

Artigo Original

Adaptação para a língua portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros

Portuguese adaptation of the Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire (PDEQ) in a sample of ambulance personal

ÂNGELA COSTA MAIA¹, SUSANA HORTA MOREIRA², EUGÉNIA FERNANDES³¹ Doutorada em Psicologia Clínica. Professora auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal.² Mestre em Psicologia da Saúde. Assistente da Universidade Católica Portuguesa, Portugal.³ Doutorada em Psicologia Clínica. Professora auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal.

Recebido: 28/2/2008 – Aceito: 25/11/2008

Resumo

Contexto: A dissociação peritraumática é uma resposta no momento da exposição a uma situação ameaçadora que tem se mostrado um preditor significativo de perturbação psicológica a longo prazo, nomeadamente perturbação pós-estresse traumático. **Objetivos:** Fazer a adaptação para português do Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire numa população altamente exposta a situações traumáticas, como é o caso dos bombeiros. **Método:** Após a tradução e o estudo dos itens, fizeram-se a aplicação e a análise psicométrica com uma amostra de 170 bombeiros, que relataram exposição traumática e que também preencheram uma escala de Perturbação de Pós-Estresse Traumático. **Resultados:** Os dados indicam que se trata de um instrumento com uma boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,87) e cuja validade de construto o torna adequado para a avaliação das respostas dessa população no exercício da sua profissão. Para além disso, a correlação elevada com os sintomas de perturbação pós-estresse traumático sugere ainda uma boa validade convergente. **Discussão:** Atendendo ao fato de que a dissociação peritraumática prevê PPST, o recurso a um instrumento que revela boas capacidades psicométricas pode ajudar a identificar as pessoas que desenvolverão perturbação após exposição a trauma.

*Maia AC, et al. / Rev Psiq Clín. 2009;36(1):1-9***Palavras-chave:** Estudo instrumental, dissociação peritraumática, bombeiros, PPST.

Abstract

Background: Peritraumatic dissociation is a reaction that occurs in the moment someone is exposed to a threatening situation and has shown to be an important predictor of long term psychological disorder, including post traumatic stress disorder. **Objectives:** To make the psychometric adaptation of Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire in Portuguese ambulance personnel that report high exposure to trauma. The instrument has been widely used in research, and was initially designed to analyse peritraumatic dissociation in emergency personnel. **Methods:** After items translation and study, 170 ambulance personnel filled it, and a PTSD scale. **Results:** Data show that the instrument has good internal consistency (Cronbach alfa = 0.87) and construct validity, suggesting that it is appropriate to evaluate the reaction of emergency workers during the duties of their professions. It also has a high correlation with post traumatic stress disorder symptoms, suggesting a good convergent validity. **Discussion:** Peritraumatic dissociation is a good predictor of PTSD. Taking this into account, the availability of this instrument in Portuguese, with good psychometric characteristics, can help in the identification of the persons who will develop symptoms after a traumatic experience.

*Maia AC, et al. / Rev Psiq Clín. 2009;36(1):1-9***Key-words:** Instrumental study, peri traumatic dissociation, ambulance personnel, PTSD.

Introdução

Muitas pessoas, quando confrontadas com ameaças extremas, são incapazes de integrar na consciência a totalidade daquilo que está a acontecer, isto é, os elementos sensoriais e emocionais do acontecimento podem não ser integrados na memória e na identidade pessoal, permanecendo isolados da consciência¹. Nesses casos, a experiência é dividida nos seus elementos somatossensoriais, sem integração numa narrativa pessoal² e essa fragmentação da realidade corresponde ao conceito de *dissociação*.

A relação entre dissociação e trauma foi desenvolvida inicialmente por Janet, ao propor que as vítimas de trauma podem experimentar *vehement emotions* na ocasião do trauma, as quais ultrapassam a capacidade do seu aparelho mental para integrar tais experiências. De acordo com Janet, a intensidade de uma *vehement emotion* depende quer do estado emocional da vítima no momento do evento, quer da avaliação cognitiva da situação¹. Nessas circunstâncias, os autores argumentam que a pessoa não é capaz de fazer o relato pormenorizado, isto é, a memória narrativa da sua experiência e a resultante “fobia da memória” previne a integração dos acontecimentos e separa as memórias traumáticas da consciência¹. Segundo esse modelo, os elementos das experiências não integradas podem manifestar-se posteriormente na forma intrusiva, estados alterados, pesadelos, ruminações obsessivas ou representações comportamentais³.

A seguir a essas contribuições iniciais, o interesse pela relação entre trauma e dissociação decresceu, provavelmente em virtude da reformulação de Freud quanto à natureza da formação de sintomas e conflitos psicológicos na histeria^{1,3}. Embora Freud tenha concebido inicialmente a pessoa com histeria como “sofrendo de reminiscências” de acontecimentos traumáticos ocorridos na infância, posteriormente defendeu que as alegadas memórias de acontecimentos traumáticos precoces correspondiam a desejos sexuais e agressivos inaceitáveis na criança, que ameaçavam o ego e mobilizavam defesas contra a consciência^{1,3}.

Durante as Guerras Mundiais, a psiquiatria foi, de novo, confrontada com a questão da dissociação. A Primeira Guerra Mundial instigou nos psiquiatras britânicos, que trataram as vítimas de guerra, uma discussão contínua sobre a natureza reprimida ou dissociada das memórias traumáticas, mas após a Segunda Guerra Mundial o conhecimento alcançado sobre esses processos foi novamente esquecido, até que os clínicos redescobriram a relação entre trauma e perturbações dissociativas, em meados dos anos 1980¹. Tal é atribuível, por um lado, a uma reinterpretação contemporânea das contribuições de Janet^{3,4}. O reconhecimento de que as experiências traumáticas e abusivas não são raras levou a um interesse paralelo pela dissociação, tanto mais que, como Spiegel e Cardeña⁵ constataram, os estudos

retrospectivos apoiam uma forte relação entre o abuso físico ou sexual precoce e fenômenos dissociativos posteriores, sendo o abuso de infância severo e repetido mais fortemente associado com fenômenos de dissociação na idade adulta do que os casos isolados de abuso.

Segundo Marmar *et al.*³, o ressurgimento do interesse sobre uma ligação entre trauma e dissociação também foi impulsionado por estudos empíricos que apoiam uma forte relação entre dissociação no momento do trauma, um fenômeno que esses autores caracterizam por “dissociação peritraumática”, e o desenvolvimento subsequente de perturbação de pós-estresse traumático. Assim, a dissociação ocorre quer no acontecimento traumático^{6,7}, quer pós-traumático, como consequência a longo prazo da exposição traumática^{8,9,10,11}, e nos últimos anos a psiquiatria tem redescoberto que os processos dissociativos têm um papel crítico no desenvolvimento de problemas psicológicos relacionados com o trauma^{1,3,7,12}.

Na literatura, a dissociação tem sido associada a três formas de funcionamento, que podem ser designadas por dissociação primária, dissociação secundária ou peritraumática e dissociação terciária¹.

A dissociação primária refere-se ao fato de muitas pessoas, quando confrontadas com uma ameaça, não serem capazes de integrar na consciência a totalidade do que está a acontecer¹. Nesse caso, o trauma é frequentemente organizado na memória primeiramente em um nível perceptivo^{1,13}. Assim, as “recordações” do trauma são inicialmente experimentadas como fragmentos dos componentes sensoriais do acontecimento – tais como imagens visuais; sensações olfativas, audíveis ou cinestésicas; ou intensas ondas de sentimentos que os pacientes normalmente reclamam ser representações de elementos do acontecimento traumático original. Com efeito, os elementos sensoriais e emocionais do acontecimento podem não ser integrados na memória e na identidade pessoal e permanecerem isolados da consciência; a experiência é separada em elementos somatossensoriais isolados, sem integração numa narrativa pessoal². Essa fragmentação é acompanhada por estados de ego que são distintos do estado normal de consciência. A “dissociação primária” é característica da PPST, na qual os sintomas mais dramáticos são expressão de memórias traumáticas dissociadas – lembranças intrusivas extremamente perturbadoras, pesadelos e *flashbacks*¹.

À medida que as pessoas se tornam conscientes de cada vez mais elementos da sua experiência, elas constroem uma narrativa que “explica” o que lhes aconteceu, utilizando os fragmentos de memória que têm disponíveis e integrando-os numa narrativa pessoal coerente¹.

A dissociação secundária ou dissociação peritraumática refere-se a uma dissociação entre o *eu* observador e o *eu* experienciador, inicialmente descrita por Fromm (1965) em indivíduos traumatizados¹. Esses sujeitos

relatam deixar mentalmente os seus corpos, no momento do trauma, e observar o que acontece de longe. Esses processos de distanciamento da “dissociação secundária” permitem aos indivíduos observar a sua experiência traumática como espectadores e limitar a sua dor ou perturbação; eles são protegidos da consciência do impacto total do acontecimento¹. Com efeito, as vítimas de trauma relatam frequentemente alterações na experiência de tempo, lugar e da pessoa, que dão origem a uma sensação de irrealismo no momento do acontecimento. A dissociação na ocasião do trauma pode assumir a forma de sensação de tempo alterado; o tempo pode ser experienciado como muito demorado ou acelerado. Muitas vítimas experimentam despersonalização, experiências de separação do corpo, desnorreamento, confusão, desorientação, percepção de dor alterada, imagem de corpo alterada, visão em túnel e experiências dissociativas imediatas^{1,14,15}. A dissociação secundária tem sido designada como “dissociação peritraumática”^{3,7,14}.

Enquanto a dissociação primária limita as cognições das pessoas relativas à realidade das suas experiências traumáticas e lhes permite funcionar como se nada tivesse acontecido¹⁶, a dissociação secundária afasta as pessoas do contato com os sentimentos e as emoções relacionados com o trauma, como se estes fossem anestesiados¹.

Vários estudos com diversas populações traumatizadas têm mostrado que a dissociação durante o trauma é um preditor significativo do subsequente desenvolvimento de PPST. Por exemplo, Carlson e Rosser-Hogan¹⁷ verificaram essa relação em refugiados cambojanos; Bremner *et al.*⁶ e Bremer e Brett¹⁸, em veteranos do Vietnã; Holen (1993), em sobreviventes de um desastre no Mar do Norte^{14,15}; Cardeña e Spiegel⁹, com uma amostra de estudantes na sequência do terremoto de Loma Prieta, Califórnia; Koopman, Classen e Spiegel¹⁹, em sobreviventes dos fogos na Califórnia; Shalev *et al.*¹², com sobreviventes de trauma feridos em Israel; Marmar *et al.*³, com profissionais de emergência pré-hospitalar. Mais recentemente, uma meta-análise sobre preditores de PPST verificou que a dissociação peritraumática é o mais importante preditor dessa perturbação²⁰. Em Portugal, estudos realizados utilizando o instrumento-alvo deste trabalho têm verificado sistematicamente que a dissociação peritraumática se relaciona de uma forma significativa com sintomas de PPST em bombeiros²¹, vítimas de acidentes de viação²², jovens²³ e mulheres ante o diagnóstico de cancro da mama²⁴.

Esses resultados começaram por surpreender os investigadores, que acreditavam que a dissociação poderia proteger as vítimas no momento do trauma, mas na verdade a dissociação no momento do trauma é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento subsequente de PPST crônica^{1,14,15,20}, eventualmente por impedir a integração da experiência.

A dissociação terciária refere-se a perturbações psicológicas de natureza essencialmente dissociativa, como

a amnésia dissociativa, a fuga dissociativa, a perturbação dissociativa da identidade e a perturbação de despersonalização. A característica essencial das perturbações dissociativas é a disfunção das funções normalmente integradas da consciência, da memória, da identidade ou da percepção, sendo que a emergência de qualquer uma dessas perturbações pode ser súbita ou gradual, transitória ou crônica²⁵.

Com efeito, tem sido observado que, uma vez que as pessoas tenham aprendido a dissociar em resposta do trauma, elas tendem a continuar a fazê-lo perante situações estressantes subsequentes. A dissociação continuada pode não só interferir no processamento consciente da informação atual, mas também impedir a exploração de modos alternativos de *coping*, influenciando, dessa forma, na adaptação geral¹). Wolfe *et al.*²⁶ salientam que, mesmo considerando que a dissociação poderá contribuir para diminuir o grau de ameaça, as vítimas de trauma têm menor probabilidade de utilizar estratégias ativas de resolução de problemas; isto é, podem desenvolver atitudes de impotência e passividade.

Tendo em consideração os dados clínicos e os resultados da investigação que sugerem que a dissociação peritraumática é um fator de risco para o desenvolvimento da perturbação pós-estresse traumático (PPST), Marmar *et al.* realizaram estudos para desenvolver uma medida de dissociação peritraumática, que vieram a designar de Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire¹⁴. Esse instrumento, especialmente vocacionado para apreender as respostas dos profissionais que trabalham em situações de emergência, tem sido utilizado em vários estudos^{7,14,27}, estando fortemente associado com medidas de estresse traumático, tendências dissociativas gerais e nível de exposição ao estresse, mas não associado com medidas gerais de psicopatologia¹⁴.

Não existindo, tanto quanto sabemos, publicações ou literatura que se debruce sobre uma versão portuguesa do Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ), a não ser um estudo de equivalência transcultural para português do Brasil²⁸ foi nosso ensejo adaptar este instrumento para o nosso país.

Método

Participantes e procedimento

Participaram deste estudo 170 bombeiros, de um total de 189, que foram avaliados sobre exposição a experiências traumáticas no âmbito da sua assistência a vítimas de acidentes de viação. Destes 189, 90,5% relataram exposição traumática (n = 170), tendo os dados desses últimos sido considerados neste estudo de adaptação. Esses sujeitos pertencem a seis corporações de bombeiros do norte de Portugal e foram avaliados em pequeno grupo, após explicação do estudo e obtenção de consentimento informado.

A idade média é de 32,5 anos (DP = 10,727). A distribuição da amostra por *sexo* revelou-se bastante assimétrica, repartindo-se numa percentagem de 91,2% de homens (n = 155) e 8,8% de mulheres (n = 15). Os sujeitos apresentam *idades* compreendidas entre os 16 e os 65 anos.

No que diz respeito ao *estado civil*, verificamos que na sua grande maioria os sujeitos são casados (60%), 38% são solteiros e 2% são divorciados.

Em relação ao *grau de escolaridade*, constatamos que cerca de metade da população que integra a amostra apresenta escolaridade até o 6º ano (50%); uma percentagem de 23% apresenta escolaridade até o 9º ano; 18% até o 12º ano e uma percentagem de 7% frequenta o ensino superior ou possui um grau académico superior.

No que concerne à *situação profissional*, os dados mostram que 65% dos sujeitos são trabalhadores que apresentam outra profissão que não a de bombeiro assalariado; 20% são bombeiros de profissão; 3% estão desempregados e 1% são indivíduos que se encontram aposentados; 11% são estudantes que no seu tempo livre exercem voluntariado na corporação em que estão associados.

Relativamente às *funções exercidas na corporação*, verifica-se que uma percentagem significativa de sujeitos (62%) assume funções polivalentes e apenas 27% têm atribuições específicas enquanto bombeiros, que não as de chefia ou comandos, funções em relação às quais se verificou uma percentagem de 10%. O tempo de serviço na corporação é em média de 5,8 anos (DP = 2,976).

Instrumentos

Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas

A versão traduzida do Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, tal como a versão original, consiste numa escala tipo *Likert*, de cinco pontos (1 = *nada verdade*; 2 = *ligeiramente verdade*; 3 = *algo verdade*; 4 = *muito verdade*; 5 = *extremamente verdade*), constituída por dez itens relacionados com experiências dissociativas quando da ocorrência do acontecimento traumático, pelo que, no total, a pontuação de cada sujeito pode variar entre 10 e 50. As dimensões avaliadas incluem sentido alterado de tempo, despersonalização, desrealização, imagem do corpo alterada e outras respostas dissociativas³.

Os estudos realizados pelos autores têm demonstrado que o PDEQ apresenta boa consistência interna (por exemplo, alfa de Cronbach = 0,80³).

Esse instrumento permite dois tipos de cotação: como um valor contínuo, em que quanto mais elevado, mais dissociação; e um valor de corte. Marmar *et al.*³ apontam como valor de corte a média por item igual ou superior a 1,5, considerando que os sujeitos com pontuações médias iguais ou inferiores a 1,5 não apresentam experiências peritraumáticas significativas. O significa-

do de um valor maior que 1,5 na escala PDEQ assume a presença de sintomas peritraumáticos significativos. Os valores superiores a 1,5 implicam, normalmente, três potenciais padrões de resposta: (i) uma resposta assinalada nos códigos de resposta 4 (“muito verdade”) e/ou 5 (“extremamente verdade”) pelo menos em dois ou mais itens; (ii) uma resposta assinalada nos códigos de resposta 2 (“ligeiramente verdade”) em pelo menos cinco ou mais dos itens; (iii) uma resposta assinalada nos códigos de resposta 3 (“algo verdade”) em pelo menos três ou mais dos itens²⁹.

A tradução portuguesa do Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire¹⁴ foi realizada por Maia, Fernandes e McIntyre (2001). As investigadoras procederam a um mínimo de modificações, mantendo o número e a estrutura na ordenação original dos itens e introduzindo tão-somente as alterações consideradas indispensáveis à facilitação da sua compreensão, considerando-se a cultura portuguesa, nomeadamente relacionada com a equivalência semântica e de conteúdo.

Na adaptação do instrumento, foram seguidas as seguintes fases: 1ª) tradução da versão original para português por nativo de Língua Portuguesa; 2ª) uma retroversão da versão portuguesa para o inglês por pessoa nativa da língua inglesa-americana e sem contato com a versão original; 3ª) análise comparativa da versão original, a tradução portuguesa e a retroversão, por parte de um painel de peritos, de modo a avaliar as potenciais incompatibilidades entre a versão original e a versão retrovertida; e 4ª) construção da versão definitiva do instrumento³⁰.

Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático^{31,32}

Esta escala de autorrelato avalia sintomas de perturbação de pós-estresse traumático (PPST), sendo constituída por duas partes. A primeira parte é descritiva e qualitativa e avalia a exposição a experiências traumáticas, bem como as respostas envolvidas. A segunda parte é composta por grupos de sintomas e remete para cada um dos critérios de diagnóstico de PPST, sendo dividida em três partes. A primeira, *revivência do acontecimento traumático*, corresponde à fase da intrusão (grupo B dos critérios de diagnóstico, segundo o DSM-IV) e inclui cinco itens. Segue-se a *resposta ao acontecimento*, que avalia respostas de evitamento / entorpecimento e engloba sete itens (grupo C dos critérios de diagnóstico do DSM-IV). Por último, o agrupamento que avalia *respostas prolongadas* corresponde à ativação, remetendo para os sintomas neurovegetativos, e contempla cinco itens (grupo D dos critérios de diagnóstico do DSM-IV). Nestas, os itens são dicotómicos (sim/não). Seguindo o DSM-IV (1994), o diagnóstico de PPST é feito quando o sujeito responde afirmativamente a pelo menos duas questões do agrupamento *vivência do acontecimento*; a pelo menos três questões do agrupamento *resposta ao*

acontecimento; e a pelo menos duas questões do agrupamento *respostas prolongadas*. Pode ainda obter-se um total dos sintomas de PPST, somando-se a pontuação obtida em cada uma das subescalas (no total, 17 itens). Neste estudo, o alfa de Cronbach desta escala é muito alto (0,98).

Resultados

O estudo psicométrico do Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire para a população portuguesa seguiu as sugestões de Carretero-Dios e Peres³³ para o estudo de instrumentos e incluiu: (i) uma análise estatística de cada um dos itens da escala; (ii) uma análise da estrutura interna; (iii) uma avaliação da consistência interna da escala; e (iv) análise da validade externa; etapas que passaremos a descrever.

Análise estatística da totalidade dos itens da escala

A realização da análise convencional dos itens que compõem a escala implicou o estudo descritivo dos itens (Quadro 1), que permitiu identificar os índices de tendência central, dispersão e frequência para cada uma das opções de resposta.

Os dados mostram que a totalidade dos itens tem uma preponderância na pontuação de 1. Essa pontuação corresponde a um nível de resposta (“*nada verdade*”) que determina a ausência desse tipo de resposta peritraumática.

A análise dos resultados permite ainda constatar que os itens 5, 6 e 10 são aqueles que apresentam um valor de média mais baixo e o item 3 é aquele que apresenta a média mais elevada.

Estudo da estrutura interna do instrumento

Realizou-se uma análise fatorial, de modo a verificar a validade de construto desse instrumento. Para isso, previamente fez-se o estudo das correlações entre os itens, tendo-se verificado que o teste de esfericidade de Bartlett ($X^2(45) = 663,551$; $p < 0,000$) e o valor de Kaiser-Meyer-Olkin (0,835) cumpriam os pressupostos para a realização da análise fatorial.

Optou-se por uma análise fatorial dos componentes principais com rotação *oblimin* extraíndo os fatores com valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1. Essa análise deu origem a dois fatores, com valores próprios de 4,70 e 1,06, explicando respectivamente 47% e 10,6% da variação total (total = 57,6%). A análise da correlação

Quadro 1. Índices de tendência central, dispersão e frequência para cada uma das opções de resposta do PDEQ

Itens	Média	Desvio-padrão	1 ¹	2 ¹	3 ¹	4 ¹	5 ¹
1. Tive momentos de perda de consciência do que se passava – “fiquei em branco” ou “atordoado” ou de alguma forma senti que não fazia parte do que se estava a passar	1,69	0,977	54,4	26,6	12,4	3,0	2,4
2. Parecia que estava em “piloto automático” – acabei por fazer coisas que mais tarde percebi que não tinha decidido fazer conscientemente	1,84	1,007	48,2	27,1	16,5	6,5	1,2
3. O meu sentido de tempo mudou – parecia que as coisas estavam a acontecer em câmara lenta	2,09	1,203	39,4	31,2	12,9	10,6	5,3
4. O que estava a acontecer parecia-me irreal – como se fosse um sonho ou eu estivesse a ver um filme	1,85	1,060	48,8	24,1	18,2	5,3	2,4
5. Eu senti-me como se fosse um espectador a ver o que me estava a acontecer, como se estivesse a flutuar por cima da cena ou a observá-la de fora	1,45	0,891	70,0	17,6	6,5	2,9	1,8
6. Houve momentos em que a percepção do meu próprio corpo parecia distorcida ou alterada – sentia-me desligado(a) do meu próprio corpo ou como se ele fosse maior ou menor do que o costume	1,48	0,816	66,5	20,6	9,4	2,4	0,6
7. Senti como se as coisas que estavam a acontecer aos outros estivessem a acontecer a mim – por exemplo, como se eu estivesse preso(a) quando de fato não estava	1,77	0,930	47,1	30,6	17,1	2,9	1,2
8. Fiquei surpreendido(a) ao saber, depois, que tinham acontecido muitas coisas naquele momento de que eu não estava consciente, especialmente coisas em que eu normalmente teria reparado	1,66	0,890	52,4	30,0	12,9	2,4	1,2
9. Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que tive dificuldade em fazer sentido do que estava a acontecer	1,84	0,963	44,1	34,1	14,1	5,9	1,2
10. Senti-me desorientado(a), isto é, houve momentos em que não tinha a certeza de onde estava ou de que horas eram	1,41	0,766	70,6	15,9	10,6	1,8	0,0

¹ Moda representada em “Bold”.

entre esses dois fatores revelou uma correlação elevada ($r = ,53$), sugerindo que a solução de um único fator poderia ser adequada. O fato de os autores da escala considerarem em todos os seus trabalhos que ela deve ser tratada de uma forma unidimensional, e porque trabalhos recentes de análise psicométrica desse instrumento em diferentes populações e línguas têm dado origem a dados que apontam igualmente para a consideração de um fator único^{34,35}, procedemos de forma a caracterizar o instrumento, considerando a sua unidimensionalidade, o que nos levou a fazer uma análise fatorial forçando um só fator.

Ao fazer a análise fatorial forçando um só fator, verificamos que a variação total explicada é de 47%, com os valores próprios (*eigenvalues*) da solução de um só fator de 4,664. A saturação de cada um dos itens nesse fator pode ser observada no quadro 2.

A análise das saturações de cada item permite verificar que todos os itens apresentam uma saturação elevada, isto é, apresentam cargas fatoriais ou *loadings* superiores a 0,50³⁶. Esse resultado faz com que tomemos a decisão de não eliminar nenhum item.

Estimação da fiabilidade

O estudo da matriz de correlações entre os itens permitiu-nos avaliar a associação linear entre os diferentes itens que compõem o instrumento, um indicador importante de consistência interna.

A análise dos resultados da matriz de correlação aponta para as seguintes conclusões: (i) todas as corre-

lações existentes entre diferentes itens que compõem a escala são positivas, significativas e quase todas superiores a 0,30; (ii) o valor de maior correlação dá-se entre os itens 6 e 7 ($r = 0,631$), o que significa, na prática, que nenhuma correlação é suficientemente elevada ($r \geq 0,80$) que possa ser considerada redundante.

Para uma análise mais rigorosa da consistência interna, realizamos: (i) o estudo dos coeficientes de correlação de Pearson Item-Total (com item), (ii) o cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach, para o conjunto da escala sem o item (Quadro 4).

O coeficiente alfa de Cronbach da escala total é de 0,87, valor que é bastante bom.

Os resultados relativamente ao grau de associação entre item e pontuação global da escala apontam que todos os itens estão correlacionados significativamente com o total, isto é, à partida apresentam uma associação muito forte com o critério (por exemplo, $r_{\text{Item-Total}}$), com o qual estarão a cooperar na consistência interna do teste.

Os resultados sugerem ainda que a eliminação de qualquer dos itens não aumenta os indicadores de fidelidade da escala global, pelo que não seria conveniente a eliminação de nenhum dos itens em razão desse procedimento.

Validade convergente

De modo a averiguar a validade convergente da versão portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas, realizou-se a análise de correlação de Pearson entre os resultados dos sujeitos nesse teste

Quadro 2. Saturação de cada item no fator

Itens	Saturação
1. Tive momentos de perda de consciência do que se passava – “fiquei em branco” ou “atordoado” ou de alguma forma senti que não fazia parte do que se estava a passar	0,630
2. Parecia que estava em “piloto automático” – acabei por fazer coisas que mais tarde percebi que não tinha decidido fazer conscientemente	0,748
3. O meu sentido de tempo mudou – parecia que as coisas estavam a acontecer em câmara lenta	0,636
4. O que estava a acontecer parecia-me irreal – como se fosse um sonho ou eu estivesse a ver um filme	0,639
5. Eu senti-me como se fosse um espectador a ver o que me estava a acontecer, como se estivesse a flutuar por cima da cena ou a observá-la de fora	0,711
6. Houve momentos em que a percepção do meu próprio corpo parecia distorcida ou alterada – sentia-me desligado(a) do meu próprio corpo ou como se ele fosse maior ou menor do que o costume	0,745
7. Senti como se as coisas que estavam a acontecer aos outros estivessem a acontecer a mim – por exemplo, como se eu estivesse preso(a) quando de fato não estava	0,663
8. Fiquei surpreendido(a) ao saber, depois, que tinham acontecido muitas coisas naquele momento de que eu não estava consciente, especialmente coisas em que eu normalmente teria reparado	0,696
9. Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que tive dificuldade em fazer sentido do que estava a acontecer	0,693
10. Senti-me desorientado(a), isto é, houve momentos em que não tinha a certeza de onde estava ou de que horas eram	0,656
Valores próprios	4,664
Variação explicada	46,644

Quadro 3. Matriz de coeficientes de correlação de Pearson entre a totalidade dos itens da escala

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Perda de consciência	-								
2. Piloto automático	0,511(**)	-							
3. Sentido de tempo mudou	0,226(**)	0,487(**)	-						
4. Parecia irreal, como se fosse um sonho	0,245(**)	0,348(**)	0,536(**)	-					
5. Como se fosse espectador	0,389(**)	0,545(**)	0,319(**)	0,437(**)	-				
6. Percepção do corpo distorcida	0,406(**)	0,479(**)	0,370(**)	0,394(**)	0,536(**)	-			
7. Como se as coisas estivessem a acontecer a mim	0,279(**)	0,389(**)	0,400(**)	0,492(**)	0,362(**)	0,631(**)	-		
8. ... Acontecido coisas de que não estava consciente	0,425(**)	0,585(**)	0,356(**)	0,290(**)	0,417(**)	0,371(**)	0,357(**)	-	
9. Confuso, dificuldade em fazer sentido do que acontecia	0,394(**)	0,400(**)	0,381(**)	0,295(**)	0,443(**)	0,445(**)	0,362(**)	0,517(**)	-
10. Desorientado, não tinha a certeza de onde estava...	0,444(**)	0,326(**)	0,343(**)	0,369(**)	0,384(**)	0,409(**)	0,250(**)	0,429(**)	0,506(**)

** $p < 0,01$.

Quadro 4. Resultados da análise da consistência interna

	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item eliminado
1. Tive momentos de perda de consciência do que se passava – “fiquei em branco” ou “atordoado” ou de alguma forma senti que não fazia parte do que se estava a passar	0,521	0,860
2. Parecia que estava em “piloto automático” – acabei por fazer coisas que mais tarde percebi que não tinha decidido fazer conscientemente	0,664	0,848
3. O meu sentido de tempo mudou – parecia que as coisas estavam a acontecer em câmara lenta	0,551	0,860
4. O que estava a acontecer parecia-me irreal – como se fosse um sonho ou eu estivesse a ver um filme	0,556	0,858
5. Eu senti-me como se fosse um espectador a ver o que me estava a acontecer, como se estivesse a flutuar por cima da cena ou a observá-la de fora	0,614	0,853
6. Houve momentos em que a percepção do meu próprio corpo parecia distorcida ou alterada – sentia-me desligado(a) do meu próprio corpo ou como se ele fosse maior ou menor do que o costume	0,655	0,851
7. Senti como se as coisas que estavam a acontecer aos outros estivessem a acontecer a mim – por exemplo como se eu estivesse preso(a) quando de fato não estava	0,572	0,856
8. Fiquei surpreendido(a) ao saber, depois, que tinham acontecido muitas coisas naquele momento de que eu não estava consciente, especialmente coisas em que eu normalmente teria reparado	0,601	0,854
9. Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que tive dificuldade em fazer sentido do que estava a acontecer	0,594	0,854
10. Senti-me desorientado(a), isto é, houve momentos em que não tinha a certeza de onde estava ou de que horas eram	0,565	0,857

Coeficiente alfa de Cronbach = 0,87.

e o total de sintomas de perturbação pós-estresse traumático. Os dados desse estudo indicam que, tal como tem sido verificado nos estudos relatados anteriormente, existe uma correlação positiva e significativa entre o total do QEDP e os sintomas de PPST ($r = 0,447$; $p = 0,000$).

No quadro 5, apresentamos as características psicométricas da versão portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas.

O valor utilizado para a divisão dos grupos entre presença ou ausência de sintomas de dissociação peri-

Quadro 5. Características psicométricas gerais da versão portuguesa do QEDP numa amostra de bombeiros

	Nº itens	Média	DP	Amplitude (mín-máx)	Alfa Cronbach
Questionário de experiências dissociativas peritraumáticas	10	17,04	6,458	10-50	0,87

traumática significativos é, de acordo com os critérios utilizados por Marmar *et al.*³, de 1,5, considerando-se que os sujeitos com pontuações superiores a 1,5 como média nos itens apresentam experiências de dissociação peritraumática significativa. Considerando esse valor, nessa amostra 67 sujeitos (39,4%) estão abaixo do valor de corte, enquanto 103 (60,6) estão acima.

Conclusão

Este estudo é, tanto quanto temos conhecimento, o primeiro a explorar as qualidades psicométricas de uma versão portuguesa desse instrumento. O estudo da adaptação portuguesa do Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire revelou que o valor da consistência interna dessa versão é superior à de outras versões cujo alfa de Cronbach se situa abaixo ou é igual a 0,80; sendo que o total de variação explicada pela solução com um fator é, no nosso estudo, igualmente superior³⁵.

Tal como esperado e verificado em outros estudos de adaptação do instrumento^{34,35}, o valor total do QEDP está significativamente associado com medidas de perturbação de pós-estresse traumático, o que é um bom indicador da sua validade convergente e consistente com uma vasta literatura, quer em estudos em outros países, quer em Portugal, como relatamos na introdução deste artigo.

A principal limitação que salientamos é a especificidade dessa amostra. Tal como na versão original, utilizamos esse instrumento com sujeitos que trabalham em serviços de emergência pré-hospitalar e para os quais a formulação dos itens parece adequada para refletir as potenciais respostas peritraumáticas. No entanto, a utilização desse instrumento com outras populações igualmente expostas a situações traumáticas em que são vítimas primárias pode exigir um trabalho quer sobre a formulação dos itens, quer sobre a sua adequação para integrar esse instrumento. Por exemplo, um estudo da validação desse instrumento com vítimas de violência na comunidade³⁴ revelou que o item 7 (“Senti como se as coisas que estavam a acontecer aos outros estivessem a acontecer a mim – por exemplo, como se eu estivesse preso(a) quando de fato não estava”) não se aplicava a esses sujeitos e foi eliminado num estudo preliminar sobre a adequação dos itens; enquanto o item 2 (“Parecia que estava em ‘piloto automático’ – acabei por fazer coisas que mais tarde percebi que não tinha decidido fazer conscientemente”), em razão de sua baixa carga

fatorial, foi igualmente eliminado, dando origem a um instrumento com oito itens.

Esperamos que uma maior utilização desse instrumento no nosso país possa dar azo a novos trabalhos sobre as características psicométricas do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas.

Referências

- van der Kolk B, van der Hart O, Marmar C. Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk B, McFarlane A, Weisaeth L (eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press; 1996; p.303-27.
- van der Kolk B, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: review and experimental confirmation. *J Trauma Stress*. 1995;8:505-25.
- Marmar C, Weiss D, Metzler T, Ronfeldt H, Foreman C. Stress responses of emergency personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *J Trauma Stress*. 1996;9:63-85.
- Marmar C. Trauma and dissociation. *PTSD Res Quart*. 1997;8:2-8.
- Spiegel D, Cardeña E. Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnorm Psychol*. 1991;10:366-78.
- Bremner J, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney D. Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry*. 1992;149:328-32.
- Marmar C, Weiss D, Schlenger W, Fairbank J, Jordan K, Kulka R, et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *Am J Psychiatry*. 1994;151:902-7.
- Bremner JD, Steinberg M, Southwick SM, Johnson DR, Charney DS. Use of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Dissociative Disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1011-4.
- Cardeña E, Spiegel D. Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *Am J Psychiatry*. 1993;150:474-8.
- Chu J, Dill D. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry*. 1990;147:887-92.
- Saxe G, van der Kolk B, Berkowitz R, Chiman G, Hall K, Lieberg G, et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1037-42.
- Shalev A, Peri T, Caneti L, Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors. *Am J Psychiatry*. 1996;53:219-24.
- van der Kolk B. Trauma and memory. In: van der Kolk B, McFarlane A, Weisaeth L (eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press; 1996; p.279-302.
- Marmar C, Weiss D, Metzler T. The peritraumatic dissociative experience questionnaire. In: Wilson J & Keane T (eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press; 1997; p.413-28.
- Resick P. Stress and trauma. East Sussex: Psychology Press; 2001.
- Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE. Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1988;145:301-5.
- Carlson E, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1548-51.
- Bremner J, Brett E. Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1997;10: 37-49.
- Koopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, California firestorm. *Am J Psychiatry*. 1994;151:888-94.

20. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bul.* 2003;129:52-73.
21. Horta-Moreira S, Maia A, Fernandes E. A experiência de trauma nos profissionais de emergência pré-hospitalar. *Actas do VI Congresso Nacional de Investigação em Psicologia, Vol I. Associação Portuguesa de Psicologia, Portugal, 2006; p.54-75.*
22. Pires T, Maia A. Acidentes rodoviários: incidência de PTSD nas vítimas directas. In: Leal I, Ribeiro JLP, Jesus SN (eds.). *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Ispa Edições; 2006; p.811-8.*
23. Maia A, Guimarães C, Magalhães E, Capitão L, Campos M, Capela S. Experiências adversas e funcionamento actual: um estudo com jovens portugueses. *Actas do VI Congresso Nacional de Investigação em Psicologia Vol XII. Associação Portuguesa de Psicologia, Portugal, 2006; p.54-73.*
24. Castro S. Perturbação de pós-stress traumático no cancro da mama. Tese de mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Minho, 2007.
25. American Psychiatric Association. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4.ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2000-2002.*
26. Wolfe J, Keane T, Kaloupek D. Patterns of positive readjustment in Vietnam combat veterans. *J Trauma Stress.* 1993;6:179-93.
27. Tichenor V, Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Ronfeldt HM. The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: findings in female Vietnam theatre veterans. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:1054-9.
28. Fiszman A, Marques C, Berger W, Volchan E, Oliveira LAS, Coutinho ESF, et al. Adaptação transcultural para o português do instrumento peritraumatic dissociative experience questionnaire, versão auto-aplicativa. *Rev Psiquiatr.* 2005;27:151-8.
29. Marmar C, Weiss D, Metzler T, Delucchi K. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *Am J Psychiatry.* 1996;153:94-102.
30. Hambleton RK. Guidelines for adapting educational and psychological tests: a progress report. *Eur J Psychol Asses.* 1994;10:229-44.
31. McIntyre T. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho (não publicado).
32. McIntyre T, Ventura M. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático: Versão Adolescentes. In: Almeida LS, Araújo S, Gonçalves MM, Machado C, Simões MR (orgs.) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos – IV. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses; 1996. p.567-76.*
33. Carretero-Dios H, Peres C. Normas para el desarrollo y revision de estúdios instrumentales. *Int J Clin Health Psychol.* 2005;5:521-51.
34. Marshall GN, Orlando M, Jaycox LH, Foy DW, Belzberg H. Development and validation of a modified version of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. *Psychol Assess.* 2002;14:123-34.
35. Birnes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry.* 2005;20:145-51.
36. Pestana M, Gageiro J. *Análise de dados para ciências sociais. Lisboa: Edições Sílabo; 2000.*