta de harmonia familiar, o que de certa forma parece curioso tendo em conta serem policias e pela árdua tarefa que desenvolvem aparentarem sempre estarem de bem com a vida apesar de viver em sistema de aquartelamento.

Questionando-os sobre o que lhes poderia ajudar a solucionar os seus problemas obteve-se 9 opções de respostas.

Tabela 11 - Descrição do que poderia ajudar para solucionar o problema

Categoria	Frequência	Percentagem
Nada	4	23,53%
Não sabe	4	23,53%
Transferência de emprego	2	11,76%
Acompanhamento psicológico	2	11,76%
Aumento salarial	1	5,82%
Divórcio	1	5,82%
Deixar de beber	1	5,82%
Tocar a vida para frente	1	5,82%
Só o tempo dirá	1	5,82

Os resultados acima demonstram existir reactividade entre acharem que não há nada a se fazer e não saber o que fazer correspondendo a 23,53% para cada uma das respostas.

V. Discussão

Os dados empíricos obtidos durante a elaboração deste trabalho investigativo carecem uma discussão dos resultados obtidos

De forma geral os resultados obtidos neste trabalho permitem responder a questão de investigação inicialmente colocada de que o modo de vida influencia nas necessidades dos polícias com perturbação pós-stress traumático. Tendo em conta o facto de viverem em regime de aquartelamento e as suas dinâmicas laborais que faz com que se desloquem varias vezes para diversas missões, impossibilitando o seu contacto constante com seus familiares. Analisando suas respostas com relação ao que eles sentem falta que recaem maioritariamente na necessidade de apoio e harmonia familiar. Bem como referem como acontecimentos traumáticos mais frequentes os problemas familiares e mais relevantes são relacionados com mortes familiares.

Já a análise mais detalhada dos resultados leva a concluir que a forma que encontram para lidar com a situação é por meio de diálogo ou mantendo-se ocupado um ou outro opta pelo consumo excessivo do álcool, inclinação religiosa.

No que refere ao que se poderia fazer para ajudar a solucionar os seus problemas grande parte dos polícias apesar de serem homens da lei e estarem prontos a resolverem problemas que até põem em risco as suas próprias vidas, tratando-se deles próprios não sabem o que fazer e relativamente a forma como se sentem perante os mesmos ou seja os efeitos da PTSD neles dizem sentirem-se incapacitados e apáticos

Resultado:

O presente trabalho permitiu conhecer quais os aspectos mais importantes a trabalhar com os polícias.

VI. Conclusões

O presente trabalho de investigação insere-se sobre as necessidades dos policiais com perturbações pós-stress traumático foi possível constatar que dos 30 polícias seleccionados para a amostra deste trabalho 57% apresentam resultados compatíveis com perturbação pós-stress traumático.

Foi curioso notar que apesar de os polícias quererem aparentar serem fortes, dizerem estarem prontos para tudo e não se interessarem com os constantes perigos que acarreta a sua profissão, os problemas ligados a família são os mais frequentes dos referidos por eles bem como em função dos problemas que lhes aflige sentem falta do apoio e harmonia familiar.

Os policiais com perturbações pós-stress traumático têm utilizado o álcool e a religião como refúgio da situação que apresentam facto que autora considera poder ser negativo e recomenda a necessidade de trabalhar com os polícias nesta situação de forma mais profunda e aprimorada no sentido de ajudar a ultrapassar estas dificuldades.

VII. Bibliografia

- ✓ ANDRADE, Maria Margarida de. (2003). *Introdução à metodologia do trabalho Científico*. 6ª Ed. São Paulo: Atlas.
- ✓ DSM-IV. (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- ✓ FLEMING, Manuela (s/d). *Entre o medo e o desejo de crescer*. Psicologia da adolescência. Edições Afrontamento.
- ✓ MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. (2002). *Técnicas de Pesquisa*, 5ª Ed., Atlas S.A.
- ✓ MOREIRA, Paulo & MELO, Ana (org.). (2005). *Saúde mental. Do tratamento à prevenção*. Portugal: Porto Editora, Lda.
- ✓ PEREIRA, Maria da Graça & MONTEIRO-FERREIRA, João (2003). *Stress traumático. Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi editores.
- ✓ VIANA, Ilca Oliveira de Almeida. (2001). *Metodologia do Trabalho Científico. Enfoque didático da produção Científica*; São Paulo: Pedagógica e Universidade, Ltda.

FONTES TIRADAS DA INTERNET

- ✓ Disponível em <http://www.psicoastro.com/artigos/perturbacao-pos-stress-traumatico?pg=6> acedido aos 2 de Dezembro de 2010.
- ✓ Disponível em <http://www.dst.com.br/pag08.htm> acedido aos 2 de Dezembro de 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

Solicitação para a autorização da investigação na unidade de polícia em Benguela

**AO
COMANDANTE PROVINCIAL DA
POLÍCIA NACIONAL DE BENGUELA
BENGUELA**

Assunto: Solicitação

Respeitosos Cumprimentos

Idalisa Fadilia Francisco Balaca, 33 anos de idade, funcionária do MININT a mais de 10 anos e colocada no Departamento Provincial dos Serviços de Saúde, exercendo a função de Chefe de Secção de Aconselhamento e Testagem Voluntária. A mesma é estudante da Universidade Independente de Coimbra, pólo de Benguela, tendo terminado a Pós-Graduação em Psicologia Clínica nesta universidade e estando a preparar o seu trabalho de Dissertação de Mestrado cujo tema é: *Necessidades dos Policias com Perturbações Pós-Stress Traumático*.

Desta forma, sendo funcionária do Ministério e neste, os seus efectivos terem vivenciado situações que proporcionam diversas perturbações psicológicas, entre as quais stress e para a concretização dos objectivos da Dissertação, há necessidade de identificar uma área de acção a qual convém que o estudo seja realizado com a Unidade de Policia de Intervenção Rápida.

Sendo assim venho solicitar a Sua Excelência Senhor Comandante Provincial da Policia Nacional em Benguela, que autorize que a pesquisa seja realizada na Unidade seleccionada podendo permitir a realização da aplicação de inquérito e entrevista para a recolha de dados com os efectivos daquela Unidade de Policia. Esperando que esta solicitação merecerá a vossa prestimosa atenção, reitero os meus atempados agradecimentos.


Benguela aos 20 de Novembro de 2010

A Solicitante

*Idalisa Fadilia Francisco Balaca
Pós-Graduada em Psicologia Clínica*

ANEXO 2

Circular da autorização concedida para a investigação


MINISTÉRIO DO INTERIOR
COMANDO GERAL DA POLÍCIA NACIONAL
COMANDO PROVINCIAL DE BENGUELA
GABINETE DO COMANDANTE

AO
DEPARTAMENTO PROVINCIAL DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE/CPPN.

CATUMBELA

S/Referência S/Comunicação N/ Referência Data : 30.11.2010

OF. Nº 2644 /GAB.CDTE. PROV/CPPN/BG/2010

ASSUNTO: NOTA DE REMESSA.

Os melhores cumprimentos.

Para os devidos efeitos, encarrega-me Sua Excelência o Comandante Provincial da Polícia Nacional de Benguela em Exercício, de transcrever e remeter o duto despacho recaído na Solicitação subscrita pela Senhora – **Idalisa Fadilha Francisco Balaca**, datada de 25.11.2010, cujo teor é o seguinte:


D
> Autorizo.

RUBRICA: HERNESTO HAIYAMUNHE ** SUB-COMISSÁRIO **
29/11/2010

Sem mais que me apraz, aproveito a oportunidade para reiterar os protestos da mais elevada consideração.

“PELA ORDEM E PELA PAZ AO SERVIÇO DA NAÇÃO”

O CHEFE DO GABINETE
Fernando Pedro Ukwahamba
FERNANDO PEDRO UKWAHAMBA (Lic)
//INSPECTOR-CHEFE//


República de Angola
Ministério do Interior
Comando Provincial de Benguela
Inspeção da Polícia
Folha nº. 327 Pag. ____ Fís. ____
Em 30.11.2010

ANEXO 3



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A história do trauma é tão antiga quanto a angústia face a morte e ao sofrimento. Os seres humanos têm mantido um contacto muito estreito com situações que consideramos extremas ou traumáticas. Apesar de se verificar o aumento de investigações sobre o trauma, existe ainda em Angola um vazio com relação a estudos efectuados a polícias. Pelo que esta investigação tem como principal objectivo analisar as necessidades dos polícias com perturbações pós-stress traumático 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 de Psicologia Clínica e da Saúde, CESPU.

(Rubrica)

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO AOS POLÍCIAS

Por favor, responda com clareza as questões que se seguem.

Este questionário refere-se ao trauma, ou seja situações ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, ferimento grave, ameaça a integridade física do próprio ou de outros.

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Estado Civil ____

Naturalidade: _____ Residência: _____ Habilitações

Literárias: _____

Alguma vez recorreu a Serviços de Saúde Mental: Não Sim

Se Sim: a) Há quanto tempo (aproximadamente); b) Motivo?

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.

1- Alguma vez esteve envolvido num desastre natural ou acontecimento grave.	Sim ____ Não ____
2- Alguma vez teve um acidente grave ou sofreu uma lesão relacionada com um acidente de automóvel?	Sim ____ Não ____
3- Algum membro da sua família viveu algo que se tornou difícil para si?	Sim ____ Não ____
4- Alguma vez foi injustamente acusado de algo?	Sim ____ Não ____
5- Cresceu com os pais/ familiares ou foi adoptado por alguém?	Sim ____ Não ____
6- Os seus pais separaram-se ou divorciaram-se enquanto vivia com eles?	Sim ____ Não ____
7- Alguma vez se separou, divorciou ou ficou viúvo (a)?	Sim ____ Não ____
8- Alguma vez passou por problemas financeiros graves (por	Sim ____

exemplo não ter dinheiro suficiente para comida ou um lugar para viver)?	Não ___
9- 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 ___
10- Alguma vez foi emocionalmente abusado ou negligenciado (por exemplo ser frequentemente ridicularizado, embaraçado, ignorado ou lhe disseram repetidamente que “não prestava”)?	Sim ___ Não ___
11- 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 ___
12- SÓ PARA MULHERES: Alguma vez fez um aborto ou abortou espontaneamente (perdeu o bebé)?	Sim ___ Não ___
13- 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 ___
14- 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 ___
15- 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 ___
16- 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 ___
17- Já sofreu intensamente por perda de um amigo ou familiar próximo?	Sim ___
18- 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 ___

19- Alguma vez assistiu a um assalto ou ataque?	Sim ___ Não ___
20- Alguma vez foi assaltado ou atacado fisicamente (não sexualmente) por alguém que não conhecia?	Sim ___ Não ___
21- Alguma vez foi abusado (não sexualmente) ou atacado fisicamente (espancado, esbofetado, estrangulado, queimado ou lhe deram uma sova) por alguém que conhecia (por exemplo por um dos pais, namorado ou cônjuge)?	Sim ___ Não ___
22- 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 ___
23- 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 ___
24- Há outros acontecimentos que não tenhamos incluído que gostaria de mencionar?	Qual? _____
25- Alguma vez algum dos acontecimentos aqui referidos que tenha acontecido a alguém próximo de si o perturbou gravemente mesmo sem ter assistido?	Sim ___ Não ___

ANEXO 5

IES-R (Weiss & Marmar, 1997; adaptada por Rocha et. al, 2006).

Instruções: 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, a resposta que melhor descreve como se sente em relação a uma situação de luto actualmente.

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	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 assustava-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	0	1	2	3	4

não os suportava.					
13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que paralisados.	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 o que aconteceu.	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. Sonhei 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

ANEXO 6

GUIÃO DE ENTREVISTA

OBJECTIVO: pretende-se com este guião descrever as necessidades dos polícias com PTSD da 3ª unidade de polícias de intervenção Rápida de Benguela.

ITENS A ENTREVISTAR
1. Pode dizer o que se passou? Ou falar disso?
2. Quantas vezes aconteceu?
3. Em função a esta situação como tem interferido na sua relação com os amigos? Família? Trabalho? Consigo próprio?
4. Considera essa situação muito grave? Dificulta muito? Como se sente perante esta situação?
5. O que tem feito para ultrapassar esta situação?
6. Em função da situação o que acha que precisaria para ajudar a ultrapassar?
7. Do que sente falta?