



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

O impacto do evento na resposta ao trauma

Miguel André Telo de Arriaga

Tese para obtenção do Grau de Doutor em
Psicologia
(3º ciclo de estudos)

Orientador: Prof^a. Doutora Paula Carvalho
Co-orientador: Prof. Doutor Manuel Loureiro

Covilhã, março de 2018

Dedicatória

À minha mulher, à minha família, a todos os que fazem da minha vida um caminho bom de viver.

Agradecimentos

A conclusão deste projeto fez-se na companhia e com o apoio de quem mais me inspira e apoia. Importa deixar boa referência a todos os que transformaram este desafio como algo alcançável e exequível. Um forte agradecimento aos meus orientadores, Prof^a. Doutora Paula Carvalho e Prof. Doutor Manuel Loureiro, pela disponibilidade e estreitar do *focus* num espetro tão vasto e disperso. À minha mulher, o meu pilar mais forte, aos meus pais e irmão e ao Gucci, ao meu grande chefe e amigo João, ao Francisco e aos meus amigos Jorge, Antero e Otávio, estes nunca falham!

Resumo

Os eventos traumáticos, muitas vezes violentos e inesperados, podem, pelo seu impacto deixar sequelas profundas, levar ao desenvolvimento de perturbações psicológicas e interferir na qualidade de vida das vítimas.

É clara a existência de diferenças entre os eventos traumáticos, nas suas duração, intensidade e origem, pelo que se torna de importância fulcral focar e conhecer, para além dos efeitos patológicos do trauma, visão convencional da Psicotraumatologia, a existência de diferentes impactos causados por diferentes eventos. Trata-se de um estudo exploratório pioneiro em que a apresentação e a análise dos resultados permite uma compreensão do novo conhecimento científico, onde de forma clara, se permite perceber o impacto dos diferentes contributos dos eventos traumáticos em análise. Para além da caracterização dos diferentes eventos críticos, o estudo teve como objetivos (1) Caracterizar a exposição aos incidentes críticos e a prevalência da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT) e comorbidade associada; (2) Investigar a relação entre a exposição a eventos traumáticos e sintomatologia associada; (3) Identificar quais os preditores da PSPT, distresse e bem-estar psicológico; (4) Investigar a existência de possíveis diferentes impactos na sintomatologia pós evento traumático, em função do tipo de evento. No estudo participaram 301 pessoas de diferentes localizações geográficas do país, continente e ilhas, divididas em 5 grupos distintos, vítimas de acidentes rodoviários, desastres naturais, violência doméstica, neoplasia e um grupo de controlo. Os participantes eram de ambos os sexos, 63,1% (N= 190) de pessoas do sexo feminino e 36,9% (N=111) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, com uma média de idade de 36,70 (DP=13,11). Como instrumentos de recolha de dados, para além das variáveis de caracterização, foram utilizados a adaptação portuguesa do Inventário de Depressão de Beck (Beck et al., 1961), a Lista de Acontecimentos de Vida (Blake et al., 1995), a versão validada para Portugal da Impact of Event Scale-Revised (Weiss & Marmar, 1997), o Inventário de Sintomas Patológicos (Derogatis, 1982), o Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Tedeschi & L. Calhoun, 1996), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) e o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization Quality of Life Group, 1994).

Os resultados deste estudo inovador apresentaram diferenças entre os diferentes eventos traumáticos e o impacto causado por cada um, nomeadamente no que respeita à sintomatologia Depressiva, Perturbação Stresse Pós-Traumático, Suporte Social e Qualidade de Vida. Não se confirmou um maior impacto no trauma psicológico nos eventos causados pelo homem vs. desastres naturais, não se verificando também a relação entre múltiplos eventos e aumento da sintomatologia de PSPT. Tais resultados corroboram o facto de as características dos diferentes eventos terem papel importante no impacto causado.

Palavras-chave

Trauma, Evento Traumático, Acidente Rodoviário, Neoplasia, Desastre Natural, Violência Doméstica.

Abstract

Traumatic events, are often seen as violent and unexpected, and may, by their impact, leave deep sequels leading to the development of psychological disorders and interfere with the quality of life of victims. It is clear the existence of differences between traumatic events, on their duration, intensity, man-made or natural disasters, so it becomes of central importance to focus and to know, besides the individual pathological effects of the traumatic experiences, conventional vision of psychotraumatology, the different impacts caused by different events. It is a pioneer exploratory study in which the analysis of the results allows a larger understanding making possible to perceive the impact of the traumatic events under analysis. In addition to the characterization of the different critical events, the objectives of the study were: (1) To characterize the exposure to critical incidents and the prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and associated comorbidity; (2) Investigate the relationship between exposure to traumatic events and associated symptomatology; (3) Identify the predictors of PTSD, distress and psychological well-being; (4) Investigate the existence of possible different impacts on post-traumatic symptomatology, depending on the type of event. The study involved 301 people from different geographical locations of the country, mainland and islands, divided into 5 distinct groups, Victims of, Road traffic accidents, Natural disasters, Domestic violence, Cancer and a Control group. The participants were of both sexes, 63.1% (N = 190) female and 36.9% (N = 111) males, aged between 18 and 75 years, with a mean 36.70 (SD = 13.11). As data collection instruments, in addition to the characterization variables, was used, the Portuguese adaptation of the Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961), the Impact of Event Scale-Revised (Weiss & Marmar, 1997), the Brief Symptom Inventory - BSI (Derogatis, 1982), the Life Events Checklist - LAV (Blake et al., 1995), the Inventory of Posttraumatic Growth (Tedeschi & L. Calhoun, 1996), the Social Support Satisfaction Scale (Ribeiro, 1999), and the World Health Organization Quality of Life Short-Course Quality of Life Assessment Instrument (World Health Organization Quality of Life Group, 1994).

The innovative results of this study showed differences between the different traumatic events and the impact caused by each one, namely with regard to Depressive Symptoms, Post-Traumatic Stress Disorder, Social Support and Quality of Life, it was not confirmed a higher impact in psychological trauma in the events caused by the man vs. natural disasters, as well as the relation between multiple events and increase of the PTSD symptomatology was not verified, corroborating the fact that the characteristics of the different events have an important role in the impact caused.

Keywords

Trauma, Traumatic Event, Road Traffic Accident, Cancer, Natural Disaster, Domestic Violence.

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I: ESTUDO TEÓRICO.....	7
CAPÍTULO I. O EVENTO TRAUMÁTICO E O TRAUMA.....	8
1.1 O Evento Enquanto Acontecimento Traumático.....	15
1.2 Violência doméstica.....	17
1.3 Desastres naturais	22
1.4 Acidentes Rodoviários	26
1.5 Doentes com diagnóstico de Neoplasia	29
CAPÍTULO II. O IMPACTO PSICOLÓGICO DO EVENTO TRAUMÁTICO.....	33
2.1 Qualidade de Vida e Trauma	34
2.2 Suporte social e trauma.....	37
2.3 Exposição ao trauma	40
2.3.1 A Perturbação de Stresse Pós-Traumático	42
2.3.2 Exposição a Incidentes Críticos e Perturbação de Stresse Pós-Traumático	47
2.3.3 Comorbilidade entre PSPT e outras perturbações mentais	50
2.4 Exposição a fatores de risco e de proteção no desenvolver da PSPT.....	51
2.5 O Crescimento Pós-traumático	54
CAPÍTULO III. OBJETIVOS E HIPÓTESES	58
3.1 Objetivos.....	59
3.2 Hipóteses	60
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO.....	63
CAPÍTULO IV. MÉTODO.....	64
4.1 Participantes.....	65
4.2 Instrumentos	67
4.2.1 Inventário de Depressão de Beck	67
4.2.2 Lista de Acontecimentos de Vida	67
4.2.3 Impact of Events Scale – Revised.....	67
4.2.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	68
4.2.5 Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático	68
4.2.6 Escala de Satisfação com o Suporte Social	69
4.2.7 Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde.....	69
4.3 Procedimento	70
CAPÍTULO V. RESULTADOS.....	73
5.1 Estatística descritiva das variáveis em estudo.....	75
5.2 Testes das hipóteses.....	76
CAPÍTULO VI. DISCUSSÃO	85
CONCLUSÕES	98
REFERÊNCIAS	101

Lista de Figuras

Figura 1. Início e duração dos eventos críticos em estudo	4
Figura 2. Time Course of Traumatic Stress (adaptado de Fischer & Riedesser, 2003).	10
Figura 3. Comparações pelas médias das dimensões da IES-R entre categorias de indivíduos que experienciaram e que não experienciaram ferimentos do evento traumático	79
Figura 4. Comparações pelas médias das dimensões da IES-R entre categorias de eventos traumáticos.	80
Figura 5. Comparações pelas médias da sintomatologia depressiva entre categorias de eventos traumáticos	81
Figura 6. Comparações pelas médias de sintomas de psicopatologia entre categorias de eventos traumáticos.....	82
Figura 7. Comparações pelas médias crescimento pós trauma entre categorias de eventos traumáticos	83
Figura 8. Impacto dos diferentes eventos por PSPT, Sintomatologia Depressiva e Psicopatologia	93

Lista de Tabelas

Tabela 1 “Traumatic Events” como caracterizados pela DSM-IV-TR (APA, 2000)	15
Tabela 2 Classificação dos desastres naturais (Adaptado de CRED, 2016)	22
Tabela 3 Sinistralidade Rodoviária (ANSR, 2016)	27
Tabela 4 Taxa de incidência de tumores malignos	29
Tabela 5 Tipo de evento traumático e fatores de risco associados no desenvolvimento de PSPT (Adaptado de kang et al., 2003)	49
Tabela 6 Distribuição da amostra por grupo de estudo	65
Tabela 7 Variáveis sociodemográficas por grupos de incidente crítico vivido	66
Tabela 8 Estatística descritiva	75
Tabela 9 Associações entre suporte social e sintomatologia PSPT	76
Tabela 10 Associações entre suporte social e sintomatologia depressiva	77
Tabela 11 Associações entre crescimento pós-traumático e percepção de qualidade de vida ..	82

Lista de Acrónimos

APA	Associação Americana de Psiquiatria
ASD	Acute Stress Disorder
AV	Acidente de Viação
CPT	Crescimento Pós Traumático
CRED	Centre for Research on the Epidemiology of Disasters
DGS	Direção-Geral da Saúde
GRP	Gabinete de Relações Públicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSPT	Perturbação de Stresse Pós-Traumático
QdV	Qualidade de Vida
SS	Suporte Social
UBI	Universidade da Beira Interior
VD	Violência Doméstica
WHO	World Health Organization
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

INTRODUÇÃO

Os eventos traumáticos, devido à sua violência e ao carácter inesperado, podem muitas vezes deixar sequelas profundas ou de intensidade variável no indivíduo, podendo levar ao desenvolvimento de perturbações como é o caso da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT).

A maioria das pessoas está exposta a, pelo menos, uma situação de violência ou risco de vida durante o seu curso de vida (Ozer, Best & Lipsey, 2003; Frans, Rimmö, Åberg, & Fredrikson, 2005), pelo que, a compreensão dos fenómenos associados a eventos com potencial traumático e com o próprio trauma, assume importante relevância (Perrin et al., 2014).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002) define de forma clara o conceito de trauma como algo que ultrapassa a usual experiência humana. Já a III edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 1987), apresentava e considerava o trauma como critério importante. Ao longo do tempo sofreu reformulações levando a que, mais tarde, se constatasse que este tipo de eventos, ou episódios de ameaça à vida, não eram uma experiência rara e, por isso, se tenha procedido à alteração e posterior retirada do conceito de episódio raro na definição de trauma.

Compreendendo a importância deste tema, importa ter claramente definidos os conceitos de trauma e evento traumático. Os pressupostos que aqueles conceitos encerram são estabelecidos por um vasto leque de eventos que todos os dias têm um potencial de ocorrência muito significativo. Assim, o trauma surge como um processo que promove a disfunção dos usuais mecanismos, da avaliação cognitiva, da resiliência e das estratégias de *coping* que permitem a perceção de um evento como traumático, associado a um conjunto de respostas que pode cumprir o critério para o diagnóstico de um quadro patológico (Javidi & Yadollahie, 2012).

Por sua vez, os eventos traumáticos são entendidos como causadores de sentimentos de medo, abandono, desamparo e horror, com potencial de provocar ferimentos ou ameaça de ferimento ou até mesmo ameaça de morte (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003; Frissa, Hatch, Gazard, Fear & Hotopf, 2013). Importa ainda reconhecer que a resposta da pessoa é individual, ativando os mecanismos habituais de adaptação, que se revelam muitas vezes insuficientes para o lidar com o evento.

Os eventos traumáticos, como os desastres, caracterizam-se por ser inesperados, repentinos e avassaladores, podendo ainda ter um carácter de impossibilidade de controlo, assim como, uma perceção de perigo para a própria vida ou de outro (e.g. assistir a um atropelamento) (Levetown, 2008).

São vários os estudos que referem que a maioria das pessoas, em determinado momento da sua vida, já experienciaram pelo menos um acontecimento traumático (e.g. acidentes de viação ou desastres naturais), sendo que ao longo do percurso de vida uma grande percentagem das pessoas vai estar exposta a, pelo menos, uma situação potencialmente traumática (Ozer,

et al., 2003). Estudos epidemiológicos referem que a probabilidade de exposição a situações com potencial traumático ao longo da vida são muito elevadas. Com populações jovens são encontradas taxas de prevalência que variam entre os 32% (Breslau & Davis, 1992) e os 67 % (Bernat, Ronfeldt, Calhoun & Arias, 1998).

Uma amostra de jovens universitários portugueses (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2006), em que a média de idade de 20 anos, foi verificado que 24 % considerava que já tinha vivenciado uma experiência traumática.

Numa outra perspetiva, diferentes investigações sugerem que é comum o facto das pessoas experimentarem múltiplos eventos traumáticos no curso das suas vidas (Kessler, Sonnega & Bromet, 1995; Norris, 1992), e que a exposição prévia a eventos traumáticos pode afetar as respostas das pessoas no pós evento, existindo alguma moldagem em função das experiências de vida passadas, não só no que respeita ao desenvolvimento de estratégias de *coping*, como na inexistência das mesmas (Resnick, Kilpatrick & Dansky, 1993), e ainda que os efeitos de experiências traumáticas podem ser cumulativas (Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Goodman & Scott, 1997; Forman-Hoffman et al., 2016).

As experiências de múltiplos eventos traumáticos, podem surgir como um importante indicador, devendo ser considerada a importância das experiências traumáticas anteriores ou história prévia de trauma que se apresentam como importantes preditores de PSPT (Barton, Rizzo, Nawrot & Simpson, 1996; Breslau, et al., 1999; Kessler et al., 2005).

O interesse pela compreensão e explicação sobre como o ser humano enfrenta as experiências traumáticas às quais esteve exposto, direta ou indiretamente, sempre existiu; contudo com a ocorrência dos diversos atentados terroristas nos últimos anos, parece ter agora um interesse acrescido (Poseck, Baquero, & Jiménez, 2006).

Face a experiências potencialmente traumáticas as pessoas concentram toda a sua atenção e esforços na sua sobrevivência e autoproteção; como se o mecanismo de autoproteção levasse à experimentação de uma mistura de apatia, confusão, choque e terror. A resposta de *coping* perante a situação pode ir desde agir perante a mesma até à dissociação. Sendo que, quanto mais tempo durar o evento traumático, maior a probabilidade de dissociação (Poseck, Baquero, & Jiménez, 2006).

Vaz Serra (2003) refere várias características descritas na literatura que diferenciam e definem o acontecimento traumático das outras situações de stresse. São exemplos desses fatores diferenciadores a diminuição do equilíbrio da vítima, levando-a ao sofrimento; a alteração do sentimento de segurança e autossuficiência das pessoas, assim como da sua suscetibilidade na ligação ao outro; destruição dos mecanismos de adaptação; colocar em causa os pressupostos básicos de vida; questionar das premissas como a justiça e a previsibilidade; alterações nas respostas emocional e cognitiva e comportamental da pessoa; perceção de vulnerabilidade; desaparecimento da predictibilidade e de controlabilidade das ocorrências e diminuição da autoestima.

O mesmo autor refere ainda que o trauma é percecionado como mais grave quando é provocado por outro ser humano, com crueldade intencional, quando não é predictível e

controlável, quando a duração do evento, ou eventos, é prolongada e quando decorre na infância e é multifacetado (Vaz Serra, 2003).

Quando o evento traumático é o resultado de um ataque de um membro da família, do qual as vítimas também possam depender, por exemplo economicamente, estas vítimas ficam propensas a responder às agressões com o aumento da dependência e muitas vezes com incapacidade nos seus processos de tomada de decisão.

Vítimas de violação, bem como as crianças e as mulheres abusadas pelos parceiros, frequentemente desenvolvem reações a longo prazo, que incluem medo intenso, ansiedade, fadiga, distúrbios do comportamento alimentar e queixas somáticas (Van der Kolk, 2000).

É, então, perceptível que algumas características na resposta da pessoa ao evento traumático têm alguma previsibilidade. Sabendo-se, porém, que as características individuais, situacionais e os fatores sociais se apresentam como elementos importantes na formação da sintomatologia (Van der Kolk, 2000).

No que se refere aos desastres, Gauthamadas (2005), descreve-os como fenómenos muito complexos, multidimensionais e de uma perspetiva global, com várias formas de classificação, sendo que estas incluem sobretudo critérios como:

- a) A magnitude de perdas (número de mortos, número de feridos);
- b) O risco conhecido ou desconhecido (sendo desconhecido gerador de maior e mais duradoura ansiedade);
- c) Risco de repetição;
- d) A gravidade do impacto e o seu efeito no funcionamento da comunidade;
- e) Ameaça à vida (avaliação se a fuga era, ou não, possível durante ou imediatamente após o desastre);
- f) Destruição de propriedade e perdas materiais;
- g) Danos à estrutura da comunidade;

Os desastres não são eventos standardizados ou uniformes. Cada desastre, seja ele natural ou causado pelo Homem, tem sempre elementos únicos, intrínsecos, podendo ter implicações psicológicas para os sobreviventes e para as suas comunidades.

As características dos desastres podem ser consideradas tão importantes como a causalidade natural ou humana, o impacto pessoal, tamanho e abrangência, impacto visível, e a probabilidade de reocorrer. De acordo com Gauthamadas (2005), cada uma destas características tem potencial para moldar e influenciar a natureza, intensidade e duração das respostas de adaptação ao stress no pós-desastre.

Os eventos traumáticos surgem de diversas formas e causando impactos distintos num espetro alargado de situações e respostas, desde o evento individual (ou localizado), com dimensão mais restrita nos acontecimentos de maior magnitude, transversais no tempo, súbitos e repentinos e mesmo os acontecimentos continuados no tempo (Gauthamadas, 2005).

Os eventos alvo da análise deste estudo podem ser apresentados considerando as características, tempo de duração e tipo de início, como apresentada na figura infra.

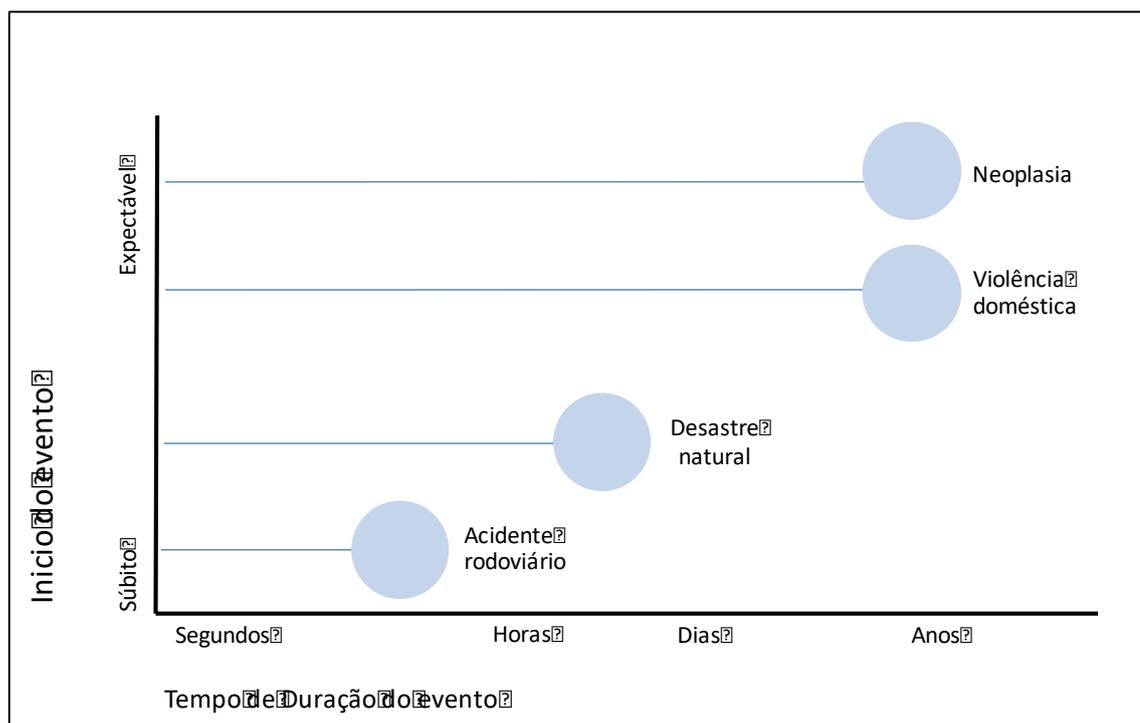


Figura 1. Início e duração dos eventos críticos em estudo

Compreendendo as diferenças supra apresentadas que parecem existir entre acontecimentos torna-se de importância fulcral o foco, não apenas nos potenciais efeitos patológicos das experiências traumáticas, visão convencional da Psicologia do trauma (Poseck, Baquero, & Jiménez, 2006), mas também nas diferenças existentes, pelo facto de termos vários eventos com diversas características.

Tendo por base as evidências empíricas, acerca do impacto dos diferentes eventos traumáticos nos indivíduos, dada a inexistência, ou escassez, de dados no que diz respeito à população Portuguesa, o presente trabalho pretende avaliar o impacto de diferentes eventos traumáticos, em sobreviventes desses mesmos eventos. Formulando-se, assim, a seguinte questão de investigação:

As características dos diferentes eventos traumáticos estão relacionadas com a sintomatologia apresentada pelos sobreviventes desses mesmos eventos?

Com o decorrer do ciclo de vida, o estar confrontado com a morte de amigos e parentes é uma realidade; porém nem todos lidam com os eventos potencialmente perturbadores da mesma forma. Algumas pessoas apresentam um sofrimento agudo do qual são incapazes de recuperar, sendo que outros sofrem com uma menor intensidade e por um período de tempo muito curto.

A intensidade com que essa situação é vivida pelo indivíduo depende de imensos fatores como a personalidade, condição sociocultural, mecanismos de *coping* ou situações anteriormente vivenciadas, não foi propósito, nem objeto de estudo, desta investigação o foco nas características pessoais, amplamente descritas na bibliografia existente (Denollet et al., 1996; Agaibi & Wilson, 2005; Chung Berger, Jones & Rudd, 2006; Jakšić, Brajković, Ivezić, Topić

& Jakovljević, 2012). Tratando-se de uma população heterogênea, não clínica, e pela dimensão da mesma, poder-se-á considerar uma diluição das características individuais, não consideradas para o estudo.

Conhecendo os dados e informações que dizem respeito à epidemiologia da PSPT (Kessler et al., 1995; Perez, Jones, Englert & Sachau, 2010) resultantes de muitos estudos realizados sobretudo com populações específicas de indivíduos que experienciaram um evento traumático, parece muito importante a investigação centrada no diferente impacto provocado pela ocorrência de um qualquer evento traumático, tendo em consideração a especificidade e o peso relativo daquele.

Neste sentido, por forma a abranger os dois grupos de evento traumáticos comumente caracterizados, *Natural e Man made disasters* (Desastres Naturais e provocados pelo Homem) (Tolin & Foa, 2006), e considerando o impacto e importância em termos de saúde pública que representam, foram definidos quatro tipos de eventos para o presente estudo, em concreto, Violência Doméstica (VD), Desastres Naturais (DN), Acidentes Rodoviários (AR) e Doentes com diagnóstico de Neoplasia.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes e seis capítulos. Na primeira parte, “Estudo Teórico”, são apresentados três capítulos que apresentam a abordagem conceptual considerada no âmbito do estudo, em concreto a caracterização do evento traumático e de trauma e dos eventos em estudo. Segue-se a apresentação do impacto psicológico do evento traumático, terminando esta parte com a apresentação dos objetivos e das hipóteses. Na segunda parte do trabalho “Estudo Empírico”, são desenvolvidos três capítulos, nomeadamente, o método, os resultados, onde são apresentados a estatística descritiva e os testes das hipóteses e um último capítulo que conclui o trabalho, “Discussão e conclusões”.

PARTE I: ESTUDO TEÓRICO

CAPÍTULO I. O EVENTO TRAUMÁTICO E O TRAUMA

Importa iniciar este capítulo, apresentando de forma clara os conceitos a abordar que serão o mote deste trabalho, nomeadamente a diferença entre trauma e evento traumático. Apesar de claramente distintos importa referir que o trauma psicológico se apresenta como resultado da experiência de um evento traumático, que se define como uma experiência que causa sofrimento físico, emocional e/ou psicológico, percebido como uma ameaça à percepção de segurança e estabilidade do seu ambiente (Levetown, 2008).

Um outro conceito será o definir o evento com potencial traumático. É reconhecido por toda a literatura que o experienciar de um evento, usualmente designado por traumático, não implica o desenvolvimento de trauma psicológico, pelo que, não sendo possível estudar se foi cumprido o curso de desenvolvimento de perturbação associada ao experienciar do evento, se propõe a definição destes eventos como tendo potencial traumático e não como eventos traumáticos (Overstreet et al., 2016)

Já no que respeita à definição de trauma, a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994) definia trauma como “(...) a experiência pessoal de um acontecimento que envolve a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou testemunhar um acontecimento que envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta, ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave num familiar ou amigo próximo (...). A resposta da pessoa ao acontecimento tem de envolver medo intenso, impotência ou horror (...)” (p. 424).

Este conceito já estava presente na edição Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM III-R (APA, 1987), referindo-se ao acontecimento traumático como algo que ultrapassa a usual experiência humana.

A definição do conceito de trauma psicológico tem então sido explorado em diversas áreas da Psicologia, reconhecendo-se hoje os eventos traumáticos como eventos que não são raros, sendo estes usualmente caracterizados como inesperados e repentinos, o seu impacto, de uma forma direta ou indireta, desencadeia muitas vezes o desenvolvimento de sintomas característicos como humor anedónico ou disfórico, ou cognições negativas (Berlim, Perizzolo & Fleck, 2003).

Estes eventos imprevisíveis, de intensidade e gravidade distinta, provocam muitas vezes uma experiência intensa com a qual não é fácil lidar, não só pelo inesperado, mas pela muitas vezes sentida perda de recursos e de eficácia dos mecanismos que utiliza diariamente (Sandler, 1991).

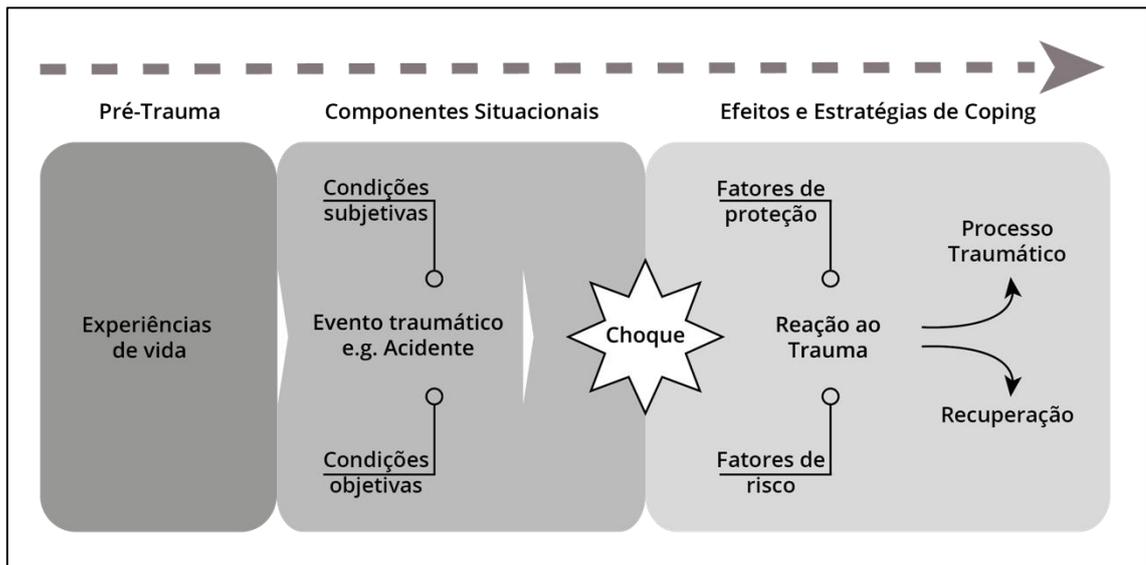


Figura 2. Time Course of Traumatic Stress (adaptado de Fischer & Riedesser, 2003).

O evento traumático e o desenvolvimento de trauma, seguem, como apresentado na figura supra, um contínuo de desenvolvimento que surge não só com o evento traumático, mas com um conjunto de dimensões pré, peri e pós evento.

As correntes clássicas referem que cada indivíduo tem o seu modo de funcionamento e ajustamento psíquico não sendo a resposta ao evento e ao desenvolvimento do trauma generalizados (Pereira, 2012).

Desta forma, considerando alguns dos conceitos apresentados, é possível perceber que a definição de trauma e evento traumático é estabelecida por uma panóplia de acontecimentos que diariamente tem potencial de ocorrência significativo.

Alguns acontecimentos críticos são muitas vezes inesperados, repentinos e avassaladores. Podem ainda ter um carácter de imprevisibilidade (Levetown, 2008), e de não controlo sobre o evento, bem como uma percepção de perigo de vida, para si próprio ou para outra pessoa.

As respostas, muitas vezes percebidas como patogénicas, desencadeadas após um evento traumático estão ligadas a reações de resposta ao stresse que são na maioria das vezes breves, não desadaptativas, devendo ser encaradas como respostas “normais” a uma situação que não o é. A continuidade no tempo destas respostas com a apresentação e manutenção de sinais e sintomas, pode, essa sim, levar à necessidade de diagnóstico de psicopatologias como é o caso da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT).

Vaz Serra (2003) organiza os acontecimentos stressantes em quatro níveis: (1) as dificuldades diárias na resolução de determinadas situações; (2) as situações pontuais que induzem stresse e que provocam algum desgaste psicológico até o problema ser resolvido e ultrapassado; (3) as situações que induzem stresse crónico, cujo desgaste psicológico se prolonga ao longo do tempo, até à resolução do problema e finalmente; (4) os eventos

traumáticos, cuja gravidade dos efeitos se prolongam no tempo, mesmo após o desaparecimento da causa que lhe deu origem.

É nas situações de adversidade extrema que surge o potencial de desenvolvimento de acontecimentos críticos potencialmente traumáticos, que podem ameaçar a saúde física e psicológica da pessoa (Flannery, 1990; Bisson, 2007). A perda de resposta pela incapacidade de utilizar os habituais mecanismos de *coping*, gera muitas vezes desequilíbrios psicossociais com potencial de desenvolvimento de perturbações psicopatológicas (Alexander & Klein, 2001; Clohessy & Ehlers, 1999; Flannery, 1999).

Importa perceber que o peso potencial de um evento traumático pode ser variável considerando fatores como a sua natureza (provocado ou não pelo homem), pela sua dimensão e duração e pelo número de perdas. Sabe-se que o peso no potencial traumático será acrescido quando se trata de um desastre provocado pelo homem, nomeadamente nos chamados desastres intencionais ou nos desastres tecnológicos, de que são exemplo os atentados terroristas, ou o colapso de uma estrutura. Em oposição os desastres naturais, que apesar de muitas vezes remotos, são tidos como possíveis e inevitáveis, o que não acontece com os eventos provocados pelo homem.

Também Vaz Serra (2003) refere que o trauma é percecionado como mais grave quanto é provocado por outro ser humano e, com crueldade intencional no ato, bem como quando é visto com imprevisibilidade e incapacidade de controlo, quando a duração do evento ou eventos é prolongada, multifacetado, e quando decorre na infância.

De realçar o facto de as vítimas de eventos críticos, vítimas primárias, poderem sê-lo por estarem diretamente envolvidas no evento, ou pelo facto de terem testemunhado esse mesmo incidente. A transmissão vicariante do trauma, sobretudo nas vítimas secundárias, nos familiares das vítimas diretas, espectadores ou testemunhas e ainda aqueles que prestam socorro (Ferros & Ribeiro, 2003; Vaz Serra, 2003), mesmo na ausência da experiência direta do evento, pode desencadear naqueles que indiretamente o vivenciam, depressão, PSPT, ansiedade generalizada, medo o designado de um “agudo sentir da sua própria vulnerabilidade” pelo reconhecer do peso do evento (Satcher et al., 2005).

A Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association - APA*, 2013, p. 315), refere um evento traumático como a “Exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violação sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

A1. Vivenciar diretamente o evento traumático. A2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a outras pessoas. A3. Saber que o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo. A4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático”.

Segundo Marcelino (2012), esta definição revela a importância não só da natureza do acontecimento como também da resposta da vítima ao mesmo.

Parece ser consensual que as experiências traumáticas são relativamente comuns, sendo referido por alguns estudos que mais de dois terços das pessoas na população em geral, podem experimentar um evento traumático significativo em algum momento do seu ciclo de vida (Breslau, Davis & Andreski, 1991; Norris, 1992; Resnick, Killpatrick, & Dansky, 1993;

Kessler, 2000). Outros estudos (Norris, 1992), apresentaram uma percentagem de 69% de pessoas que experimentaram pelo menos um evento traumático durante o seu ciclo de vida. Este estudo foi realizado considerando uma amostra (N=1.000) de adultos, por estadios de desenvolvimento e com amostras idênticas por sexo. No que respeita aos eventos apresentados aqueles que apresentaram um maior potencial traumático foram a morte trágica, a agressão sexual e os acidentes rodoviários.

Algumas das mais reconhecidas investigações realizadas em Portugal, apresentam importantes indicadores sobre a epidemiologia dos eventos traumáticos na nossa população, nomeadamente dos 2606 participantes, que participaram num estudo epidemiológico sobre a PSPT, com idade superior a 18 anos, em Portugal, referiram que eventos como a morte violenta de familiares ou amigos (29,3%), o ser roubado ou assaltado (22,7%), ou o ser testemunha de acidente grave ou morte (22,2%) poderiam constituir-se como situações traumáticas de peso significativo (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003).

Os dados apresentam-nos diferentes valores para os diversos contextos culturais. A realidade Portuguesa apresenta uma taxa de exposição a pelo menos um acontecimento traumático durante a vida de cerca de 75% e cerca de 43,5% está exposto a mais do que uma situação (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003). Este estudo teve uma amostra nacional representativa da população, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram selecionados indivíduos de todas as regiões do País os indivíduos identificados como tendo experienciado uma ou mais situações traumáticas, foram entrevistados e avaliados pela Escala Abreviada de Sintomas (Breslau, Lucia & Davis, 1999), para determinar a presença de sintomatologia de PSPT.

A análise epidemiológica refere uma elevada probabilidade de exposição a eventos com potencial traumático ao longo do ciclo de vida. Nas populações jovens são encontradas taxas de prevalência que variam entre os 32% (Breslau & Davis, 1992) e os 67 % (Bernat et al., 1998).

Num estudo realizado com uma amostra de jovens universitários em Portugal (Maia et al., 2006), com uma média de idade de 20 anos, os resultados indicaram que 24 % desses jovens referiram já ter vivenciado um evento traumático.

Ainda que, com resultados ligeiramente inferiores, num estudo internacional (Norris, 1992), verificou-se uma percentagem de 69% de pessoas que vivenciaram, pelo menos, um acontecimento traumático durante o seu ciclo de vida. O estudo foi realizado com uma amostra de 1.000 adultos, dividido de forma igual em função do sexo, e, entre jovens, adultos e idosos. Foi examinada a frequência e o impacto dos 10 eventos encontrados como potencialmente mais traumáticos, sendo a morte trágica o mais prevalente, seguida da agressão sexual e dos acidentes de automóvel.

No ensejo da descrição epidemiológica de diferentes eventos traumáticos, o estudo de Loos e colaboradores (2015), realizado com crianças e adolescentes, refere que em média, os participantes do estudo, relatam a exposição a cinco eventos potencialmente traumáticos, sendo os três mais frequentes a violência física sem recurso a armas (57,9%), seguida pela morte de ente querido (45,9%), e pelo abuso sexual/assaltos (44%). Apresentando-se o evento

traumático provocado de forma intencional como o que apresenta maior relação com o decorrer de trauma (76,7%).

O sentimento de controlo sobre a situação, a previsibilidade e a duração da exposição ao stressor são diferentes exemplos de diferentes características de situações potenciadoras de stressores traumáticos.

Os incidentes críticos são tipicamente caracterizados como sendo inesperados, podendo ser por vezes fatais ou potencialmente fatais e de duração limitada e para os quais usualmente as vítimas não tiveram oportunidade de se preparar. São disso exemplo as catástrofes, cenários de guerra, a morte de familiares, estar exposto a violência física ou psicológica, ser vítima de abuso sexual ou roubo, a doença grave entre outros (Arriaga & Claudino, 2012).

Os efeitos cumulativos dos eventos relacionados com a exposição repetida a situações com potencial traumático ou o contacto direto com diferentes stressores permanentes, principalmente no que respeita ao desempenho de algumas atividades profissionais, nomeadamente, militares, polícias, bombeiros ou elemento de equipas de emergência pré-hospitalar, são de considerar na abordagem ao evento traumático (Marcelino & Figueiras, 2007).

Também a exposição constante e ao longo do tempo a elementos stressores, leva muitas vezes a sentimentos de desesperança e incerteza, verificando-se importantes alterações em questões tão relevantes como a perceção de segurança nomeadamente em situações de violência doméstica, situações de abuso e negligência continuada (McFarlane, Parker & Soeken, 1996).

Percebe-se assim que o número de pessoas afetadas por um evento traumático poderá ter um espectro largo, que pode ir desde as já referidas vítimas primárias às vítimas secundárias, passando pela experiência do evento ou pela ligação afetiva (Ferros & Ribeiro, 2003; Moreira, 2005; Vaz Serra, 2003).

O período de adaptação necessário após o vivenciar de um evento traumático, requer uma readaptação à rotina diária, que obviamente será diferente em cada pessoa, dependendo das diferentes variáveis envolvidas.

Importa, porém, perceber os eventos traumáticos como distintos das outras situações de stresse. Neste sentido Vaz Serra (2003) aborda um conjunto de diferentes características descritas na literatura, que caracterizam o evento traumático e o apresentam nomeadamente, como uma diminuição do equilíbrio da vítima; gerador de sofrimento; alteração do sentimento de segurança e auto-suficiência; destruição dos mecanismos de adaptação; alteração da perceção dos pressupostos básicos de vida; questionar dos pressupostos como justiça e previsibilidade; alteração da experiência emocional, cognitiva e comportamental da pessoa; confronto da pessoa com a sua vulnerabilidade; alteração da conceção que tem do mundo como um lugar seguro; desaparecimento da predictabilidade e de controlabilidade das ocorrências e o empobrecimento da auto-estima.

O facto de as pessoas experimentarem mais que um evento traumático no curso das suas vidas, apresenta-se em algumas investigações como algo comum (Kessler, Sonnega & Bromet, 1995; Norris, 1992; McLaughlin, et al., 2013). Decorrente desta experiência prévia a

eventos traumáticos surge muitas vezes uma alteração na resposta a novos eventos, uma moldagem em função das anteriores experiências no decurso do ciclo de vida, nomeadamente no desenvolvimento ou inexistência de estratégias de *coping* (Resnick et al., 1993), e ainda no potencial cumulativo das experiências traumáticas (Follette, et al., 1996; Goodman, et al., 1997).

Muitos são os tipos de eventos em que podem emergir stressores, acarretando uma variedade de reações psicológicas negativas potencialmente traumáticas. Um vasto número de eventos traumáticos tem alargado o espetro no estudo desta área, não só pela realidade atual com o aumento de fenómenos naturais ou ataques terroristas, como considerando outros eventos, nomeadamente, vítimas de crime, tortura, abuso sexual de crianças, abuso físico, acidentes rodoviários, mas também em situações de doença grave ou interrupção da gravidez. (Moore, 1993; Austin et al., 2005)

Um dos exemplos de eventos traumáticos ainda não mencionados, com potenciais fatores stressores, são as doenças crónicas graves, como as doenças oncológicas, que apresentam características que podem causar dano psicológico, na medida em que este evento pode causar depressão, ansiedade e sofrimento face ao confronto com a morte (Lindstrom, Cann, Calhoun & Tedeschi, 2013; Ramos & Leal, 2013).

Desta forma, percebendo das diferenças, não só na prevalência, como nos impactos dos diferentes eventos, importa efetuar uma mais aprofundada compreensão do evento enquanto trauma e do potencial de impacto nos diferentes eventos.

1.1 O Evento Enquanto Acontecimento Traumático

Para além do clássico desidrato dos diferentes eventos traumáticos, associado aos desastres ou catástrofes em três grupos distintos, Desastres naturais, tecnológicos ou causados pelo homem surge, num espetro mais abrangente, todos os outros eventos com potencial traumático, nomeadamente, pessoas com doença grave ou a violência doméstica.

Uma outra distinção dos eventos traumáticos, em quatro grupos de eventos, naturais ou provocados pelo homem e intencionais ou não intencionais, tem sido também uma forma de divisão, comumente utilizada, sendo os traumas intencionais caracterizados por serem aqueles que envolvam o causar dano de forma propositada, e os não intencionais, em que o dano causado aconteceu de forma inadvertida (Breslau et al., 1998; Kessler, 2000; Tolin & Foa, 2006).

Dependendo dos diferentes autores, é possível a caracterização dos diferentes eventos traumáticos. Neste sentido é apresentada a seguinte tabela que apresenta os diferentes eventos caracterizados pela DSM-IV-TR (APA, 2000).

Tabela 1

“*Traumatic Events*” como caracterizados pela DSM-IV-TR (APA, 2000)

Eventos traumáticos vividos	Eventos traumáticos Testemunhados	Eventos traumáticos vividos por Outros
Combate Militar	Ter observado ferimento grave ou morte não natural de uma outra pessoa devido a:	Traumatização vicariante, por membro próximo da família ou amigo, nas seguintes situações:
Abuso Sexual	Assalto violento	Assalto violento
Agressão Física	Acidente	Acidente Grave
Roubo	Guerra	Ferimentos Graves
Sequestro	Desastres	Diagnóstico de doença fatal
Refém	Ver corpo ou partes de corpo	
Ataque terrorista		
Tortura		
Prisioneiro de guerra		
Catástrofes provocadas pelo homem		
Acidente automóvel grave		
Diagnóstico doença grave		

Percebendo as diferentes caracterizações e as diferenças no impacto, importará considerar cada evento, na sua plenitude, especificidade e potencial traumático, o que constitui o mote do presente estudo.

Desta forma importa considerar a vulnerabilidade ao experienciar do próprio evento traumático.

Estudos epidemiológicos, como foi referido, evidenciam que cerca de dois terços da população presenciam pelo menos um evento traumático na vida, e que essa exposição aumenta a probabilidade de consequências futuras. A exposição a eventos traumáticos é uma experiência universal, não se podendo afirmar que existe apenas um grupo de “indivíduos-padrão” mais vulnerável à sua exposição. São, porém, apresentadas algumas diferenças que se podem observar, sobretudo na vulnerabilidade a ocorrências e reocorrências de eventos traumáticos, nomeadamente na exposição, que parece não ser aleatória, uma vez que pode variar conforme o país de origem, os fatores sociodemográficos e a história de vida do indivíduo (Benjet, et al., 2016).

Apesar da clara necessidade de um maior conhecimento sobre o peso potencial das características dos eventos em relação ao trauma, é possível reconhecer no evento enquanto acontecimento traumático, um conjunto de fatores de risco no próprio evento. Assim importa considerar importantes aspetos como o grau de exposição, duração do evento, lesão física, ter testemunhado a morte ou lesões de outros, ameaça direta à própria vida e perda de propriedade/pertences (Galea, Nandi & Vlahov, 2005; Norris, Friedman & Watson, 2002; Briere & Prevalence, 2000).

Relativamente às variáveis individuais das pessoas que experienciam um evento traumático, como na maioria das questões relacionadas com a saúde, também no que ao trauma respeita, são apresentadas claras diferenças, estas já amplamente estudadas e conhecidas, com os determinantes sociais da saúde e o seu peso no trauma (Benjet et al., 2016).

Importará então promover um maior conhecimento e enfoque, não nestas características, mas sim no tipo de evento *per si*. Não tendo a pretensão de efetuar uma caracterização exaustiva de cada um dos eventos apresentados, considerou-se que seria relevante efetuar uma descrição e caracterização dos eventos em estudo que seguidamente se realizará.

1.2 Violência doméstica

A Violência Doméstica apresenta-se como um problema de saúde pública de enorme complexidade e com uma abrangência transversal a todas as sociedades.

O conceito de Violência Doméstica é desde há muito debatido, e amplamente descrito, quer nas diferentes definições encontradas na literatura, quer no desidrato proposto pelas diferentes leis nacionais.

É comum encontrar como definição de Violência Doméstica (VD), o ato que implica a prática de pelo menos um crime no contexto de uma relação de proximidade seja de parentesco, adoção, afinidade ou intimidade. Sendo o conceito mais alargado do que a clássica restrição à violência no casal, do homem agressor e mulher vítima de agressão (Machdo & Gonçalves, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define VD como, a “ameaça ou utilização intencional da força física e/ou força psíquica, que pode ser usada contra si mesmo, contra outros, grupo ou comunidade; que ameaça ou coloca fortemente em risco de um traumatismo, ou de prejuízo para as suas ações psicológicas, um mau desenvolvimento ou privações” (OMS, 1998, pp. 7).

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), por forma a integrar um conceito mais alargado no que à definição de Violência doméstica diz respeito, define a mesma como

“Qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a, ou progenitor de descendente comum, ou esteja, ou tivesse estado, em situação análoga; ou que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção ou afinidade (2010, pp 5).”

Não obstante, o facto de as taxas de vitimação dos crimes de Violência Doméstica continuarem a ser praticados sobretudo contra as mulheres, como será possível verificar nos resultados apresentados de seguida, a VD é hoje perspetivada como uma questão eminentemente humana sem vínculo a género, quer seja o enfoque na vítima quer no agressor (Matos, 2004; Hines, Brown & Dunning, 2007).

É, porém, possível verificar em muitos dos estudos uma clara prevalência da violência sobre as mulheres (Johannesen & Logiudice, 2013; Montero, et al., 2013; Stöckl, Watts, & Penhale, 2012; Weeks & LeBlanc, 2011), associando-se também a questão de género e das relações sociais como determinantes na VD inclusivamente em pessoas idosas (Guedes, et al., 2015).

Os estudos feitos sobre a violência doméstica, sobretudo, contra as mulheres, entre 1995 e 2006, mostraram que independentemente do tipo de violência cometido, quer seja física, psicológica ou sexual, atinge proporções epidémicas em muitas sociedades, o que sugere

que nenhum tipo de grupo racial, étnico, ou socioeconómico está imune ao fenómeno (APAV, 2016).

Não sendo a questão exclusiva da mulher, importa aquilatar do desenvolvimento histórico dos direitos da mulher em Portugal (Beleza, 1990), notando que apenas em 1910 cessou o dever de obediência da mulher ao seu marido, sendo reconhecido o direito de voto, apenas, em 1931, com a especificidade de que apenas para aquelas que fossem diplomadas com curso superior ou secundário. Apenas em 1974, o Código Civil reconhece a mulher como igual no poder de decisão sobre a sua vida conjugal e dos seus descendentes, culminando nos anos 80 a ratificação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres na segunda Conferência da ONU para a Década da Mulher, por Portugal (Silva, 1995).

A VD, constitui-se como podemos já referir, como uma importante questão da saúde pública, que de forma clara afeta pessoas de todas as idades e que se pode apresentar de diferentes formas.

Tabela 2

Formas de exercício de violência doméstica

Formas de violência	Descrição do comportamento
Coação e ameaça	Ameaçar provocar lesões na pessoa da vítima; Ameaçar abandonar, suicidar-se; Coagir para prática de condutas ilícitas
Intimidação	Atemorizar a propósito de olhares, atos, comportamentos; Partir objetos, destruir pertences ou objetos pessoais do outro; Exibir armas.
Utilização de violência emocional	Desmoralizar, fazer com que o outro se sinta mal com ele próprio; Insultar; Fazer com que o outro se sinta mentalmente diminuído ou culpado, humilhar
Isolamento	Controlar a vida do outro (com quem fala, que locais frequenta); Limitar o envolvimento externo do outro;
Minimização, negação e condenação	Desvalorizar a violência e não levar em conta as preocupações do outro; Afirmar que a agressão ou a violência nunca tiveram lugar; Transferir para o outro a responsabilidade do comportamento violento.

Instrumentalização dos filhos	Fazer o outro sentir-se culpado relativamente aos filhos, usar os filhos para passar mensagem, ameaçar levar os filhos de casa. Aproveitar as visitas de amigos para atormentar, hostilizar;
Utilização de “privilégios” machistas	Tratar a mulher como criada e tomar sozinho todas as decisões importantes; Ser o que define o papel da mulher e do homem
Violência económica	Evitar que o outro tenha ou mantenha um emprego; Forçar o pedido de dinheiro, fixar uma mesada, apossar-se do dinheiro do outro

Adaptado de Matos, 2002

Em 2007, a VD foi uma das 10 principais causas de morte nos Estados Unidos da América, em pessoas com idades desde o nascimento aos 64 anos de idade (Tamara & Linda, 2011). Sendo estimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que 5 a 20% de anos de vida saudáveis são perdidos em mulheres com idades entre os 15 e os 44 anos, resultante de violência, o que trará repercussões negativas na saúde, não só física mas também numa abordagem psicossocial mais alargada (Gerardo, 2014).

Em Portugal, segundo dados da APAV (2015), no Gabinete de Apoio à Vítima (GAV), no ano de 2015, foram registados um total de 18679 casos de crimes por violência doméstica, representando 80% dos crimes apoiados pela Associação.

Estes dados permitem uma caracterização desta problemática em Portugal, nas vítimas apoiadas pela APAV, 82,2% eram do sexo feminino e tinham idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos (39,5%). No caso dos autores do crime, regista-se que 86,5% são do sexo masculino. A situação da vítima para com o agressor é maioritariamente de “Cônjuge”, 33,8% em 2014, e são maioritariamente famílias nucleares com filhos (46,9%). As vítimas normalmente estão em situação de “Emprego” (34,6%) e verificou-se ainda que 45,6% dos autores deste crime apresentavam dependência de álcool.

A maior parte dos crimes são da índole dos maus tratos psíquicos (37,3%) e maus tratos físicos (25,3%) (APAV, 2015). Estes números corroboram o perfil de agressor e de vítima, em Portugal, apresentados no estudo de Matos (2002).

No que respeita à caracterização do agressor em Portugal, encontramos sobretudo homens violentos que apresentam traços comuns, em concreto, alcoolismo, desemprego, baixa autoestima, vivência de maus-tratos, depressão e escalada progressiva de violência (Costa, 2003).

Relativamente às implicações físicas e psicológicas, o conjunto de consequências é vasto. Podendo ser de carácter psicológico, físico e social, por norma manifestam-se após a exposição a violência física ou psicológica. No entanto, a vítima não é, geralmente, a única pessoa em sofrimento e as testemunhas desta vitimização podem ser também afetadas.

Também os familiares e amigos da vítima, ainda que não necessariamente testemunhas do crime, podem sofrer as consequências do mesmo (Tamara & Linda, 2007). Incluímos aqui os filhos da vítima. Estes podem sofrer de violência doméstica de uma forma mais direta, por parte de um dos progenitores, e de forma mais indireta, através da observação da violência entre os progenitores (Evans, Davies, & DiLillo, 2008). Essa exposição pode também acarretar um conjunto de sintomas relacionados com o trauma, dificultando um ajustamento considerado saudável.

As consequências físicas para a vítima incluem, não apenas os resultados diretos das agressões sofridas fisicamente nomeadamente, fraturas, hematomas ou abuso sexual, mas também respostas do nosso corpo ao stresse a que foi exposto, sendo que essas reações não aparecem todas ao mesmo tempo e são variáveis de pessoa para pessoa (Hines et al., 2007; Dixon & Graham-Kevan, 2011).

Vários estudos têm sido realizados com enfoque no trauma psicológico das vítimas de violência doméstica, apresentando nos seus resultados uma prevalência de sintomatologia depressiva e de PSPT (Levendosky & Graham-Bermann, 2001; Ham-Rowbottom, Gordon, Jarvis, & Novaco, 2005; Salcioglu, Urhan, Pirinccioglu & Aydin, 2016), sendo também descrito pela investigação a presença de sintomas de PSPT, depressão e ansiedade em vítimas de VD (Krause, Kaltman, Goodman, & Dutton, 2008; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & Garcia-Moreno, 2008; Trevillion, et al., 2012; Devries, et al., 2014).

O abuso psicológico nas mulheres pode resultar em, para além de PSPT, na ocorrência de baixa autoestima, depressão e problemas na qualidade de vida (Breet, Seedat & Kagee, 2016). Mas a PSPT e a depressão são as mais comumente relacionadas. A depressão nas mulheres vítimas de violência doméstica tem vindo a mostrar-se crónica, mesmo na ausência de abusos durante algum tempo (Mechanic, Weaver, & Resick, 2008). Em termos de saúde, o stresse e o medo associado a este tipo de violência pode resultar em problemas crónicos, tais como cefaleias e dores lombares (Campbell, 2002).

A violência doméstica traz consequências psicológicas nefastas para as vítimas, na medida em que a intensidade dos efeitos psicológicos pode levar as pessoas a considerarem a possibilidade de estarem a perder o equilíbrio psíquico e, conseqüentemente, o controlo das suas vidas (NIHCE, 2014). É ainda feita referência a uma maior prevalência de PSPT, em sobreviventes de violência doméstica, quando comparando com não-vítimas (Jones, Hughes & Unterstaller, 2001).

Perante este cenário, torna-se importante a existência de intervenções que tenham como foco a saúde mental das vítimas de violência doméstica, promovendo o seu sentido de controlo sobre a situação (*empowerment*), algo que se encontra em grande falta nos estudos atuais. Ou seja, não se cinge apenas à identificação dos sintomas da PSPT e do seu tratamento, mas também munir as vítimas de ferramentas que lhes permitam sentir-se seguras com a sua vida e conseqüentemente mais saudáveis (Goodman, Fauci, Sullivan, DiGiovanni, & Wilson, 2016).

Ainda de referir, no que respeita ao suporte social e qualidade de vida percebida, as vítimas de VD apresentam pior percepção de qualidade de vida na sua dimensão global e também na qualidade de vida relacionada com a sua saúde (Sørensen, Kruse, Gudex, Helweg-Larsen & Brønnum-Hansen, 2012).

Importa então o maior e mais profundo entendimento não só sobre o fenómeno da violência doméstica, mas concertado numa abordagem de saúde pública, com enfoque particular na prevenção primária e com uma abordagem multisectorial das diferentes áreas da sociedade.

1.3 Desastres naturais

Os desastres naturais apresentam em si um leque alargado de eventos, como sismos, aluviões, erupções vulcânicas, incêndios florestais, tornados ou maremotos. Caracterizam-se por serem acontecimentos que não são causados de forma direta pela ação humana, mas com potencial para afetar a saúde psicológica das pessoas que os vivenciam (Hong & Efferth, 2016).

Importa também realçar que os desastres ou catástrofes naturais apresentam em comum o forte potencial de afetar um alargado conjunto de pessoas de forma simultânea, gerando muitas vezes processos sociais partilhados entre pessoas ou comunidades (Srivastava, 2010). Importa então reconhecer os diferentes tipos de desastres naturais classificados.

Tabela 3

Classificação dos desastres naturais (Adaptado de CRED, 2016)

Subgrupo de Desastre	Definição	Principais tipos de Desastre
Geofísico	Um perigo proveniente de terra sólida.	- Sismo - Movimento de massas - Atividade vulcânica
Meteorológico	Um perigo causado por períodos curtos, microbiologia de meso-escala, condições meteorológicas extremas e condições atmosféricas que duram de minutos a dias	- Temperatura Extrema - Fog - Tempestades
Hidrológico	Um perigo causado pela ocorrência de movimento e distribuição à superfície e subsuperfície de água doce ou salgada	- Cheia - Deslizamento de terras - Impacto de ondas
Climatológico	Um perigo causado por processos de longa duração. Processos atmosféricos de macro-escala de variabilidade intra-sazonal.	- Seca - Temperatura Extrema - Incêndios Florestais
Biológico	Um perigo causado pela exposição aos organismos vivos e as suas substâncias tóxicas (e.g. veneno) ou doenças transmitidas por vetores.	- Epidemia - Infestação de insetos - Acidentes com Animais
Extraterrestre	Um perigo causado por asteroides, meteoros e cometas que passam perto da Terra, entram na atmosfera da Terra, e / ou embatam na Terra	- Impacto - Clima espacial

De um ponto de análise dos desastres naturais, o crescimento e o desenvolvimento económico da população parecem apresentar-se como mais importantes que as alterações climáticas ou as variações cíclicas no clima. O desordenamento do território, com a construção em locais de risco, tem aumentado a probabilidade de que uma vulnerabilidade se torne numa grande catástrofe (CRED, 2015).

Entre os anos de 1994 e 2013, o *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters* (CRED, 2015) registou na sua base de dados a ocorrência de 6.873 desastres naturais em todo o mundo. As consequências desses desastres durante esse período, foram a perda de 1,35 milhões de vidas e 218 milhões de pessoas afetadas em média, por ano.

A frequência de desastres geofísicos (e.g. sismos, maremotos, ou movimentos de massa) manteve-se praticamente constante até ao ano de 2000. O aumento de eventos relacionados com o clima (e.g. inundações e tempestades) elevou o total de ocorrências sendo registados uma média de 341 desastres relacionados com clima por ano, o que é um aumento de 44 % em relação à média encontrada entre os anos de 1994-2000 (CRED, 2015).

Apesar de se conhecer o impacto deste evento, não é possível uma caracterização das populações afetadas. Apesar da existência de vulnerabilidades reconhecidas que afetam sobretudo as pessoas e os países menos diferenciados, onde a perda humana e económica, que usualmente se cruzam apresentam um importante peso, surgem estes eventos como transversais a toda a sociedade.

Nos meses que seguem a ocorrência de um desastre natural, são experienciados diversos processos psicológicos. O impacto psicossocial é extremo, uma vez que estes desastres provocam reações agudas na vida das pessoas, nomeadamente perdas pessoais e de propriedade, realojamento e mudanças na vida social e nas rotinas (Warsini, West, Mills, & Usher, 2014). Estes tipos de desastres podem também afetar o correto desempenho cognitivo dos indivíduos nos tempos que se seguem ao trauma, podendo verificar-se repercussões a nível escolar (Cadamuro, Versari, Vezzali, Giovannini, & Trifiletti, 2014).

Contudo, torna-se difícil a realização de estudos que verifiquem o impacto psicossocial logo após o evento traumático, em grande parte devido a questões éticas, dado que as prioridades após estes eventos estarão distantes das prioridades de realização de uma investigação. Essa avaliação torna-se necessária no âmbito da saúde mental, uma vez que pode comprometer a correta classificação das perturbações psicológicas que daí podem surgir. O impacto nos primeiros dias após o desastre natural é diferente do impacto seis meses depois, mas não por isso menos importante. É necessária uma abordagem multidisciplinar, com um variado número de instrumentos, para que seja possível aceder de uma forma mais correta aos problemas psicossociais desencadeados por parte das vítimas (Warsini, West, Mills, & Usher, 2014).

O impacto dos desastres naturais vai muito para além da emergência nas respostas peri traumáticas, onde os fatores de stresse e sofrimento humano estão presentes com a perda e exposição direta. Importa também perceber que, em muitas situações o impacto do evento incrementa ou é gerador de desigualdades económicas e sociais, expondo as fragilidades dos

mais vulneráveis (Neumayer, Plümper & Barthel, 2014; Klomp & Valckx, 2014; Daoud, Halleröd & Guha-Sapir, 2016), sendo hoje, as alterações climáticas e o seu impacto nos desastres naturais, uma forte preocupação das Nações Unidas, nos seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (UNRIC, 2016).

Outras implicações psicológicas encontradas após a exposição a desastres naturais incluem sintomas de perturbação de stresse agudo, depressão, ansiedade generalizada, medo de morrer, fobias, pânico e outras comorbilidades psiquiátricas. Sendo que não são raros os relatos de sintomas psicossomáticos relacionados com o stresse, como a depressão e a ansiedade (Norris *et al.*, 2002; Schwartz *et al.*, 2015)

Vários estudos corroboram o facto de as vítimas de eventos naturais terem probabilidade de prevalência acrescida de desenvolver PSPT, embora a prevalência deste quadro clínico seja muito variada em função de diferentes tipos de acontecimentos. Como já referido, existem eventos que parecem ser muito mais capazes de propiciar PSPT do que outros, sendo os desastres naturais aqueles que se relacionam com uma menor probabilidade de desenvolver a perturbação. Este fenómeno é justificado por diferentes autores, sobretudo com o facto de os eventos provocados pelo homem ou como resultado da ação humana serem muitas vezes vistos como deliberados (Smith, Schnurr & Rosenheck, 2005; Maia, & Fernandes, 2003).

Já uma meta-análise das relações entre os desastres e as subseqüentes psicopatologias (Ruboinis *et al.*, 1991), demonstra que os desastres naturais resultam em maiores níveis de perturbação, face à população que não experienciou estes eventos. De notar que estes resultados podem ser resultado da falta de condições de conforto e segurança, necessidades básicas, mesmo anos após terem ocorrido os desastres naturais (Carlotto & Câmara, 2008).

Apesar de parecer uma contradição o apresentado nos parágrafos anteriores, importa notar uma característica muito importante dos desastres naturais. Os desastres Naturais afetam usualmente uma grande área geográfica, o que leva muitas vezes a que os estudos apresentem na sua análise uma mescla de vítimas primárias e secundárias, o que naturalmente terá impacto nos resultados (Galea, Nandi & Vlahov, 2005; Neria, Nandi & Galea, 2007; Tsujiuchi *et al.*, 2016).

Assim no que respeita à exposição a este tipo de eventos, a revisão de literatura refere uma ampla amplitude nos estudos epidemiológicos. Em vítimas de sismo a sintomatologia de PSPT, varia de valores de prevalência entre os 4,5% e os 92% em adultos, sendo que em crianças esses valores chegam em alguns estudos aos 95% (Goenjian, Pynoos, Steinberg & Najarian, 1995; Najarian, Goenjian, Pelcovitz, Mandel & Najarian, 2001; Roussos *et al.*, 2005). Em cheias e tsumani, prevalências de PSPT entre os 25% e os 52% (Blake, Rappaport & Landsea, 2007; Norris *et al.*, 2002; Lopes *et al.*, 2009). No entanto os desastres provocados pelo homem parecem provocar uma maior prevalência de PSPT do que os desastres naturais (Kar, 2009).

Apresentando-se também os níveis de exposição ao desastre como moderadores na associação entre ansiedade já existente e a apresentação de sintomas de saúde mental, reforçando a premissa de que a exposição a um evento traumático pode exacerbar sintomatologia anterior (Weems, Russell, Neill, Berman & Scott, 2016). A depressão e a

Perturbação de Ansiedade Generalizada também têm sido registadas após a ocorrência do desastre, sendo as comorbilidades comuns, principalmente entre a depressão e a PSPT (Kar, 2009). Nas crianças, podem desenvolver-se reações agudas de stresse, fobias e perturbações de pânico.

O experienciar de eventos traumáticos requer muitas vezes a necessidade de um período de readaptação às rotinas diárias, que são obviamente diferentes em cada pessoa (Pollack, Weiss & Trung, 2016). A procura deverá ir no sentido de que seja possível a recuperação da estabilidade emocional, porém, se tal não acontecer, é possível que a pessoa venha a desenvolver alguma Perturbação como PSPT (Maia et al., 2006).

1.4 Acidentes Rodoviários

Em Portugal, a sinistralidade rodoviária permanece como tema atual, não só pelo número de acidentes, mas sobretudo pelas consequências desses mesmos acidentes, não só no que respeita aos custos materiais, mas sobretudo ao impacto na saúde e na mortalidade.

Reveste-se então esta problemática de um conjunto de características que a transformam num dos mais relevantes problemas de saúde pública mundiais, onde Portugal apresenta números que caracterizam a necessidade do desenvolvimento de políticas plurisectoriais a este propósito. Sendo com toda a certeza fundamental uma abordagem integrada e abrangente que promova uma efetiva diminuição no número de acidentes.

O peso deste tipo de eventos levou a que a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1957, consideram-se os acidentes rodoviários, como um grave problema de Saúde Pública que necessitava de discussão e recomendações para a prevenção e segurança rodoviária, o que aconteceu no “First International Congress of Traffic Police” (NORMAN, 1962).

Todos os cidadãos estão vulneráveis a sofrer acidentes rodoviários, uma vez que são utilizadores da via pública, sejam peões, condutores ou passageiros, confrontando-se com as consequências sociais, económicas e na saúde física e psicológica.

Os acidentes rodoviários são apresentados na literatura como eventos com potencial traumático de ocorrência repentina e inesperada, sendo emocionalmente perturbadores e ameaçadores da integridade física dos indivíduos envolvidos (Bujarski, Craig, Zielinski, Badour & Feldner, 2015). Em Portugal, a definição contempla uma “ocorrência na via pública ou que nela tenha origem envolvendo pelo menos um veículo, do conhecimento das entidades fiscalizadoras (GNR e PSP) e da qual resultem vítimas e/ou danos materiais” (ANSR, 2012).

De acordo com a OMS estima-se que cerca de 1,25 milhões de pessoas morram todos os anos vítimas de acidentes rodoviários pelo mundo inteiro e que existam entre 20 e 50 milhões de vítimas, com ferimentos não-fatais (OMS, 2015). O que representa por si um importante indicador para a compreensão dos fenómenos e do impacto psicológico sobre as vítimas diretas destes acidentes, sendo reconhecido que as pessoas vítimas de acidentes rodoviários graves, apresentam risco acrescido de problemas psicológicos como PSPT (Blanchard & Hickling, 2004).

De acordo com o Segundo Relatório Mundial sobre a Segurança Rodoviária de 2013, a faixa etária com idades entre os 15 e 44 anos representava 59% das mortes (OMS, 2015). Tanto a “Década de Ação para a Segurança Rodoviária 2011-2020” como o programa PENSE em desenvolvimento pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), mostram os acidentes de trânsito como um importante problema de saúde pública apesar dos progressos ao longo dos anos, Portugal ainda se encontra longe dos números médios da Europa. Em 1995, Portugal registava mais do dobro do número de vítimas mortais por milhão de habitantes, em relação à média da União Europeia. Apesar da assinalável evolução quando comparado com os restantes estados membros da União Europeia, Portugal, com dados de 2014, reduziu nesse indicador 77%, apesar de ainda estar 19% acima da média da União Europeia (ANSR, 2016).

Os dados mais recentes sobre os acidentes rodoviários em Portugal, são de 2015 (ANSR, 2016), e permitem uma caracterização da realidade nacional. No ano de 2015 foram registados 122.800 acidentes de viação, dos quais resultaram 478 vítimas mortais, 2.206 feridos graves e 37.958 feridos ligeiros. Em termos médios, no ano de 2015 registaram-se uma vítima mortal e seis feridos graves por dia.

Os valores não têm sido muito diferentes ao longo dos últimos anos, apesar de ligeiras variações.

Tabela 4

Sinistralidade Rodoviária (ANSR, 2016)

	ACIDENTES			MORTOS			FERIDOS GRAVES		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Aveiro	9.670	9.680	9.773	47	17	53	137	125	116
Beja	1.913	1.959	1.992	29	20	35	67	105	94
Braga	10.074	10.181	10.542	35	28	33	163	204	188
Bragança	1.328	1.254	1.270	6	15	3	55	59	45
C. Branco	1.605	1.515	1.610	22	17	13	92	86	88
Coimbra	4.768	4.939	5.323	24	41	22	61	66	91
Évora	1.527	1.475	1.487	21	15	11	69	41	69
Faro	8.365	8.338	9.490	21	29	36	146	134	168
Guarda	1.506	1.496	1.449	12	8	9	53	62	56
Leiria	5.963	6.325	6.716	31	33	33	160	144	170
Lisboa	24.721	24.571	25.657	69	60	53	350	344	348
Portalegre	1.022	1.150	1.095	18	8	10	53	68	76
Porto	21.009	21.856	22.723	63	64	51	198	213	180
Santarém	4.811	4.731	4.961	33	30	28	158	168	161
Setúbal	8.651	8.716	9.244	42	28	45	125	163	155
V. Castelo	2.724	2.798	2.913	10	23	9	50	41	51
Vila Real	2.288	2.118	2.212	11	20	8	44	60	54
Viseu	4.090	4.129	4.343	24	26	26	73	69	96
Total	116.035	117.231	122.800	518	482	478	2.054	2.152	2.206

Na literatura encontram-se inúmeros estudos que evidenciam os efeitos dos acidentes rodoviários e suas implicações psicológicas, nomeadamente as alterações significativas na qualidade de vida das vítimas e também de seus familiares.

Os estudos mostram prevalências de PSPT entre as vítimas de acidentes rodoviários de valores entre os 25% e os 33% (Bryant, Harvey, Guthrie & Moulds, 2000; Hruska et al., 2014; Kenardy, Heron, Warren & Brown, 2015; Bujarski et al., 2015).

Numa outra investigação, realizada com participantes que experienciaram acidentes rodoviários, foram descritos, entre outros, sinais e sintomas de stresse familiar, perturbações de sono, problemas de memória e atenção, ansiedade e depressão (Vingilis, Larkin, Stoduto, Parkinson-Heyes & McLellan, 1996).

Um dos problemas de saúde, que surge com maior frequência, após os acidentes refere-se às dificuldades em adormecer, receio de voltar a conduzir e andar na estrada, entre outras queixas recorrentes (Hruska et al., 2015).

Os acidentes rodoviários são muitas vezes percebidos como ameaçadores à vida da pessoa, o que poderá resultar, como já referimos, em perturbações psicológicas como a perturbação aguda de stresse e ansiedade e a PSPT (Blanchard et al., 1996; Mayou et al., 2001,

citados por Pires, 2005). Perturbações do sono são das consequências mais comuns da ocorrência de acidentes rodoviários, tendo influência no estado mental do indivíduo, bem como no funcionamento cognitivo e no processo de recuperação. Indivíduos que sofrem de acidentes rodoviários têm também problemas de auto-estima, ansiedade, depressão, Perturbações do Humor e ansiedade fóbica de viajar (Üzümcüoğlu et al., 2016).

Conforme se encontra em alguns estudos (Salter & Stallard, 2004; Wang et al., 2013), apresentou resultados de Crescimento Pós-Traumático em vítimas de acidentes, tendo 42% dessas vítimas apresentado algum aspeto desse mesmo crescimento.

1.5 Doentes com diagnóstico de Neoplasia

Os novos desafios na evolução do panorama na Oncologia, quer seja em Portugal quer no Mundo, exigem uma análise aprofundada no que à saúde diz respeito. Os dados sobre “A Saúde dos Portugueses 2015” da DGS, apresentam as doenças oncológicas como o único indicador que não apresentou uma melhoria, no que aos anos anteriores diz respeito. As alterações na pirâmide populacional e nos estilos de vida parecem apresentar-se como indicadores de excelência para esse mesmo aumento.

A epidemiologia Oncológica, em Portugal, tem assistido a um crescimento progressivo do número de novos casos anuais. Se por um lado a explicação deste aumento de incidência se pode encontrar nos ganhos de esperança de vida da população portuguesa também a modificação nos estilos de vida pode explicar este aumento.

Da análise de 2015, os cancros com maior prevalência foram os da próstata, mama, cólon, pulmão e estômago, representando estes no seu conjunto mais de metade da patologia oncológica em Portugal (51,3%) (DGS, 2016).

No que respeita à prevalência por sexo, verificou se no sexo masculino que 32,1% dos tumores eram do aparelho genito-urinário e 31,7% do aparelho digestivo. Sendo o cancro da próstata o mais frequente (101,7/100 000) com 5151 novos casos. O cancro do cólon, com 2689 novos casos (53,1/100 000), foi o 2º tipo de cancro mais frequente no homem.

Já no sexo feminino, 30,2% dos diagnósticos correspondem ao cancro da mama sendo a taxa de incidência de 109,3/100 000, o cancro do cólon é o segundo mais frequente (37,9/100 000).

Tabela 5

Taxa de incidência de tumores malignos

	TAXA (100000 HABITANTES)	
	Taxa bruta	Taxa pad. (pop. Eur.)
Próstata	120,3	90,5
Mama	62,5	50,2
Cólon	47,6	32,1
Traqueia, Brônquios e Pulmão	35,8	26,5
Estômago	27,8	18,9
Reto	22,7	15,8
Corpo do Útero	17,8	12,4
Bexiga	17,3	11,3
Linfoma não Hodgkin	17,1	12,9
Glândula Tiroideia	15,3	13,7
Total	444,5	330,3

Adaptado Programa Nacional para as Doenças Oncológicas- DGS, 2016

Diferentes autores (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis, 2009; Groarke et al., 2016) referem que apesar de alguns doentes conseguirem desenvolver estratégias de *coping* para a adaptação à doença, verifica-se que outros apresentam dificuldades nessa mesma adaptação podendo levar ao desenvolvimento de perturbações psicológicas.

Alguns sobreviventes de neoplasias apresentam sintomas relacionados com o trauma, semelhantes aos sintomas experienciados por sobreviventes de outros eventos com potencial traumático, sendo o mais comum o PSPT (Dorrington et al., 2014).

Contudo, apenas uma minoria dos sobreviventes de cancro preenche os requisitos para diagnóstico de PSPT, muitos deles apresentam vários sintomas associados a esta perturbação, interferindo na qualidade de vida (Amir & Ramati, 2002; Yi, Zebrack, Kim, Cousino, 2015; Richardson, Morton & Broadbent, 2016). Também é comum, principalmente nas crianças, ocorrerem dificuldades cognitivas, emocionais e de autoestima, ansiedade e depressão, fadiga crónica e sintomas psicóticos (Briggs et al., 2012).

Os resultados do Quarto Inquérito Nacional de Saúde (INSA, 2006) demonstram que os sobreviventes de cancro em Portugal eram, nos anos de 2005/2006, cerca de 2,2% da população. Estes apresentam uma perceção do estado de saúde mais baixa (30%), em comparação com indivíduos sem diagnóstico de neoplasia, independentemente do tempo passado desde o diagnóstico. Os primeiros 12 meses após o diagnóstico são caracterizados por uma alta sobrecarga psicológica, dificultando a manutenção das tarefas diárias e, de uma forma geral, mais custos na saúde. Os sobreviventes de cancro apresentam uma pior situação financeira, em comparação com a população em geral (Pacheco-Figueiredo & Lunet, 2014).

Uma meta análise realizada por Kim, White e Patterson (2016), que engloba estudos dos últimos anos, mostra o impacto do cancro em diferentes dimensões da vida de uma pessoa. Em termos físicos, o cancro provoca dores intensas e fadiga que afetam a vida diária e o sentimento de controlo. Percebe, muitas vezes, que já não consegue desempenhar as atividades de vida diárias e os papéis sociais que desempenhava, podendo originar sentimentos de culpa. Numa perspetiva psicossocial, a pessoa pode enfrentar problemas na sua identidade pessoal e grupal, necessidade de conciliar o sentido de independência e autonomia com a necessidade de suporte por parte de outros, e a aceitação do cancro. As relações com os outros podem sofrer alterações. A pessoa com cancro pode sentir-se diferente, podendo ter dificuldade em inserir-se num contexto social. Em muitas situações a dinâmica das relações altera-se, uma vez que o indivíduo pode entrar numa relação de dependência, não sendo possível o apoio por parte de alguns dos elementos da rede social e consequentemente levar a um distanciamento. As dificuldades financeiras e a constituição de relação amorosa parecem também revestir-se como processo complexo (Kim, White, & Patterson, 2016).

O nível de dependência futura, os tratamentos, e a iminência da morte apresentam-se muitas vezes como eixos centrais e, apesar disso, alguns doentes conseguem prespективar o seu crescimento pessoal, conseguindo reconstruir a sua identidade e finalizar a procura de significado (Kim, White, & Patterson, 2016).

O diagnóstico e tratamento de uma neoplasia é uma experiência potencialmente traumática, que poderá desencadear sintomas de PSPT. O mais recente Manual de Diagnóstico (DSM -5, 2013), apresenta que uma doença que coloque a vida em risco, não é necessariamente considerada como um evento traumático, mas que os incidentes médicos súbitos e catastróficos se podem considerar.

Os sobreviventes do cancro que percebem o seu diagnóstico como tendo a sua vida em risco podem desenvolver os sintomas, correspondente aos critérios de diagnóstico de PSPT. Uma revisão sistemática da literatura (Smith, Redd, Peyser & Vogl, 1999) verificou não só a presença de PSPT em vítimas de neoplasia, mas também nos seus familiares diretos.

O estudo de Alkan e colaboradores realizado em 2016, com 614 sobreviventes de cancro da mama, apresentou resultados de 75% na prevalência de PSPT.

A crescente literatura de PSPT em sobreviventes de cancro, apresentou resultados de prevalência entre os 0% e os 35%, sendo a média de resultados nos 10% (Kangas, 2002). Uma percentagem mais elevada (56%) foi encontrada noutras investigações (Amir & Ramati, 2002; Kangas, Henry & Bryant, 2005; Wachen, 2014).

Em suma, ao longo deste capítulo pretendeu-se apresentar os diferentes tipos de eventos, o estado da arte em Portugal e o seu impacto como eventos potencialmente traumáticos.

CAPÍTULO II. O IMPACTO PSICOLÓGICO DO EVENTO TRAUMÁTICO

Foi já referida a ocorrência de eventos traumáticos como um fenómeno que não é incomum e cujo impacto, para além das possíveis consequências físicas diretas, acarreta muitas vezes fortes consequências psicológicas.

A experiência de um evento traumático, apresenta muitas vezes uma diferente percepção da realidade como a conhecemos e como olhamos o mundo em nosso redor. Consequentemente as implicações psicológicas, apresentam-se como respostas ao evento vivido, numa tentativa de adaptação a uma realidade até então desconhecida. Para além das consequências de saúde mental, o impacto da experiência deste tipo de eventos promove, muitas vezes, alterações na percepção de Qualidade de Vida e Suporte Social de quem os experiencia (Bryant, Salmon, Sinclair & Davidson, 2007).

Importa então considerar e perceber a ligação entre a ocorrência do(s) evento(s) e o seu impacto aquando dessa exposição.

2.1 Qualidade de Vida e Trauma

A Organização Mundial da Saúde (1994) define Qualidade de Vida (QdV) como a percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, relacionada com os seus objetivos, com as expectativas, normas e preocupações. Apresenta-se então este amplo conceito, que é obviamente subjetivo, e que inclui de forma complexa não só a percepção de saúde física da pessoa, como do seu estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças e convicções pessoais e da sua relação com os aspetos mais relevantes do meio ambiente. Engloba ainda o sentido de realização e satisfação pessoal, e também a satisfação com o trabalho (Theofilou, 2013).

Várias têm sido as formas de avaliar a Qualidade de Vida, existindo, porém, consenso de que o bem-estar ou satisfação subjetiva da pessoa será a pedra de toque dessa análise. (Mendlowicz & Stein, 2000; Mogotsi, Kaminer & Stein, 2000)

A QdV relacionada com a saúde é apenas uma pequena parte daquilo que engloba o constructo, e tem vindo a ser cada vez mais estudada (Theofilou, 2013). A literatura tem vindo a realçar a importância da qualidade de vida na saúde. Exemplo claro desse fenómeno prende-se com a longevidade e a procura de proporcionar qualidade ao aumento dos anos de vida (Kaplan, 2003; Katschnig, 2006). Vários instrumentos têm sido desenvolvidos, quer se considere a qualidade de vida no geral ou se englobem também conceitos como o bem-estar psicológico e social. Como exemplos gerais temos o “36-Item Short Form Health Survey” (SF-36) (McDowell & Newell, 1996), o “European Quality of Life” (EUROQOL) (EuroQol Group, 1990) e “The World Health Organisation Quality of Life - Brief (WHOQOL-BREF)” (Theofilou, 2013).

Embora a mortalidade associada ao trauma tenha diminuído ao longo do tempo, sobretudo devido à melhoria dos cuidados médicos, a qualidade de vida das pessoas, muitas vezes não é avaliada, sobretudo na análise do impacto social e psicológico do trauma (Neugebauer, Bouillon, Bullinger & Wood-Dauphinee, 2002).

O impacto das perturbações mentais na qualidade de vida tem sido, de forma mais recente, reconhecido pela literatura (Mendlowicz *et al.*, 2000; Olatunji, Cisler & Tolin, 2007; Schneier & Pantol, 2006), importando, quando dado o enfoque na existência de perturbação, considerar uma mais ampla definição de qualidade de vida (Gladis *et al.*, 1999), centrando os aspetos que definem a mesma nas condições sócio materiais, no funcionamento e na satisfação com o bem-estar.

A ligação Qualidade de Vida relacionada com a saúde após o trauma, apresenta-se como uma importante abordagem que contempla e preenche de forma integrada a perspetiva da QdV percebida neste campo particular (Neugebauer *et al.*, 2002). O foco em quatro áreas principais que incluem as componentes físicas, funcionais, sociais e psicológicas do trauma, associadas às limitações imediatas, a médio ou longo prazo podem resultar em alteração dos hábitos de vida diária. A impossibilidade ou alteração nas funções laborais e as respetivas consequências socioeconómicas têm também peso relevante na QdV (Hladki *et al.*, 2009).

O viver um evento traumático e a relação com a perceção de QdV, parece apresentar diferenças também no que ao sexo diz respeito. Os resultados apresentados indicam a mulher como mais vulnerável ao risco de desenvolver pior qualidade de vida (Holbrook & Hoyt, 2004).

Apesar da escassez de investigação nesta área, é possível traçar alguns preditores de boa Qualidade de Vida relacionada com a saúde após o trauma nomeadamente, idade mais baixa (Soberg, Finset, Bautz-Holter, Sandvik & Roise, 2007); sexo masculino (Sluys, Haggmark & Iselius, 2005); ausência de doença pré-existente (Neugebauer & Tecic, 2008); lesões físicas leves (Attenberger, Amsler & Gross, 2012); internamento hospitalar de curta duração (Ware, 2000); baixa sintomatologia de PSPT e depressão (Holtslag, van Beeck, Lindeman & Leenen, 2007).

Apresentam-se então vários estudos que demonstram a relação entre a QdV e o trauma, sobretudo no que respeita à PSPT (Savoca & Rosenheck, 2000; Magruder, Frueh & Knapp, 2004; Smith, *et al.*, 2005).

No que respeita ao impacto dos Desastres Naturais na qualidade de vida, referem que após um desastre natural, as pessoas ativam os seus recursos pessoais e de proteção social, o que vai resultar numa melhor perceção da sua QdV (Gigantesco, D'Argenio, Cofini, Mancini & Minardi, 2015).

Num estudo realizado com vítimas do maremoto de 2004, no Oceano Índico, verificou-se que sintomas psicológicos como o Stress Pós-traumático (e outras perturbações de ansiedade) e a depressão se encontraram negativamente correlacionados com a Qualidade de Vida, quer com o constructo em geral, quer com a satisfação com a saúde. Após seis anos, esta associação ainda se verificava (Siqueland, Nygaard, Hussain, Tedeschi, & Heir, 2015).

Em eventos como Acidentes rodoviários, verificou-se que as vítimas apresentavam uma pior perceção da saúde física e psicológica, potenciado pela dor, ou por comorbilidade associada (Kenardy, Heron-Delaney, Warren & Brown, 2015).

Ainda no caso dos Acidentes Rodoviários, verificou-se que as vítimas apresentavam uma pior perceção da saúde física e psicológica, potenciado pela dor, ou por comorbilidade

associada (Kenardy *et al.*, 2015). Investigações com vítimas de acidentes rodoviários, encontraram uma forte relação entre a PSPT e uma baixa percepção na qualidade de vida percebida (Khati *et al.*, 2013), e na predição da existência de relação entre as dimensões do bem-estar físico, com a percepção total de qualidade de vida (Barnes *et al.*, 2006).

Outro resultado interessante, num estudo realizado com vítimas de acidentes rodoviários constatou-se que as vítimas ocupantes de viaturas apresentam níveis de qualidade de vida mais baixos do que outro grupo de vítimas, nomeadamente, ciclistas; controlando o tipo de ferimento e a gravidade do acidente (Ohlin, Berg, Lie, & Algurén, 2016). Como se pode verificar, a PSPT é uma das consequências psicológicas mais comuns após a ocorrência de um acidente rodoviário. Não obstante a variabilidade individual, existem grandes diferenças de prevalência de PSPT entre os vários estudos realizados sobre esta temática, em grande parte devido a serem utilizadas diversas medidas. Torna-se necessário a existência de um modelo que permita analisar estes casos de uma forma mais estandardizada, de forma a que a reabilitação se torne mais eficiente e feita o mais rapidamente possível, permitindo uma melhor qualidade de vida (Üzümçüoğlu *et al.*, 2016).

Vários estudos têm encontrado relação entre doentes com neoplasia e a Qualidade de Vida percebida, sendo que para além da patologia, parece ser importante para a QdV, o tipo de neoplasia, a fadiga e a dor associada (Rizzo, Maronato, Marchiori & Gaya, 2008). Estudos realizados com sobreviventes de cancro da mama demonstram níveis elevados de PSPT e percecionam a sua qualidade de vida física e psicológica (segundo a escala WHOQOL) como sendo baixa, em comparação com o grupo de controlo (Amir & Ramati, 2002).

Desta forma, a QdV apresenta-se então como um importante indicador na percepção de bem-estar da pessoa, podendo os diferentes eventos ser mais ou menos impactantes na sua percepção.

2.2 Suporte social e trauma

O Suporte Social (SS) é muitas vezes apresentado como uma complexa construção de diferentes dimensões onde as relações interpessoais apresentam um papel fundamental na proteção aos efeitos do stress na saúde e na Qualidade de Vida (Vaz Serra, 2002).

Os referenciais basilares apresentavam o SS como o nível em que as necessidades sociais de uma pessoa estão satisfeitas pela interação que têm com os outros, estando essas necessidades relacionadas e satisfeitas através do apoio emocional e instrumental (Kaplan et al., 1977; Thoits, 1986).

Uma ampla definição de SS (Kaniasty, 2005), aponta para três pilares centrais de apoio social, o receber apoio (efetivamente receber ajuda), o enraizamento social (qualidade e tipo de relações estabelecidas com os outros) e o apoio percebido (acreditar que o apoio estará disponível se necessário), tendo este último fulcral importância (Pinheiro & Ferreira, 2001).

A percepção de suporte social é reconhecida como um recurso de *coping*, na diminuição do impacto e das exigências de situações stressantes (Ribeiro, 2007) e como fator fortemente preditivo da saúde (Magaya et al., 2005). É uma estratégia que, se for utilizada de forma correta, poderá ter implicações na aprendizagem da forma como as pessoas lidam com situações de stress/traumáticas, afetando o bem-estar e a saúde mental (Braun-Lewensohn, 2015). Ou seja, uma percepção de rede social forte dá auxílio ao atravessar necessidades ou passar por acontecimentos penosos e promove o sentir de forma menos intensa às situações de stress (Vaz Serra, 1999; Southwick, Vythilingam & Charney, 2005).

Uma outra designação usual é a distinção entre suporte social instrumental e suporte social emocional, o Suporte Social instrumental respeita ao auxílio prestado à pessoa na resolução de problemas práticos, sobretudo problemas materiais, já o Suporte Social emocional está relacionado com a percepção de segurança emocional, realçando o apoio, o respeito percebido, como elementos securizantes (Jacobson, 1986). Durante diferentes fases do desenvolvimento de um indivíduo, os dois tipos de suporte são necessários (Braun-Lewensohn, 2015).

Dunst e colaboradores (1990) referem a existência de várias dimensões de Suporte Social consideradas de interesse para a percepção de bem-estar da pessoa, nomeadamente: Tamanho da rede social; a Existência de relações sociais; a Frequência de contactos; a Necessidade de suporte; o Tipo e quantidade de suporte; a Congruência; a Utilização; a Dependência; a Reciprocidade; a Proximidade e a Satisfação.

Alguns estudos referem ainda um conjunto de dimensões principais no SS: Dimensão Estrutural; Frequência e Dimensão da *network* de Suporte Social Percebido; e a Dimensão Funcional, com duas componentes, emocional e instrumental, apresentando-se a Dimensão Funcional como melhor preditora de boa saúde (Ozbay et al., 2007).

Ainda Dunst e colaboradores (1999) referem o SS como uma variável diretamente relacionada com os recursos de apoio disponíveis, nos quais se apresentam estruturas como a família. Referindo ainda a importância na distinção entre as fontes de apoio formal e informal,

estando as primeiras ligadas a estruturas como o apoio por profissionais e as segundas a família e amigos.

Os grupos de apoio são uma das estratégias de suporte social mais utilizados em terapias relacionadas com eventos traumáticos. Os grupos de apoio têm um efeito bastante significativo na saúde física e mental. A partilha de experiências que ocorre nestes grupos permite o entendimento mútuo e uma adaptação às situações baseada na experiência de outros que passaram pelo mesmo (Davison, Pennebaker, & Dickerson, 2000). Por exemplo, numa revisão efetuada por Flannery (1990) verificou-se no caso da violência doméstica, que as mulheres encaram os grupos de apoio como a estratégia mais eficaz para terapia.

O SS tem sido apontado como peça chave na relação entre o evento traumático e o seu impacto na pessoa, em duas dimensões principais, como amortecedor no desenvolvimento de psicopatologia e como facilitador no processo de recuperação no pós evento (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). A falta de apoio social após um evento traumático tem sido apontada como um dos maiores fatores de risco para a PSPT, em todos os tipos de trauma (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003).

As interações sociais negativas, mais do que a ausência de SS, têm sido apresentadas como um preditor no desenvolvimento de PSPT, pelo que, apesar do importante papel desempenhado pelo SS, parecem apontar os estudos para a importância da “qualidade do SS” existente (Tarrier, Sommerfield, & Brigidi, 1999).

Ainda de realçar o papel e impacto do e no SS ao longo do curso do trauma. No período entre os seis a doze meses após o experienciar do evento traumático, um baixo SS apresenta-se como fator de risco no desenvolvimento e agravamento de sintomatologia psicopatológica. Já na fase entre os dezoito e vinte e quatro meses o impacto do evento, é possível encontrar no SS o desgaste provocado nos recursos de apoio social existentes, pelo evento vivido (Kaniasty & Norris, 2008).

Vários estudos propõem que a inexistência de apoio social percebido para com as vítimas de crime ou de abuso sexual e de doentes com neoplasia, induz a inibição dos pensamentos relacionados com o evento traumático interferindo com o processamento cognitivo (Lepore, 1997; Lepore & Helgeson, 1998; Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001).

O estudo de Manne e colaboradores (2000), com 72 mães de crianças que concluíram com sucesso o tratamento para neoplasia, estudou o suporte social percebido com um conjunto de outras variáveis. Os resultados sugerem que maior perceção de constrangimentos sociais e menor apoio percebido está associado com sintomatologia de PSPT. Refere ainda o sentimento de pertença a uma rede social de apoio e a possibilidade de expressar os pensamentos como fundamentais no processo de adaptação ao evento. No mesmo sentido um outro estudo longitudinal de Hammack e colegas (2004), com adolescentes, verificou a presença de apoio social como estratégia de proteção para quem testemunhou atos de violência. Estes dois estudos parecem mostrar a importância do Suporte Social em pessoas que lidam com o evento como vítimas secundárias.

A entreajuda após a ocorrência de um desastre natural é bastante comum, ativando um sentido de apoio comunitário que em outras situações não se verifica. Evidencia-se que, durante o trauma resultante da catástrofe natural, a forma como um indivíduo irá lidar com o problema depende em grande parte do suporte social que este percebe, da coesão social e da confiança. Uma forma de evitar consequências psicológicas adversas prende-se com este sentido de comunidade (Kaniasty, 2012).

No caso de acidentes rodoviários, verifica-se também que o suporte social é um constructo bastante importante na relação entre o trauma e o desenvolvimento de PSPT, uma vez que este constitui um elemento crucial no desenvolvimento de intervenções para esta patologia (Gabert-Quillen, Irish, Sledjeski, Spoonster & Delahanty, 2012).

Apesar da existência de conceptualização teórica no que ao impacto do SS e trauma diz respeito, alguns autores postulam a necessidade de um maior aprofundar das investigações nesta área específica, para que seja possível uma compreensão prospetiva da contribuição do SS no Trauma (Guay, Billette & Marchand, 2006).

2.3 Exposição ao trauma

Como já referido no capítulo anterior, a exposição a eventos traumáticos não é incomum, distinguindo-se um evento traumático de um evento apenas indutor de stresse, e a perpetuação no tempo do impacto e consequências do primeiro, mesmo cessado o evento precipitante (Vaz Serra, 2003).

A exposição a este tipo de eventos, tem sido descrita na literatura como sendo um critério diagnóstico para algumas perturbações, apresentadas na DSM 5 (2013) como “Perturbações relacionados com o trauma e a stressores”. Concorrem com este critério a Perturbação de Apego Reativo, a Perturbação de Interação Social Desinibida, a Perturbação de Stresse Pós-Traumático, a Perturbação Aguda de Stresse e a Perturbação de Adaptação.

Importa não esquecer que o sofrimento psicológico, bem como o fenótipo de sintomas de medo e ansiedade por parte de quem experiencia um evento traumático é bastante variável, percorrendo um espetro dos clássicos critérios de diagnóstico da PSPT, à apresentação de sintomas anedónicos e disfóricos, raiva ou agressividade (APA, 2013).

A PSPT apresenta-se como a perturbação que de forma direta, apresenta o impacto do trauma. No âmbito deste ponto apresenta-se o quadro nosológico da resposta ao trauma.

Desde meados do século passado que Lindemann (1944), focou a sua atenção no acompanhamento aos sobreviventes e famílias das vítimas de um incêndio em Boston, em 1942, tendo os resultados da sua investigação sugerido a importância do apoio psicológico após um evento crítico na prevenção de possíveis problemas psicopatológicos. Esta abordagem desidrata nos últimos anos, em vários estudos epidemiológicos sobretudo de PSPT que demonstraram uma alta prevalência da doença em países mais desenvolvidos, com a existência de correlações com variáveis sociodemográficas, onde o sexo feminino parece ser mais prevalente e com morbilidade e comorbilidade associada (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1998; Creamer et al., 2001; de Vries & Olff, 2009).

Mais recentemente, têm sido alarde o espetro da investigação para os países mais pobres ou em desenvolvimento o que permitiu alargar o espetro do conhecimento sobre o trauma (Rosenman, 2002; Ferry, Bunting, Murphy, et al., 2014; Karam, Friedman, Hill, 2014; Olaya, Alonso & Atwoli, 2015), proporcionando nova evidência. Vários estudos apresentam diferenças significativas, tanto no que respeita à prevalência como no que respeita à ocorrência de eventos traumáticos pelo mundo. Na África do Sul foi verificada uma prevalência de ocorrência de evento traumático durante o ciclo de vida de 73,8%. A Espanha tem uma prevalência de exposições ao trauma de 54% (Olaya et al., 2015), a Itália de 56,1% (Carmassi, Dell’Osso & Manni, 2014) e a Irlanda do Norte de 60,6% (Ferry et al., 2014). Já no Japão os estudos apresentam uma prevalência de 60% (Kawakami et al., 2014).

Em Portugal, um estudo apresenta uma taxa, na população, de exposição a pelo menos um evento traumático durante a vida, de cerca de 75%, referindo o mesmo estudo que 43,5% está exposto a mais do que uma situação (Albuquerque et al., 2003). Um outro estudo

Português, com jovens universitários (Maia et al., 2006), verificou uma percentagem de 24% de participantes que considerava já ter vivenciado um evento traumático.

Talvez pela dimensão e pela muitas vezes necessária reintegração na vida civil, sobretudo os militares expostos ao combate foram dos primeiros a receber atenção por parte dos investigadores. Exemplo desta atenção são as tentativas para apoio psicológico na altura designado por *shell-shocked*, nos combatentes da Primeira Grande Guerra (Kardiner & Spiegel, 1947).

A exposição a eventos traumáticos, tem o potencial para afetar não só o próprio, na sua perceção de segurança e saúde, como também todo um conjunto de respostas psicossociais no relacionamento interpessoal, desde a manutenção de relações de amizade, ao próprio funcionamento familiar (Resick, 2000; Valentine, 2003).

Os diferentes stressores traumáticos podem ser de alguma forma categorizados considerando aspetos como o impacto sobre a vítima, o controlo, a previsibilidade e a própria duração do tempo de exposição. Os acidentes e raptos, por exemplo, são acontecimentos de elevada intensidade, limitados no tempo, mas para os quais as vítimas não têm preparação prévia possível (Valentine, 2003).

Como já referido, os diferentes eventos potenciadores de stresse e trauma podem ter diferentes características e categorias na forma como exercem impacto sobre a vítima, nomeadamente a sensação de controlo sobre a situação, se é um evento previsível, a dimensão e a duração da exposição ao elemento stressor.

Também o efeito cumulativo relacionado com a exposição repetida a eventos traumáticos e a stressores sequenciais permanentes, sobretudo no exercício de algumas profissões como agentes de autoridade, bombeiros, ou profissionais de saúde pré-hospitalar, é de importância e a considerar. A continuidade da exposição desencadeia incerteza e altera a sensação de segurança, algo também verificado nas situações de abusos continuados, violência doméstica ou em situações de guerra (McFarlane & Girolamo, 1996).

O impacto da exposição ao evento traumático parece ainda estar relacionado com um conjunto de outras variáveis. O estudo realizado com estudantes universitários, após os atentados de 11 de Março de 2003 em Madrid, refere que o diagnóstico de PSPT está associado não só com a proximidade da residência com o local dos atentados, como com o ter estado diretamente exposto, sentir ameaça à sua própria vida, sofrer lesões físicas, conhecer alguma vítima ou ser utilizador frequente do local afetado (Vázquez, Pérez-Sales, & Matt, 2006).

O impacto da exposição ao evento traumático dependerá do tipo de trauma, do sexo, apresentando o sexo feminino uma maior vulnerabilidade, da frequência e impacto do evento, aumentando a morbilidade de Perturbação Aguda de Stresse ou a PSPT em função das variáveis apresentadas (Frans, Rimmo, Aberg & Fredrikson, 2005).

Durante a infância, a exposição a eventos traumáticos, relativamente aos dois tipos básicos de trauma apresentados por Terr (1991), a experiência traumática única (Tipo I) ou repetida (Tipo II), correlaciona-se com o estado de saúde em períodos tão longos como até 50 anos após a exposição ao evento traumático. Comportamentos como dependências, doença

pulmonar obstrutiva crónica, depressão, tentativa de suicídio, doenças cardíacas ou comportamentos autodestrutivos apresentam-se como estando aumentados para as vítimas expostas na infância (Felitti, 2002; Edwards, Franklin & Holland, 2003; Maia, 2007; Pruitt, 2009). Quando se considera o impacto de eventos traumáticos isolados, a PSPT apresenta-se como uma das perturbações psicológicas mais associada ao experienciar de situações graves e ameaçadoras.

2.3.1 A Perturbação de Stresse Pós-Traumático

A ligação entre Trauma e PSPT surge, quando focamos a nossa atenção na psicopatologia, como a mais comum perturbação associada.

Neste sentido, apesar da ocorrência de outras perturbações *per si* ou comorbidas a PSPT surge claramente como a mais destacada, logo a referência a estudar.

A Perturbação Stresse Pós-Traumático, não se apresenta como um conceito recente, foi apresentada como entidade clínica com diagnóstico em 1980, surgindo na publicação do DSM-III (APA, 1980). Os Manuais de diagnóstico DSM-5 (2013) e CID-10 (1993) descrevem a PSPT, com um padrão de sinais e sintomas que surgem após o experienciar de um, ou vários, eventos traumáticos. O diagnóstico de PSPT tem sido aplicado a um leque alargado de eventos traumáticos, que vão desde os desastres naturais, a doenças graves (Moore, 1993; Astin *et al.*, 1997).

Parece ser possível a tentativa de explicação do motivo pelo qual, tantas situações distintas, poderem ter respostas semelhantes relativamente à apresentação de sinais e sintomas, através da explicação da origem

Uma análise importante será o perceber da etimologia da palavra trauma, que provem do grego, significa “ferida, choque contra o sistema” (Everstine & Everstine, 1993, p.3), parece esta descrição permitir a compreensão do facto de eventos tão distintos poderem desencadear um quadro nosológico idêntico.

No ano de 2013 com a publicação da quinta edição do DSM, apresentaram-se alterações no que ao diagnóstico de PSPT diz respeito. O desenvolvimento apresentado do “DSM 5- Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais” em relação ao “DSM-IV-TR” apresenta várias diferenças, sendo uma das mais relevantes a alteração do sistema multiaxial, deixando de ser as Perturbações classificadas entre Eixo I, II e III (APA, 2013; Araújo & Neto, 2013). Apesar de manter praticamente os mesmos critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR, a PSPT foi posicionada numa nova classificação de perturbações da ansiedade para “Trauma e Perturbações relacionadas com o stresse”.

No que respeita à nosologia em concreto às perturbações associadas ao experienciar de eventos traumáticos, estas foram agrupadas na categoria das Perturbações relacionadas com o trauma e stresse, sendo a ocorrência do evento um dos critérios de diagnóstico central (American Psychiatric Association, 2013). No que diz respeito à nosografia a DSM-5 apresenta-

nos como critérios diagnósticos para a PSPT 8 pontos que são classificados de A a H, infra apresentados.

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT), apresenta alterações nos critérios de diagnóstico: o **Critério A** foi expandido, de forma a englobar não apenas as pessoas que sofrem o evento traumático diretamente, mas também indiretamente (Critério A1 no DSM-IV-TR), e.g., desenvolvimento de PSPT por ter um familiar ou amigo próximo que sofreu um evento traumático, ou indivíduos que são expostos frequentemente a detalhes aversivos de eventos traumáticos, como é o caso de determinadas profissões. Desapareceu o Critério A2, que implicava que fosse vivenciado com medo intenso ou horror por não implicar diferenças quanto ao diagnóstico e evolução do caso. Os critérios de sintomas também foram expandidos, resultando em: “*Cluster* de Sintomas intrusivos associados ao evento traumático” (**Critério B**), e.g., “lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias”; “*Cluster* de Sintomas de Evitamento” (**Critério C**), e.g. “evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes”; “*Cluster* de Sintomas de Alterações Cognitivas ou do Humor” (**Critério D**), e.g. “incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático”; e “*Cluster* de Sintomas de Hiperativação” (**Critério E**), e.g. “comportamentos irritadiços e surtos de raiva”. O DSM-5 incluiu critérios específicos para o diagnóstico de crianças com seis anos ou menos (Araújo & Neto, 2013; American Psychiatric Association, 2002; American Psychiatric Association, 2013).

No caso da “Perturbação de Stresse Agudo” foram verificadas mudanças bastante semelhantes às da PSPT, tais como o desaparecimento do critério A2 e a inclusão das categorias intrusão, humor, dissociação e *arousal*. Nas “Perturbações de Adaptação”, os critérios de diagnóstico não sofreram alterações, mantendo-se a sua divisão em subtipos (Araújo & Neto, 2013; American Psychiatric Association, 2002; American Psychiatric Association, 2013).

Conforme a descrição no DSM-5 (2013), a Perturbação de Stresse Pós-Traumático, caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos/stressantes, seguindo a contemplação dos critérios de diagnóstico apresentados abaixo, sendo que os critérios descritos para crianças com menos de 6 anos, são diferentes e variáveis nos critérios de diagnóstico consoante os sintomas desta faixa etária. Os critérios a seguir aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade.

Critério A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (e.g. socorristas que recolhem restos de corpos humanos; polícias repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

Critério B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois da sua ocorrência:

1. Lembranças perturbadoras intrusivas, recorrentes e involuntárias do evento traumático. Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspetos do evento traumático são expressos.
2. Sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático. Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.
3. Reações dissociativas (e.g. flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer num continuum, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.) Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer numa brincadeira.
4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou façam lembrar algum aspeto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas marcadas a sinais internos ou externos que simbolizem ou façam lembrar algum aspeto do evento traumático.

Critério C. Evitamento persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspetos:

1. Evitamento ou esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores sobre ou associados ao evento traumático.
2. Evitamento ou esforços para evitar elementos externos que relembrem o evento e provoquem memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores relacionados com o evento traumático.

Critério D. Alterações cognitivas ou do humor, de cariz negativo e associadas ao evento traumático com início ou agravamento após a sua ocorrência, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:

1. Incapacidade de recordar aspetos importantes do evento (tipicamente devido a amnésia dissociativa e tendo sido excluídos outros fatores causais como lesão craniana, álcool ou drogas).
2. Expectativas e crenças exageradamente e persistentemente negativas acerca do próprio, dos outros e do mundo em geral (e.g. “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”)
3. Crenças persistentes e distorcidas acerca da causa ou consequências do evento ou eventos traumáticos que levam o indivíduo a culpar-se a si ou outros.
4. Estado emocional negativo persistente (e.g. medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).
5. Interesse e participação em atividades significativas marcadamente diminuídos.
6. Sentimentos de distanciamento ou indiferença em relação aos outros.

7. Incapacidade persistente de experienciar emoções positivas (e.g. incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

Critério E. Alterações marcantes a estimulação e reatividade associadas ao evento traumático, a começar ou piorar após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:

1. Comportamento de irritabilidade ou acessos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.
2. Comportamento autodestrutivo ou imprudente.
3. Hipervigilância.
4. Resposta de sobressalto exagerada.
5. Problemas de concentração.
6. Perturbação de sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

Critério F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

Critério G. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo e deficiência no funcionamento social, ocupacional ou de qualquer outra área significativa.

Critério H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (e.g. medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo: com sintomas dissociativos: os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de PSPT, e, além disso, em resposta ao stressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes:

1. Despersonalização: Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar num sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmara lenta).
2. Desrealização: Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente.

Especificação de Diagnóstico. Com expressão tardia: Se todos os critérios de diagnóstico não forem cumpridos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

Ainda de interesse relevante a descrição dos critérios de diagnóstico para crianças. O experienciar um evento traumático na infância, apresenta-se na investigação como um preditor futuro de PSPT pelo que os critérios seguidamente apresentados, representam peça chave para o diagnóstico e monitorização futuros.

Os critérios de diagnóstico da PSPT em crianças de 6 anos ou menos são:

Critério A. Em crianças de 6 anos ou menos, exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.

2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido com outras pessoas, especialmente cuidadores primários. Nota: O testemunho não inclui eventos vistos apenas em social *media*, televisão, filmes ou fotografias.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com pai/mãe ou cuidador.

Critério B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois da sua ocorrência:

1. Lembranças angustiantes intrusivas, recorrentes e involuntárias do evento traumático. Nota: Lembranças espontâneas e intrusivas podem não parecer necessariamente angustiantes e podem ser expressas como reencenação em brincadeiras.
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo ou a emoção do sonho estão relacionados com o evento traumático. Nota: Pode não ser possível determinar que o conteúdo assustador está relacionado ao evento traumático.
3. Reações dissociativas (e.g. flashbacks) nas quais a criança sente ou age como se o evento traumático estivesse a acontecer novamente. (Essas reações podem ocorrer num continuum, com a expressão mais extrema manifestada como uma perda completa da percepção do ambiente ao redor.) Essa reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.
4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a fatores internos ou externos que simbolizem ou façam lembrar algum aspeto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas marcadas a fatores internos ou externos que simbolizem ou façam lembrar algum aspeto do evento traumático.

Critério C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas, representando evitamento persistente de estímulos associados ao evento traumático.

Evitamento persistente de estímulos

1. Evitamento ou esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores sobre ou associados ao evento traumático.
2. Evitamento ou esforços para evitar elementos externos que relembrem o evento e provoquem memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores relacionados com o evento traumático.

Alterações negativas em cognições

3. Frequência substancialmente maior de estados emocionais negativos (p. ex., medo, culpa, tristeza, vergonha, confusão).
4. Interesse ou participação bastante diminuídos em atividades significativas, incluindo redução do brincar.
5. Comportamento socialmente retraído.
6. Redução persistente na expressão de emoções positivas.

Critério D. Alterações na excitação e na reatividade (hiperativação) associadas ao evento traumático, começando ou piorando depois da sua ocorrência, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:

1. Comportamento irritadiço ou surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente manifestados como agressão verbal ou física em relação a pessoas ou objetos (incluindo acessos de raiva extremos).
2. Hipervigilância.
3. Respostas de sobressalto exageradas.
4. Problemas de concentração.
5. Perturbação do sono (e.g., dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

Critério E. A perturbação ter duração superior a um mês.

Critério F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência nas relações com pais, irmãos, amigos ou outros cuidadores ou no comportamento na escola.

Critério G. A perturbação não se deve aos efeitos de uma substância ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo: Com sintomas dissociativos os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios para perturbação de stresse pós-traumático, e o indivíduo sofre sintomas persistentes ou recorrentes:

1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (e.g. sensação de estar num sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmara lenta).
2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor.

Especificação de Diagnóstico: Com expressão tardia: Se todos os critérios de diagnóstico não forem cumpridos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

Estes critérios apresentam então o foco para o diagnóstico da PSPT, sendo estes os mesmos independentemente do evento traumático experienciado. Percebendo que os critérios de diagnóstico são idênticos importará perceber a ligação entre os diferentes tipos de exposição vivenciada e a PSPT.

2.3.2 Exposição a Incidentes Críticos e Perturbação de Stresse Pós-Traumático

Vários estudos mostram que nem todas as pessoas vítimas de eventos traumáticos desenvolvem PSPT, sendo referido por alguns autores um valor de prevalência de 25%, de entre

os que experienciam o evento (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua & Zubizarreta, 1997; Hidalgo & Davidson, 2000; Roberts, Roberts, Jones & Bisson, 2016).

Em termos de prevalência global da PSPT, em Portugal os valores apresentados são de 7,8% (Albuquerque *et al.*, 2003), já para os Estados Unidos da América, dados do *National Comorbidity Survey Replication* referem o valor de 6,8% (Kessler *et al.*, 2005).

Um indicador importante, também a considerar, prende-se com o facto de as mulheres apresentarem em diferentes estudos, mais prevalência de PSPT (Dorrington, *et al.*, 2014; Karam, Friedman, Hill, Kessler & McLaughlin, 2013; Carmassi *et al.*, 2014; Caldera, Palma, Penayo & Kullgren, 2001; Bryant & Harvey, 2003), com valores de 10,4%, sendo para os homens de 5%, ao longo do ciclo de vida (Kessler *et al.*, 1995).

Características como o tipo de evento, determinantes como a exposição repetida a eventos críticos, as já referidas características do evento, e as dimensões individuais (e.g. experiências de vida anteriores, traços de personalidade, cultura, escolaridade ou suporte social) estão descritos na literatura como variáveis de risco ou proteção para o desenvolvimento de PSPT (Bostock, Sheikh, & Barton, 2009; Linley, *et al.*, 2008).

A correlação entre a prevalência de PSPT, em eventos naturais ou provocados pelo homem, parecem ser comparáveis nalgumas características, nomeadamente, nos traços de personalidade como neuroticismo e traços obsessivos (Bensimon, 2012; Jakšić, Brajković, Ivezić, Topić & Jakovljević, 2012; Chung *et al.*, 2003), dificuldade de concentração (McFarlane, 1988; Neylan *et al.*, 2004), estratégias de coping (Morgan, Scourfield & Williams, 2003; Read, Griffin, Wardell & Ouimette, 2014; Benight, Swift & Sanger, 1999) e comorbilidade psiquiátrica (Madakasira & O'Brien, 1987; Kaiser *et al.*, 1996; McMillen, North, & Smith, 2000).

Também a baixa perceção de apoio social está associada a uma maior probabilidade de PSPT (Vernberg, La Greca & Silverman, 1996; La Greca *et al.*, 1996; Kwon *et al.*, 2001), assim como o maior grau de exposição a um desastre e risco de PSPT (Basoglu, Salcioglu & Livanou, 2002; Inoue *et al.*, 2000; Thompson *et al.*, 1993; Goenjian, Pynoos, Steinberg & Najarian, 2001).

No que respeita à prevalência de PSPT em populações específicas são encontrados diversos estudos, um estudo realizado com 81 Enfermeiros de Serviços de Urgência de três hospitais da Região Alentejo (Portalegre, Évora e Elvas), a prevalência encontrada de sintomatologia de PSPT em enfermeiros de serviços de urgência foi de aproximadamente 32%. Os mesmos autores realizaram um estudo com Bombeiros Portugueses tendo encontrado valores de sintomatologia de PSPT em 30% da população estudada (Arriaga & Claudino, 2012).

Estudos epidemiológicos com veteranos de guerra apresentam uma prevalência de PSPT ao longo do ciclo de vida de 30.9% nos homens e de 26.9% em mulheres (Kulka *et al.*, 1990). Outros estudos com veteranos de guerra apresentam prevalência de PSPT entre os 10,1% (Kang, Natelson, Mahan, Lee & Murphy, 2003) e os 13,8% (Tanielian & Jaycox, 2008). Uma investigação com veteranos de guerra portugueses verificou que 66% apresentavam PSPT (Pereira *et al.*, 2003).

Tabela 6

*Tipo de evento traumático e fatores de risco associados no desenvolvimento de PSPT
(Adaptado de Kang et al., 2003)*

Tipo de evento traumático		
	Evento provocado pelo Homem	Evento provocado pela Natureza
Fatores de risco		
Sexo	Sexo feminino fator de risco	Sexo feminino fator de risco
Psicológicos	Culpa; Raiva; locus de controlo externo; Baixas competências de <i>coping</i> ; Historias de trauma anterior; Historial de doença ou comorbilidade psiquiátrica; Baixo Apoio Social	Neuroticismo; Culpa; Dificuldades de concentração; Estratégias de <i>coping</i> ; Traços obsessivos; Historial de doença ou comorbilidade psiquiátrica; Baixo Apoio Social
Exposição	Maior grau de exposição (maior proximidade mais trauma)	Maior grau de exposição (maior proximidade mais trauma)

Também algumas **doenças**, especialmente condições clínicas que coloquem a vida em risco, ou com perda percecionada, podem ser vividas como eventos traumáticos. As neoplasias parecem estar associadas a uma prevalência de 10,9% de sobreviventes com PSPT (Dahl et al., 2016), sendo que outras investigações apresentam uma taxa de prevalência entre os 5% e os 35% (Green, Rowland & Krupnick, 1998; Mundy et al., 2000; Richardson, Frueh & Acierno, 2010; Abbey, Thompson, Hickish & Heathcote, 2015)

Nos acidentes rodoviários a percentagem de vítimas dos mesmos que desenvolvem PSPT está amplamente estudada na literatura. Os valores apresentados para a prevalência de PSPT são de 11% (Norris, 1992), sendo que outros estudos apresentam valores entre 16% e os 41% (Delahanty et al., 2003; Ehlers et al., 1998; Zatzick et al., 2002).

Os **acidentes rodoviários** constituem igualmente experiências de vida que podem ser percebidas como ameaça à vida e dar origem a perturbações do tipo PSPT. Importa considerar que, em Portugal, todos os anos ocorrem mais de 50 000 acidentes com feridos. Sugerindo a literatura que aproximadamente 12% das vítimas envolvidas em acidentes graves desenvolve PSPT, (Norris, 1992; Breslau, Davis, Andreskiy & Peterson, 1991) poder-se-á supor a existência de um número considerável de pessoas em Portugal com PSPT na sequência de acidentes.

Importa notar que nos estudos longitudinais que acompanham estas vítimas, os valores de prevalência de PSPT após cerca de dois anos da ocorrência da mesma, ronda os 20% (Bryant et al., 1998; Harvey et al., 1999).

Nas **vítimas de Violência Doméstica (VD)** o desenvolvimento da PSPT apresenta-se também como uma das mais frequentes perturbações (Meichenbaum, 1994).

Estima-se que a prevalência da PSPT em mulheres vítimas de VD varie entre 45 e 60% (Lilly & Graham-Bermann, 2009). Já no estudo Mozzambani e colaboradores (2010), 76% das vítimas de VD apresentavam forte probabilidade de desenvolver PSPT, após essa experiência.

A prevalência PSPT entre as vítimas de VD tende a crescer no mundo (Kar et al., 2006), sendo a PSPT a perturbação mais comumente encontrada nas vítimas desses eventos (Yehuda, 2002).

Há, porém, uma importante questão que deve ser considerada. A maioria dos estudos epidemiológicos realizados a este propósito são geralmente realizadas durante o primeiro ano após o evento (Shalev, 1992; Sloan, Rozensky & Kaplan, 1994; Trappler & Friedman, 1996; Jones *et al.*, 2002), acarretando essa situação possíveis variáveis não controláveis, como a própria possibilidade de os diferentes critérios de diagnóstico não estarem presentes, ou estarem, mas como resposta normal ao processo de adaptação da pessoa. Importa então perspetivar a análise dos diferentes estudos como apresentando uma prevalência “transversal” de PSPT.

2.3.3 Comorbilidade entre PSPT e outras perturbações mentais

No que respeita à descrição do DSM-5 (2013), existe um risco de comorbilidade nas pessoas com PSPT de cerca de 80%, de terem pelo menos outro diagnóstico psiquiátrico, comparativamente com pessoas sem a perturbação, análise esta já descrita por Brady (1997).

As comorbilidades encontradas na PSPT são usualmente perturbações afetivas, perturbações dissociativas, perturbações da ansiedade, somatização e o abuso de substâncias (Gupta, 2013).

Ainda que em diferentes investigações, com diferentes instrumentos e metodologias, a comorbilidade entre Depressão e a PSPT parece ser o mais comum, sendo a prevalência estimada entre os 7% e os 36% (Taubman Ben-Ari, Florian & Mikulincer, 2001; Magruder et al., 2005). Outros estudos, relativos, apenas, à presença de sintomatologia depressiva significativa em pessoas diagnosticadas com PSPT, apresentam valores entre 30 % e 50 % (Hankin, Spiro, Miller & Kazis, 1999; Nixon *et al.*, 2004)

Embora PSPT surja como um quadro nosológico bem definido e singular, (Magruder *et al.*, 2004) a depressão e a PSPT geralmente apresenta-se de forma comórbida.

Um importante indicador refere a relação do diagnóstico de PSPT a baixos níveis de qualidade de vida percebida (Breslau et al., 2006), grande procura de cuidados de saúde (Schnurr, Friedman, Sengupta, Jankowski & Holmes, 2000; Rosenberg, et al., 2000) e comórbido com várias condições de saúde física (Asmundson, Stein & McCreary, 2002; Sareen *et al.*, 2005; Buchwald *et al.*, 2005; Sawchuk *et al.*, 2005; Sareen *et al.*, 2007). Outros estudos sugerem ainda uma associação positiva entre a PSPT e neoplasias (Andrykowski, Cordova, Studts & Miller, 1998; Malt & Tjemsland, 1999; Honda & Goodwin, 2004), dor crónica (McWilliams *et al.*, 2003; Asmundson, Stein, McCreary, 2002), doenças cardiovasculares (Pedersen, Middel & Larsen, 2003) e perturbações físicas crónicas (Qureshi, Pyne, Magruder, Schulz & Kunik, 2009; Scott et al., 2013).

A presença de diferentes stressores, após o evento traumático contribuem para uma maior dificuldade no ajustamento da pessoa, o que pode aumentar a incidência de perturbações comórbidas à PSPT (Corneil, Beaton, Murphy, Johnson & Pike, 1999).

A investigação sugere ainda a presença de dependências, depressão major, a perturbação de pânico, a agorafobia, a perturbação obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada e a fobia social como quadros clínicos frequentes após o experienciar de uma situação traumática (Foa et al., 1999). Além disso o risco de suicídio é maior em pessoas com PSPT em cerca de seis a oito vezes quando comparado com pessoas sem PSPT (Kessler *et al.*, 1995).

As pessoas com história de trauma apresentam ainda um índice maior de comportamentos que podem colocar a sua saúde em risco (Maia, 2004). Uma resposta desadaptada muito comum neste contexto é a automedicação imediata ou o consumo de substâncias como álcool e drogas. Esta estratégia tem demonstrado a sua ineficiência a longo prazo, visto que é uma adição na vida da vítima e que, conseqüentemente acarretará outras complicações (Flannery, 1999).

2.4 Exposição a fatores de risco e de proteção no desenvolver da PSPT

Importa realçar que não são todas as pessoas que expostas a um evento traumático desenvolvem perturbações como PSPT, o que leva a que sejam considerados quais os diferentes fatores de risco e de proteção no desenvolvimento de perturbações face aos eventos traumáticos.

A resposta a eventos potencialmente traumáticos é na maioria das vezes e, na maioria das pessoas afetadas, um percurso que lhes permite recuperar por si próprias. Existem, porém, pessoas que vivenciaram o evento, que a curto, médio ou longo prazo desenvolvem problemas de saúde mental (Norris et al., 2002). Como já referido, a literatura refere que o risco de PSPT, após um evento crítico durante o ciclo de vida varia de aproximadamente 2% a 54% (Breslau et al., 1998).

A forma de exposição ao trauma apresenta-se como um importante indicador, sendo que em inúmeros casos, a exposição ao evento traumático pode ser contínua, repetitiva e cumulativa, de que é exemplo a violência doméstica, ou a exposição permanente a eventos com potencial traumático, por parte de profissionais de emergência pré-hospitalar. Ainda a considerar deverá estar o tipo de evento e a gravidade percebida do evento traumático (Jaycox & Foa, 1996).

Diferentes estudos, promoveram a análise dos diferentes fatores de risco ou proteção pré, peri e pós trauma. Foram identificados fatores de risco, prévios ao evento, como doença psiquiátrica, sexo, fatores genéticos e neuro-endócrinos, traços de personalidade, trauma vivido na infância ou nível educacional baixo. Quanto aos fatores peri traumáticos foram identificados a gravidade do stressor (severidade do trauma) ou a preparação para o evento. No pós evento, são de destacar a presença imediata de sintomas ou falta de suporte social (Shalev et al., 1996; Ozer et al., 2003).

Reveste-se então de primordial importância o conhecimento dos diferentes fatores de risco, nas diferentes fases do trauma (pré, peri e pós).

Os **fatores pré-traumáticos** apresentam-se com um vasto espectro de variáveis a considerar. Têm peso considerável nestes fatores, as características individuais, como os traços de personalidade e as anteriores experiências de vida, sobretudo o vivenciar de trauma na infância.

Desta forma, considerando a vasta literatura existente, importa considerar um conjunto de fatores de riscos, nomeadamente, a gravidade do evento, (e.g. maior risco de PSPT associada a agressão física ou sexual) (Roberts, Gilman, Breslau, Breslau & Koenen, 2011; Miron, Orcutt, Susan & Thompson, 2014); as características sócio-demográficas, (ser do sexo feminino, experienciar evento em idade jovem são fatores de risco) (Toline et al., 2006); a presença de exposição cumulativa a eventos críticos (Ozer et al., 2003; Di Gangi, Gomez & Mendoza, 2013); história de doença mental anterior ao evento (Di Gangi et al., 2013); respostas emocionais e biológicas agudas (van Zuiden et al., 2013); e baixa perceção de suporte social (Ozer et al., 2003).

A DSM 5 (2013) considera 3 grupos de fatores, no enquadramento do risco pré trauma

- Os fatores Temperamentais, onde se incluem problemas emocionais na infância até os 6 anos de idade e historial de perturbação mental anterior.

- Os fatores Ambientais, como baixo estatuto socioeconómico, baixos níveis de escolaridade, exposição anterior ao trauma (especialmente durante a infância), adversidades na infância, características culturais, pertencer a uma minoria étnica ou histórica de doença psiquiátrica na família.

- Os fatores Genéticos e Fisiológicos a considerar incluem, pertencer ao sexo feminino e, nos adultos, ter idade mais jovem no momento da exposição ao trauma.

Como **fatores de risco peri-traumáticos**, apresentam-se as respostas da pessoa, no momento em que vivencia o evento traumático, ou imediatamente após este ter ocorrido. Também nestas respostas são encontradas diferenças, entre reações imediatas e intensas e reações tardias, horas ou dias após o evento.

A descrição do DSM-5 (2013) refere que os fatores peri-traumáticos ambientais se referem à magnitude do evento, perceção de risco de vida, lesão ou ferimento e violência interpessoal. Ainda que controverso, alguns estudos referem a dissociação durante o trauma como fator de risco (Horta-Moreira et al., 2006; Youngner et al., 2012).

Relativamente às características sociodemográficas (Toline et al., 2006; Maia et al., 2006) como a idade mais jovem aquando do evento, sexo feminino e baixo nível socioeconómico apresentam-se como preditores de problemas futuros.

Já as respostas emocionais no momento do evento, pré-traumático, os estudos demonstram que o relatar de emoções negativas intensas durante e imediatamente após o evento constitui um fator preditor de PSPT (Ozer et al., 2003).

Também os sintomas de reação aguda de stresse, nomeadamente sintomas de ativação e dissociação, apresentam-se como preditores de PSPT (Brewin et al., 2000; Heron-Delaney et al., 2013).

Os fatores pós evento, e de acordo com a descrição DSM-5 (2013) podem ser compreendidos, sobretudo em dois componentes distintos. Um primeiro, temperamental, com avaliações negativas, estratégias de *coping* inapropriadas e o desenvolvimento da perturbação aguda de stresse (ASD) e um segundo sobretudo ambiental, onde as lembranças e os eventos relacionados com o trauma vivido apresentam um importante papel, assim como o apoio social percebido.

Alguns estudos referem que experiências de stresse pós evento podem servir de estímulo, ativando o trauma relacionado com o evento passado, tornando-se desta forma este estímulo desencadeador, um mediador/ativador sobre o efeito dos sinais e sintomas de PSPT do evento inicial (Boscarino et al., 2009).

O elemento chave no pós evento parece ser o ambiente, onde o Suporte Social se apresenta como determinante para a recuperação do evento vivido (Schnurr, Friedman, Sengupta, Jankowski & Holmes, 2004). Apresentam-se ainda outras variáveis como a emergência de sintomas e outras fontes de stresse na vida da pessoa (Brewin et al., 2000).

2.5 O Crescimento Pós-traumático

O experienciar de um evento traumático, acarreta muitas vezes um conjunto de respostas negativas, muitas vezes desconhecidas e desequilibrada para a pessoa. Acontece, porém, um outro fenômeno face a este tipo de eventos o designado de crescimento pós-traumático (CPT).

Apesar de recente, este conceito que pode ser definido como “uma mudança positiva que o indivíduo experimenta como resultado de um processo de luta que empreende a partir da vivência de um evento traumático” (Calhoun & Tedeschi, 1999, pp.11), tem aumentado a sua expressão na literatura atual.

Tem sido reconhecido pelos diferentes estudos, que a exposição a eventos traumáticos, nomeadamente, processos de luto, desastres naturais ou doenças, podem sentir mudanças positivas dessas experiências. Os dados sugerem pelo menos, algumas mudanças positivas decorrentes deste processo de enfrentamento, tendo a severidade do evento papel decisivo na existência ou não destas mudanças (Calhoun & Tedeschi, 2001; Tedeschi et al., 1995; Parikh et al., 2015).

Foi relatado por algumas vítimas de eventos traumáticos, que as mudanças forçadas desta experiência, eram agora vistas como positivas na sua vida (Tedeschi & Calhoun, 2004).

O CPT da pessoa está então compreendido como resultado da vivência do evento e das diferentes dimensões ambientais, como o impacto e o apoio social, e individuais, como traços de personalidade (Calhoun & Tedeschi, 2006; Adjeroh, McCanlies, Andrew, Burchfiel & Violanti, 2014).

Um outro estudo investigou a prevalência do crescimento pós-traumático em mulheres diagnosticadas com cancro de mama, tendo verificado que, apesar do cancro de mama apresentar uma fraca correlação com PSPT, o crescimento pós-traumático total foi mais elevado nas mulheres com cancro de mama, em comparação com mulheres sem doença oncológica (Caeiro, 2014). Resultados de outra investigação indicam que eventos traumáticos estão associados a um maior crescimento pós-traumático, especialmente entre pessoas que apresentam altos níveis de satisfação e suporte social (Adjeroh et al., 2014).

As características individuais e a percepção resultante da experiência subjetiva traumática do evento são o que mais influencia o desenvolvimento de CPT (Linley & Joseph, 2004). O evento é considerado como traumático apenas se altera a referida percepção e se interrompe o funcionamento dos mecanismos cognitivos que garantam a sua compreensão. Para reconstruir uma narrativa disruptiva, o indivíduo tem de encaixar no processamento cognitivo, que, por sua vez, precede o CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Foram identificadas três áreas *core* de resultados positivos, após o trauma, na literatura de CPT:

- Primeira, os indivíduos relatam que suas relações com outras pessoas são melhoradas, maior ligação com os outros e uma maior compaixão pelo sofrimento do outro.

- Em segundo lugar, uma mudança de perspectiva, uma maior consciência de novas possibilidades para a vida.

- Em terceiro lugar, mudanças na “filosofia de vida”, formulando ou reformulando opiniões sobre o que é importante na vida.

A descoberta destes benefícios, pós trauma, apresentou várias formulações e designações (Affleck e Tennen, 1996; Park, Cohen & Murch, 1996; Kangas, Williams & Smee, 2011) sendo tipicamente descrita como o sucesso com o qual os indivíduos lidam ou fortalecem a sua percepções de si, dos outros e o significado dos eventos, após uma experiência traumática.

Numa perspectiva teórica, pode referir-se que o CPT surge como resultado da adaptação bem-sucedida a um evento traumático e também como meio de lidar com o trauma (Tedeschi & Calhoun, 2000). Os mesmos autores referiam-se ao CPT como o somatório do resultado cognitivo, comportamental e emocional objetivo complexo que promove o desafio para lidar com a nova realidade. As conceptualizações sobre o mundo são reconstruídas como resultado da experiência traumática vivida (McGrath, 2011).

Foram definidos ao longo do tempo, alguns modelos que explicam o desenvolvimento de CPT, sendo os de maior destaque o Modelo Descritivo Funcional (Tedeschi e Calhoun, 2004), a Teoria da Valorização Organizacional (Joseph e Linley, 2005) e a Teoria Biopsicossocial-Evolutiva (Christopher, 2004).

Apesar de serem modelos diferentes, todos referem que vivenciar um evento altamente stressante ou traumático, quebra a perspectiva do mundo como o indivíduo o conhece. Consequentemente desenvolve um processo de criação de um novo significado, para o qual as pessoas estão intrinsecamente motivadas, que requiere uma adaptação do processo cognitivo-afetivo, cujo resultado é uma percepção de crescimento (McGrath, 2011).

Com base na análise fatorial do Inventário de Crescimento Pós-Traumático o crescimento pós-traumático pode ser medido em cinco dimensões, (Tedeschi & Calhoun; 1996). As dimensões são caracterizadas pelos seguintes constructos: (1) Maior valorização da vida e mudança de prioridades; (2) Relações mais próximas/calorosas com outros; (3) Maior sensação de força pessoal; (4) Desenvolvimento espiritual e (5) Novas possibilidades. Segundo os autores, estas cinco dimensões são relevantes para compreender o nível de crescimento pós-traumático.

Um crescente corpo de literatura tem afirmado os benefícios positivos percebidos do CPT e foram relatados como resultado de eventos de vida altamente desafiadores (Lindstrom et al., 2013; Tedeschi & Calhoun, 2004), incluindo, combate (Maguen, Cohen, Ren, Bosch, Kimerling & Seal, 2012), desastres naturais (Cryder, et al., 2006), acidentes rodoviários (Snape, 1997), agressão sexual (Frazier, Tix & Barron, 2004), luto (Calhoun & Tedeschi, 1990); e cancro (Stanton et al., 2006).

Importante também referir, a existência de relação entre o CPT e a qualidade de vida, e ainda o facto de alguns autores perceberem o CPT como um recurso psicossocial positivo semelhante ao apoio social ou à percepção do domínio sobre o impacto psicológico após um evento traumático (Taylor et al., 1983).

Contudo, alguns autores (Frazier et al., 2004), salientam a necessidade de pesquisas futuras poderem esclarecer a génese e o desenvolvimento do crescimento pós-traumático, e também, de estenderem os estudos de crescimento pós-traumático em contexto da saúde, englobando o paciente, a família e rede social.

A Qualidade de Vida, o Suporte Social e a PSPT apresentam-se como dimensões de importância central no impacto psicológico do evento traumático. Foi reconhecida a importância da Qualidade de Vida e do Suporte Social como variáveis protetoras ou de risco e conhecido de forma ampla o quadro nosológico da PSPT.

Conhecido o quadro conceptual importa levantar os diferentes objetivos e hipóteses deste estudo.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS E HIPÓTESES

O presente capítulo tem como propósito a apresentação e ilustração dos principais objetivos formulados para a realização deste trabalho. No ensejo dessa ilustração, são apresentadas as hipóteses formuladas, sustentadas na análise da literatura e no mais recente estado da arte sobre o tema em apreço, mas também considerando na sua essência a procura de novo conhecimento científico.

3.1 Objetivos

Na pesquisa teórica efetuada verificou-se que a investigação centrada em diferentes eventos críticos e no seu impacto, não tem sido alvo de uma atenção especial, sendo o mais frequente a focalização em eventos específicos.

Como já foi possível constatar, os eventos traumáticos, sobretudo o seu impacto, não se apresentam como incomuns, constituindo-se, muitas vezes, como um verdadeiro e importante problema de saúde pública (DGS, 2012).

As respostas ao evento traumático são conhecidas e frequentemente observados na pessoa após o evento. A maioria das pessoas apresenta reações imediatas, tidas sem caráter patológico, nas respostas pré e pós trauma. Na maioria das exposições aos eventos potencialmente traumáticos as pessoas têm uma resposta resiliente e com estratégias de *coping* que permitem, conjuntamente com o suporte social percebido, lidar com as consequências e os efeitos do evento potencialmente traumático. As dificuldades na adaptação ao evento tendem a surgir quando os recursos pessoais não são suficientes para a resposta ao impacto percebido do evento (Malta, Levitt, Martin, Davis & Cloitre, 2009).

Desta forma, torna-se crucial a compreensão da conjugação deste fenómeno que se quer perspetivar nesta dissertação como bidimensional; com uma primeira dimensão na persecução dos objetivos específicos que permitam um *screening* e *assessment* transversal ao trauma, centrado nas respostas e sintomas apresentados; e uma segunda dimensão centrada no impacto, tendo o evento como catalisador *per se*.

Relativamente ao impacto psicológico dos diferentes eventos traumáticos, a compreensão de possíveis diferenças entre os mesmos e entre estes e um grupo de controlo, terá pela primeira vez, do que se conhece da análise das publicações de estudos nacionais e internacionais, um enfoque específico, que se espera importante para o conhecimento do impacto causado por estes mesmos eventos. Desta forma o foco não será centrado nas características individuais da pessoa, mas sim nas diferenças existentes no impacto de diferentes eventos.

A necessidade de uma maior investigação relativa à importância de um mais eficiente e profundo conhecimento na caracterização da exposição a eventos críticos, morbidade e comorbidade a estes associada, é apresentada na literatura (Fjeldheim et al., 2014) por forma a que seja conhecido o seu potencial na vida da pessoa, mas também nas respostas de apoio pré, pré e pós trauma.

Percebendo da importância no conhecimento global na exposição aos eventos traumáticos, parece clara a necessidade de análise da sintomatologia verificada na exposição ao trauma, não só para a melhor percepção dos fenómenos associados ao trauma, mas também da própria funcionalidade da pessoa (Al-Krenawi, Graham & Kanat-Maymon, 2009).

A permanência da sintomatologia associada ao evento traumático desidrata, por vezes, no desenvolvimento de patologia apresentando-se a PSPT, como uma das mais prevalentes perturbações nestes contextos (Galea *et al.*, 2004).

A presente investigação centra o seu *focus* no impacto psicológico da exposição em diferentes eventos traumáticos, anteriormente mencionados, não tendo como propósito a “clássica” procura do papel dos determinantes individuais da pessoa mas tendo como objetivo geral, avaliar o impacto psicológico da exposição em diferentes incidentes críticos.

Assim, tendo por base as referências já descritas no estudo teórico, bem como no enquadramento supra realizado, foram formulados os seguintes objetivos:

(1) Caracterizar a exposição aos incidentes críticos e a prevalência da PSPT e comorbilidade associada;

(2) Investigar a relação entre a exposição a eventos traumáticos e sintomatologia associada;

(3) Identificar quais os preditores da PSPT, distresse e bem-estar psicológico;

(4) Investigar a existência de possíveis diferentes impactos na sintomatologia pós evento traumático, em função do tipo de evento.

Estes objetivos, por sua vez dão as hipóteses que apresentamos seguidamente.

3.2 Hipóteses

As hipóteses que pretendemos analisar e estudar assentam nos objetivos supracitados, sustentadas na revisão da literatura já referida e que deu lugar ao desenvolvimento dos objetivos preconizados. No que respeita às hipóteses, são apresentadas as seguintes:

H1. Níveis baixos na percepção de Suporte Social relacionam-se com maior sintomatologia de PSPT.

H2. Níveis baixos na percepção de Suporte Social relacionam-se com maior sintomatologia de depressão.

H3. Pessoas que experienciaram ferimentos, decorrentes do evento traumático, apresentam mais sintomatologia de PSPT.

H4. As vítimas de eventos traumáticos, que experienciaram outras situações traumáticas apresentam mais sintomatologia de PSPT.

H5. Existem diferenças entre os diferentes grupos em estudo e entre estes e o grupo de controlo no que à sintomatologia de PSPT diz respeito.

H6. Existem diferenças entre os diferentes grupos em estudo e entre estes e o grupo de controlo no que à sintomatologia de depressão diz respeito

H7. O grupo de vítimas de violência doméstica e vítimas de acidentes rodoviários apresentam mais sintomatologia de PSPT do que o grupo de doentes neoplásicos e desastres naturais.

H8. Existem diferenças entre os diferentes grupos em estudo e entre estes e o grupo de controlo no que à sintomatologia de psicopatologia diz respeito.

H 9. Níveis altos de crescimento pós-traumático estão relacionados com melhor perceção de qualidade de vida

H 10. Existem diferenças entre os diferentes grupos em estudo, e entre estes e o grupo de controlo, no que respeita ao crescimento pós trauma.

As hipóteses apresentadas pretendem então constituir-se de forma individual, permitindo uma capilaridade de análise na dimensão de resposta aos eventos, mas também de forma cumulativa na análise do impacto de cada um dos eventos.

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV. MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, de epidemiologia analítica, transversal, com uma única observação. O seu desenho promove a realização de uma análise correlacional multifatorial e inferencial com o propósito de verificar possíveis associações entre as variáveis e o sentido das relações.

4.1 Participantes

Este estudo foi realizado com 301 pessoas que se dividem em 5 grupos distintos, pessoas envolvidas em acidentes rodoviários, envolvidas em desastres naturais, vítimas de violência doméstica, doentes com neoplasia e um grupo de controlo. Todas as pessoas que participaram no estudo têm idade igual ou superior a 18 anos.

Quanto à distribuição por sexo, verifica-se uma percentagem de 63,1% (N= 190) de pessoas do sexo feminino e 36,9% (N=111) do sexo masculino. As idades dos participantes estão compreendidas entre os 18 e os 75 anos com uma média de 36,70 (DP=13,11).

No que respeita ao estado civil, constata-se que a maioria dos participantes é solteira 46,5% (n=140), sendo 33,2% (n=100) casados, 9,6% (n=29) em união de facto, 5,6% (n=17) divorciados, 3,7% (n=11) viúvos e 1,3% (n=4) separados.

Na sua maioria os sujeitos apresentam habilitações literárias elevadas, correspondendo mais de 50% do total, com o Ensino Secundário 23,6% (n=71) e 31,2% (n=94) licenciado. A percentagem de participantes com 1ª Ciclo foi de 17,3% (n=52), 2º Ciclo 8,3% (n=25), 3º Ciclo 8,3% (n=25), mestrado 11% (n=33) e Doutoramento com 0,3% (n=1).

Relativamente à situação profissional, mais de metade dos participantes no estudo estão empregados 53,5% (n=161), sendo 14,6% (n=44) Estudantes, 21,6% (n=65) desempregados e outros 10,3% (n=31).

Quanto à caracterização dos 5 grupos, nos quais se dividiram os 301 participantes do estudo, a sua distribuição é apresentada infra.

Tabela 7

Distribuição da amostra por grupo de estudo

Variável	N	Percentagem
Violência Doméstica	34	11,3
Desastre Natural	96	31,9
Acidente Rodoviário	72	23,9
Neoplasia	38	12,6
Controlos	61	20,3
Total	301	100,0

No que respeita à distribuição das variáveis sociodemográficas por grupo de estudo, podemos encontrar a distribuição de forma detalhada na tabela infra.

Tabela 8

Variáveis sociodemográficas por grupos de incidente crítico vivido

			AR	VD	Neop	DN	Controlos	
Sexo	Masculino	N	42	8	13	43	26	
		%	13,90%	2,65%	4,60%	14,28%	8,64%	
	Feminino	N	30	26	25	53	35	
		%	9,96%	8,63%	8,30%	17,60%	11,62%	
Ecivil	Solteiro	N	35	7	12	32	40	
		%	11,62%	2,32%	3,99%	10,63%	13,28%	
	Casado	N	23	12	22	49	16	
		%	7,64%	3,98%	7,30%	16,28%	5,31%	
	União de facto	N	5	2	2	5	5	
		%	1,66%	0,66%	0,66%	1,66%	1,66%	
	Separado	N	4	6	0	2	0	
		%	1,32%	1,99%	0,00%	0,66%	0,00%	
	Divorciado	N	3	7	2	6	0	
		%	0,99%	2,32%	0,66%	1,99%	0,00%	
	Viúvo	N	2	0	0	2	0	
		%	0,66%	0,00%	0,00%	0,66%	0,00%	
	Filhos	Sim	N	21	9	15	61	19
			%	6,97%	2,99%	4,98%	20,26%	6,31%
Não		N	51	25	23	35	42	
		%	16,94%	8,30%	7,64%	11,62%	13,95%	
Educação	1º Ciclo	N	2	3	5	42	0	
		%	0,66%	0,99%	1,66%	13,95%	0,00%	
	2º Ciclo	N	2	2	2	19	0	
		%	0,66%	0,66%	0,66%	6,31%	0,00%	
	3º Ciclo	N	10	5	0	3	7	
		%	3,32%	1,66%	0,00%	0,99%	2,32%	
	Secundário	N	29	9	10	8	15	
		%	9,63%	2,99%	3,32%	2,65%	4,98%	
	Licenciatura	N	16	8	18	21	31	
		%	5,31%	2,65%	5,98%	6,97%	10,30%	
	Mestrado	N	12	7	3	3	8	
		%	3,99%	2,32%	0,99%	0,99%	2,65%	
	Doutoramento	N	1	0	0	0	0	
		%	0,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Profissão	Estudante	N	16	4	2	8	14	
		%	5,31%	1,32%	0,66%	2,65%	4,65%	
	Empregado	N	34	22	25	53	27	
		%	11,30%	7,30%	8,30%	17,60%	8,97%	
	Desempregado	N	13	5	8	31	8	
		%	4,30%	1,66%	2,66%	10,30%	2,66%	
	Outro	N	9	3	3	4	12	
		%	2,99%	0,99%	0,99%	1,32%	3,98%	
Lesão física	Sim	N	25	3	15	15	0	
		%	8,30%	0,99%	4,98%	4,98%	0,00%	
	Não	N	47	31	23	81	61	
		%	15,60%	10,30%	7,64%	26,90%	20,26%	
Idade	M	33,08	41,85	40,24	42,95	28,79		
	N	72	34	38	96	61		
	DP	11,068	13,055	11,926	12,952	8,009		

Nota: AR - Acidente Rodoviário; VD - Violência Doméstica; Neop - Neoplasia; DN - Desastre Natural.

Todas as amostras apresentam uma frequência superior a 30 participantes, sendo a frequência mais representada a amostra com vítimas de Desastres Naturais (n=96) e as vítimas de Violência Doméstica a com menor representação no estudo (n=34).

4.2 Instrumentos

4.2.1 Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* - BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; versão validada para a população portuguesa por Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) é um instrumento que pretende medir a severidade dos sintomas depressivos; inclui seis dimensões da sintomatologia: afetiva, cognitiva, motivacional, delirante, física e funcional.

Este instrumento contém 21 itens. A escala de resposta varia consoante o item, uma vez que inclui frases que representam uma severidade progressiva da sintomatologia (e.g., “Atualmente não choro mais do que o costume”, “Choro mais do que costumava”, “Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo”, “Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade”); 12 itens contêm uma escala de 4 pontos, oito itens contêm uma escala de 5 pontos, e um item contém uma escala de 6 pontos.

Esta escala demonstrou ter uma consistência interna aceitável para a população portuguesa ($\alpha = 0,73$) (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

4.2.2 Lista de Acontecimentos de Vida

A Lista de Acontecimentos de Vida (*Life Events Checklist* - LAV) é uma *checklist* pertencente à entrevista *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Gusman, Charney et al., 1995), utilizada para avaliar a Síndrome Pós-Stresse Traumático. A LAV é composta por 17 itens, representantes de acontecimentos (e.g. incêndios, acidentes, violência, morte, entre outros); o indivíduo deve indicar, numa escala de 4 pontos (“*não se aplica*”, “*soube que aconteceu*”, “*vi acontecer*”, e “*aconteceu-me*”), quanto cada acontecimento se aplica à sua situação. Considera-se que, quanto maior a pontuação obtida pelo indivíduo, maior a exposição a acontecimentos de vida adversos.

Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Maia e Fernandes (2000); as autoras referem a boa validade temporal e convergente da LAV.

4.2.3 Impact of Events Scale - Revised

A *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) foi validada para Portugal (Matos et al., 2011) e tem por objetivo medir o sofrimento subjetivo num acontecimento de vida específico. A escala contempla três dimensões: Intrusão, Evitamento e Hipervigilância.

É composta por 22 itens, sendo que o formato de resposta se constitui numa escala de Likert de 5 pontos, de 1 a 5, sendo que 1 significa “nada”, 2 “um pouco”, 3 “moderadamente”,

4 “Muito” e 5 “Bastante”. A Versão original da escala apresentou alfas de *Cronbach*, em todas as subescalas sempre superiores a 0,79, o que expressa uma boa consistência interna (Matos et al., 2011).

4.2.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory - BSI; Derogatis, 1982; versão validada para a população portuguesa por Canavarro, 1999) tem como objetivo a avaliação de sintomatologia psicopatológica, contendo, para isso, 49 itens distribuídos por nove dimensões: Somatização (7 itens), Obsessões-Compulsões (6 itens), Sensibilidade Interpessoal (4 itens), Depressão (6 itens), Ansiedade (6 itens), Hostilidade (5 itens), Ansiedade Fóbica (5 itens), Ideação Paranoide (5 itens), e Psicoticismo (5 itens). A escala contém ainda 4 itens que, não correspondendo a nenhuma das dimensões acima descritas, devem fazer parte da pontuação dos índices globais (o Índice Geral de Sintomas - IGS; o Total de Sintomas Positivos - TSP, e o Índice de Sintomas Positivos - ISP); assim, a escala engloba, no total, 53 itens. A escala de resposta varia de 0 (“Nunca”) a 4 (“Muitíssimas vezes”).

Relativamente à cotação, esta varia em função do Índice que se pretende obter. O Índice Geral de Sintomas resulta da média das respostas; no caso de existirem respostas em branco, devem ser excluídas da contabilização. O Total de Sintomas Positivos é calculado através da soma dos itens em que a resposta é maior do que zero. Por fim, o Índice de Sintomas Positivos obtém-se através da divisão de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos.

A validação para a população portuguesa demonstrou ter uma boa consistência interna nas nove dimensões (sendo que os valores do alfa de *Cronbach* variam entre 0,62 e 0,80), e também uma boa estabilidade temporal (os valores de *r* de *Pearson* variam entre 0,63 e 0,81) (Canavarro, 1999).

4.2.5 Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

O Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (*Posttraumatic Growth Inventory* - PTGI, Tedeschi & L. Calhoun, 1996; versão validada para a população portuguesa por Silva & Canavarro, 2007) pretende medir as mudanças percebidas pelo indivíduo na sua vida, provocadas por acontecimentos críticos de vida.

É constituída por 21 itens, numa escala tipo *Likert* de 6 pontos, que varia entre 0 (“Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença”) a 5 (“Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença”); valores mais altos indicam um maior desenvolvimento pós-traumático.

A análise à versão portuguesa revelou, para além de um fator geral (que consiste no somatório das pontuações de todos os itens), a existência de quatro dimensões: Perceção de recursos e competências pessoais (constituída por 6 itens), Novas possibilidades e valorização

da vida (6 itens), Fortalecimento das relações interpessoais (6 itens), e Desenvolvimento espiritual (3 itens).

Esta escala revelou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,90$); demonstrou ainda uma estabilidade temporal aceitável ($r = 0,71$) (Silva & Canavarro, 2007).

4.2.6 Escala de Satisfação com o Suporte Social

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999) pretende medir a satisfação do indivíduo com o suporte social que recebe. É composta por 15 frases, que o indivíduo deve avaliar numa escala de concordância de 5 pontos, variando entre “Discordo totalmente” e “Concordo totalmente”. Inclui nove itens invertidos.

Os itens agrupam-se em quatro dimensões: Satisfação com amigos (SA), Intimidade (IN), Satisfação com a família (SF) e Atividades sociais (AS).

A cotação pode ser feita para a escala geral, através da soma de todos os itens, ou analisando a pontuação do indivíduo nas dimensões específicas, somando apenas os itens referentes à mesma.

A ESSS demonstrou uma boa consistência interna, quer relativamente ao fator geral ($\alpha = 0,85$), quer relativamente a cada uma das dimensões (SA: $\alpha = 0,83$; IN: $\alpha = 0,74$; SF: $\alpha = 0,74$; AS: $\alpha = 0,64$) (Ribeiro, 1999).

4.2.7 Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

O Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization Quality of Life - Bref - WHOQOL-BREF; World Health Organization Quality of Life Group, 1994; versão adaptada para Portugal por Canavarro et al., 2006) é um instrumento que avalia a qualidade de vida percebida pelo indivíduo; é composto, no total, por 26 itens, 24 dos quais estão agregados em quatro dimensões (Domínio Físico, Domínio Psicológico, Relações Sociais, Ambiente), em que é pedido ao indivíduo que avalie, numa escala de 1 a 5, em que medida ou com que frequência sentiu o que os itens descrevem, e a sua satisfação com aspetos específicos da sua vida.

A WHOQOL-BREF inclui ainda uma Faceta Geral de Qualidade de Vida; esta última é composta por dois itens gerais de avaliação da satisfação com a qualidade de vida e com a saúde do indivíduo, medidas numa escala de 1 (“Muito má” / “Muito insatisfeito”) a 5 (“Muito boa” / “Muito satisfeito”).

A versão adaptada da WHOQOL-BREF tem uma boa consistência interna geral ($\alpha = 0,92$), assim como os seus quatro fatores (Domínio Físico: $\alpha = 0,87$; Domínio Psicológico: $\alpha = 0,84$), Relações Sociais: $\alpha = 0,64$; Ambiente: $\alpha = 0,78$) (Canavarro et al., 2006).

4.3 Procedimento

A realização do presente estudo foi iniciada considerando um conjunto de diferentes etapas que permitissem a recolha das amostras dos diferentes grupos em análise.

Dada a especificidade dos grupos em estudo, foram contactados técnicos que poderiam apoiar na recolha da amostra. Existindo disponibilidade e autorização por parte das suas instituições, foram explicados o procedimento e os principais cuidados éticos na recolha desta amostra.

A preocupação central, prendeu-se com a garantia de disponibilidade de apoio técnico e emocional durante e após o preenchimento.

O primeiro passo, operacional, visou o levantamento do contacto das vítimas dos eventos traumáticos que se pretendeu estudar. Dada a diversidade de eventos para análise foram contactados diferentes meios para a recolha, que se passará a descrever por grupo de estudo.

O protocolo de avaliação foi constituído por um questionário de autopreenchimento, que teve como principal preocupação no procedimento de recolha das amostras, as questões éticas. Para além do consentimento informado, foi garantida a total confidencialidade em todos os momentos da recolha e análise dos dados, sem ser solicitada nenhuma referência que pudesse de alguma forma identificar alguma pessoa nas amostras recolhidas.

Após o preenchimento e de forma imediata, cada questionário foi colocado num envelope e selado, sendo apenas aberto pelo investigador para a análise dos mesmos.

Foi referido que, em qualquer momento, os participantes do estudo poderiam abandonar o preenchimento do mesmo. Em termos genericos e adequando às especificidades de cada grupo, o procedimento seguiu como etapas, o pedido de colaboração às diferentes entidades; a aprovação da Comissão de Ética, sempre que enquadrável; o consentimento informado; a entrevista individual e preenchimento do protocolo de avaliação; a promoção da estabilização emocional e follow-up caso necessário, cumprindo as normas éticas preconizadas para a investigação em Psicologia e em Saúde.

O facto de existirem diferentes grupos em estudo, requereu diferentes abordagens para que fosse possível o contacto com os mesmos, para que pudesse ser aplicado o protocolo de avaliação.

Desastres Naturais

Para este grupo foram realizados contactos com vítimas referenciadas nos Bombeiros de Portalegre, tendo sido as vítimas contactadas, telefonicamente, diretamente pelo investigador.

Ainda para a recolha de amostra neste grupo, foram contactadas as Direções dos Serviços Sociais da Região Autónoma da Madeira e dos Açores e as respetivas Proteções Civis Regionais. Foram enviados os questionários e explicado aos técnicos de apoio social que têm as vítimas de Desastres Naturais sinalizadas, qual o procedimento a utilizar em todos os momentos

de aplicação. A opção por pessoas já sinalizadas visou mitigar a recolha com participantes que experienciaram impactos diferentes de um mesmo evento.

Violência Doméstica

A recolha deste grupo foi realizada através do contacto à GNR de Portalegre (NIAV), e à APAV, tendo sido explicado e utilizado o mesmo procedimento aos técnicos para a aplicação do protocolo.

Acidentes Rodoviários

Esta recolha foi realizada com a informação recolhida no âmbito da Proteção Civil, a vítimas de acidentes rodoviários graves, assinaladas pela magnitude dos mesmos e que fossem enquadráveis numa das seguintes definições:

- Acidente com vítimas: Acidente do qual resulte pelo menos uma vítima;
- Acidente mortal: Acidente do qual resulte pelo menos um morto;
- Acidente com feridos graves: Acidente do qual resulte pelo menos um ferido grave, não tendo ocorrido qualquer morte (ANSR, 2016).

O procedimento de recolha foi realizado pelo investigador e idêntico ao explicado nos grupos anteriores. Apesar de a recolha ter uma amplitude nacional, o foco foi sobretudo no distrito de Portalegre.

Neoplasia

Os dados sobre as vítimas de neoplasia, foram recolhidos, em contacto direto por parte do investigador e com o apoio do Hospital Dr. José Maria Grande (Portalegre). A amostra recolhida foi de pessoas que tiveram uma neoplasia, mas que, no momento do estudo não apresentavam patologia, continuando o seu acompanhamento clínico periódico a acontecer.

A recolha da amostra ocorreu durante as consultas médicas de acompanhamento/monitorização da doença.

Controlo

A amostra para grupo de controlo foi recolhida por conveniência. O investigador identificou pessoas que cumprissem os critérios de resposta ao estudo tendo realizado pessoalmente a recolha, mantendo sempre o protocolo de estudo.

Antes do início da aplicação das medidas, foi explicado aos participantes o objetivo de estudo e que iriam ser colocadas algumas questões relativas à vivência do evento que experienciaram, sendo questionado após esta explicação e uma vez mais, da sua disponibilidade em participar. No que diz respeito à aplicação das medidas, e em todos os grupos, em primeiro lugar obteve-se o consentimento informado dos participantes, seguido da recolha dos dados Sociodemográficos, sendo seguido pela aplicação, da Lista de Acontecimentos de Vida, da *Impact of Event Scale - Revised*, do Inventário de Sintomas Psicopatológicos do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático, pelo *Beck Depression Inventory* e por fim pelo inventário *WHO Quality of Life-BREF*.

O protocolo de investigação, assim como todos os questionários contemplavam a descrição de consentimento informado, a ser rubricado pelo participante, sendo que o

preenchimento dos questionários, decorreu no período de 15 de fevereiro a 15 de julho de 2015.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

A análise estatística foi conduzida no SPSS v.21 para MacOS. Esta análise foi realizada em várias etapas distintas, de acordo com os objetivos e hipóteses em estudo. Tendo em conta a dimensão da amostra, inicialmente foi realizada uma análise descritiva às variáveis em estudo para descrever os valores médios, variabilidade, distribuição e intervalos de confiança 95%. Seguidamente foram testadas as hipóteses pela utilização de estatística de inferência através de diferentes testes estatísticos, utilizados em função de cada objetivo/hipótese, tal como descrito posteriormente em cada análise. De acordo com Teorema do Limite Central, optou-se pela realização de testes paramétricos. As análises correlacionais foram testadas pelo índice de correlação de *Pearson* e Análises de Regressão Linear Múltipla, enquanto as análises comparativas foram efetuadas com recurso a Análises de Variância (ANOVA), e por ANCOVA e MANCOVA para controlar o efeito de covariáveis no teste de uma variável dependente ou de um compósito de variáveis dependentes, respetivamente.

As hipóteses referentes a associações entre variáveis foram testadas com utilização de correlações bivariadas seguidas por análises de regressão para permitir uma interpretação dos efeitos das variáveis independentes na variável dependente, as hipóteses descrevendo comparações entre grupos foram testadas por testes de diferenças de médias.

As diferenças de médias assinaladas como significativas foram exploradas por meio de comparações múltiplas para identificar as diferenças em fatores com mais que duas categorias. Esta análise estatística foi ainda complementada com representações gráficas para cada um dos procedimentos adotados. O nível de significância utilizado nos testes de inferência estatística foi de 0,05.

5.1 Estatística descritiva das variáveis em estudo

A estatística descritiva calculada para descrever as variáveis em estudo baseou-se no cálculo das medidas de tendência central, dispersão, distribuição e limites de confiança para as variáveis em estudo.

Tabela 9

Estatística descritiva

	M	Med	DP	Assim.	Curt.	P10	P90	IC95%LI	IC95%LS
SA(ESSS)	19,04	20	4,68	-0,93	0,56	13	24	18,59	19,67
Int(ESSS)	15,89	15	23,68	16,67	285,45	10	20	14,11	15,01
SF(ESSS)	11,78	12	3,16	-1,01	0,27	7	15	11,39	12,12
AS(ESSS)	9,27	9	3,22	-0,01	-0,66	5	14	8,82	9,58
D1(QOL)	61,65	60,71	12,88	-0,46	0,36	42,86	78,57	60,68	63,59
D2(QOL)	55,42	54,17	10,42	-0,4	0,63	44,58	66,67	54,19	56,64
D3(QOL)	67,49	75	20,93	-0,71	0,63	41,67	91,67	65,58	70,39
D4(QOL)	63,32	65,63	15,74	-0,26	0,61	43,75	84,38	61,72	65,42
Som(BSI)	1,74	1,57	0,74	1,21	1,29	1	2,71	1,67	1,83
OC(BSI)	2,06	2	0,75	0,56	-0,21	1,17	3	1,97	2,14
Sens(BSI)	1,84	1,75	0,74	0,99	1,24	1	2,75	1,74	1,91
Dep(BSI)	2	1,83	0,84	0,93	0,59	1	3,15	1,89	2,09
Ans(BSI)	1,9	1,67	0,74	0,97	0,62	1,17	2,97	1,81	1,98
Hos(BSI)	1,87	1,6	0,73	1,03	0,6	1,04	3	1,79	1,95
AF(BSI)	1,54	1,2	0,78	2,71	11,58	1	2,58	1,45	1,62
IP(BSI)	2,14	2	0,79	0,62	-0,01	1	3,36	2,05	2,23
Psi(BSI)	1,64	1,4	0,66	1,13	0,99	1	2,6	1,57	1,72
Dep(BDI)	29,84	26	9,88	1,9	5,17	21	44	28,72	30,96
Evi(IES-R)	2,44	2,38	0,9	0,43	0,43	1,15	3,63	2,33	2,54
Int(IES-R)	2,66	2,63	1,08	0,29	-0,91	1,25	4,13	2,53	2,78
HA(IES-R)	2,46	2,5	1,02	0,35	-0,86	1,17	3,83	2,34	2,57
IES_T	7,56	7,63	2,71	0,17	-0,86	3,88	11,03	7,25	7,87

Nota: SA - Satisfação com os Amigos; Int - Intimidade; SF - Satisfação com a Família; AS - Atividades Sociais; D1 - Domínio Saúde Física; D2 - Domínio Saúde Psicológica; D3 - Domínio Relações Sociais; D4 - Domínio Ambiente; Som - Somatização; OC - Obsessivo-Compulsivo; Sens - Sensibilidade Interpessoal; Dep - Depressão; Ans - Ansiedade; Hos - Hostilidade; AF - Ansiedade Fóbica; IP - Ideação Paranoide; Psi - Psicoticismo; Evi - Evitamento; Int - Intrusão; HA - Hipervigilância; IES_T - Pontuação total.

5.2 Testes das hipóteses

Antes do início do teste das hipóteses, importa referir que os níveis de consistência interna para as provas utilizadas foram já apresentados na descrição dos instrumentos e que, sendo o N deste estudo superior a 300, de acordo com a Teoria do Limite Central (TLC), ajusta-se à distribuição normal.

Para testar a primeira hipótese em estudo “Níveis baixos na perceção de Suporte Social relacionam-se com maior sintomatologia de PSPT”, foi realizada em primeiro lugar uma análise correlacional bivariada pelo coeficiente r de *Pearson* entre as dimensões da ESSS e da IES-R. Os resultados obtidos permitiram observar correlações estatisticamente significativas entre as variáveis relativas ao suporte social com os sintomas de PSPT, nomeadamente, as dimensões Satisfação com os Amigos e Atividades Sociais correlacionaram-se de forma significativa e negativa com todas as dimensões da escala IES-R, com correlações que variaram de fracas a moderadas ($r = 0,11$; $p = 0,049$; até $r = 0,27$; $p < 0,001$). Estas correlações encontram-se descritas na Tabela 6.

Tabela 10

Associações entre suporte social e sintomatologia PSPT

	SA	Int	SF	AS	Evi	Int	HA	IES_T
SA(ESSS)	1	-0,072	,459**	,484**	-,113*	-,276**	-,297**	-,258**
Int(ESSS)		1	-0,113	0,092	-0,097	0,071	0,045	0,013
SF(ESSS)			1	,116*	-0,09	-,144*	-,162**	-,148*
AS(ESSS)				1	-,205**	-,258**	-,258**	-,268**
Evi(IES-R)					1	,596**	,656**	,815**
Int(IES-R)						1	,903**	,935**
HA(IES-R)							1	,952**
IES_T								1

Nota: SA - Satisfação com os Amigos; Int - Intimidade; SF - Satisfação com a Família; AS - Atividades Sociais; D1 - Domínio Saúde Física; D2 - Domínio Saúde Psicológica; D3 - Domínio Relações Sociais; D4 - Domínio Ambiente; Som - Somatização; OC - Obsessivo-Compulsivo; Sens - Sensibilidade Interpessoal; Dep - Depressão; Ans - Ansiedade; Hos - Hostilidade; AF - Ansiedade Fóbica; IP - Ideação Paranoide; Psi - Psicoticismo; Evi - Evitamento; Int - Intrusão; HA - Hipervigilância; IES_T - Pontuação total.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Hipótese 1: Preditores relacionados com o suporte social no total de sintomas PSPT.

Para analisar os melhores preditores relacionados com suporte social na sintomatologia PSPT, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, considerando a variável

relacionada com a sintomatologia PSPT (total IES) como variável dependente e as variáveis resultantes da ESSS como variáveis independentes nesta análise. A extração das variáveis foi realizada pelo método *Stepwise* que identificou 2 variáveis preditoras estatisticamente significativas ($F(2, 299) = 15,814$; $p < 0,001$). Estas variáveis explicaram 9% da variância da variável dependente, sendo o efeito da variável Atividades Sociais ($B = -0,20$; $t(299) = -3,111$; $p = 0,002$) superior ao efeito da variável Satisfação com os Amigos ($B = -0,16$; $t(299) = -2,591$; $p = 0,010$), ambas no sentido indireto o que sugere que maiores índices de sintomatologia PSPT está associada a menores níveis de percepção de suporte social através das atividades sociais e satisfação com os amigos.

Hipótese 2: Associações entre suporte social e sintomatologia depressiva.

Foi realizada uma análise semelhante para analisar as associações entre as variáveis relacionadas com o suporte social com os sintomas depressivos, quando avaliados pela BDI. Todas as dimensões da ESSS se relacionaram com o score total da BDI, à exceção da dimensão Intimidade da ESSS ($p > 0,05$). A associação entre o total da BDI com a satisfação com a família obteve o valor mais elevado ($r = -0,40$; $p < 0,001$), seguida pela variável atividades sociais ($r = 0,29$; $p < 0,001$) e a satisfação com a família ($r = 0,27$; $p < 0,001$).

Tabela 11

Associações entre suporte social e sintomatologia depressiva

	(ESSS)	Int(ESSS)	SF(ESSS)	AS(ESSS)	BDI_T
SA(ESSS)	1	-0,072	,459**	,484**	-,272**
Int(ESSS)		1	-0,113	0,092	0,054
SF(ESSS)			1	,116*	-,404**
AS(ESSS)				1	-,287**
BDI_T					1

Nota: SA - Satisfação com os Amigos; Int - Intimidade; SF - Satisfação com a Família; AS - Atividades Sociais; D1 - Domínio Saúde Física; D2 - Domínio Saúde Psicológica; D3 - Domínio Relações Sociais; D4 - Domínio Ambiente; Som - Somatização; OC - Obsessivo-Compulsivo; Sens - Sensibilidade Interpessoal; Dep - Depressão; Ans - Ansiedade; Hos - Hostilidade; AF - Ansiedade Fóbica; IP - Ideação Paranoide; Psi - Psicoticismo; Evi - Evitamento; Int - Intrusão; HA - Hipervigilância; BDI_T - Pontuação total.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

O objetivo desta análise foi a identificação dos melhores preditores de sintomatologia depressiva. Os preditores que foram incluídos na análise foram referentes à Escala de Satisfação com Suporte Social. A análise consistiu numa análise de regressão linear múltipla pelo método *Stepwise*. Foram identificadas 2 variáveis preditoras de sintomas depressivos: a dimensão Atividades Sociais e a dimensão Satisfação com a Família da ESSS, modelo que foi considerado como estatisticamente significativo ($F(2, 299) = 42,748$; $p < 0,001$). A variável com um efeito

preditor superior foi a dimensão ESSI relacionada com a satisfação com a família ($B = -0,37$; $t(299) = -7,159$; $p < 0,001$). O efeito da dimensão atividades sociais foi inferior mas ainda estatisticamente significativo ($B = -0,25$; $t(299) = -4,932$; $p < 0,001$). O modelo constituído por estes dois preditores explicou 22% da variância da sintomatologia depressiva ($R^2 = 0,218$). Ambos estes resultados relacionados com a medida de efeito estandardizado revelou um efeito indireto destas variáveis na variável dependente, o que traduz que maior sintomatologia depressiva está associada a uma perceção inferior de suporte social quando avaliado pelas, satisfação com a família e atividades sociais.

Hipótese 3: Comparações entre grupos de pessoas que experienciaram ferimentos, decorrentes do evento traumático, na sintomatologia PSPT.

Para avaliar se existem diferenças entre grupos de indivíduos que experienciaram ferimentos decorrentes do evento traumático nos sintomas relacionados com PSPT, foi aplicado um teste de diferenças de inferência estatística. Tendo em consideração os efeitos observados das variáveis satisfação com os amigos e atividades sociais a este nível de sintomas, optou-se por realizar uma análise multivariada de covariâncias (MANCOVA) que permite estudar diferenças entre grupos de uma variável independente num compósito de variáveis dependentes, controlando os efeitos de covariáveis no modelo em análise. Deste modo, a variável independente foi a condição que avaliava se os indivíduos tinham ou não (2 níveis: sim e não) experienciado ferimentos decorrentes do evento, enquanto como variáveis dependentes foram incluídas as dimensões da escala IES (Evitamento, Intrusão e Hipervigilância).

Esta análise mostrou um efeito multivariado estatisticamente significativo da Variável independente no compósito de variáveis dependentes relacionadas com a sintomatologia PSPT, mesmo controlando os efeitos das duas covariáveis de suporte social ($F(3, 293) = 2,851$; $\lambda = 0,972$; $\epsilon^2_p = 0,028$; $p = 0,038$). Este efeito foi decomposto através dos testes univariados que demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em análise para a Variável Dependente Intrusão ($F(1, 299) = 8,180$; $\epsilon^2_p = 0,027$; $p = 0,005$) e para Hipervigilância ($F(1, 299) = 5,157$; $\epsilon^2_p = 0,017$; $p = 0,024$), não se observando diferenças para a Variável Dependente Evitamento ($p > 0,05$). Através das estatísticas descritivas pela comparação de médias observou-se nas variáveis Intrusão e Hipervigilância apresentam índices superiores para o grupo de indivíduos que experienciou ferimentos decorrentes do evento traumático (Figura 3).

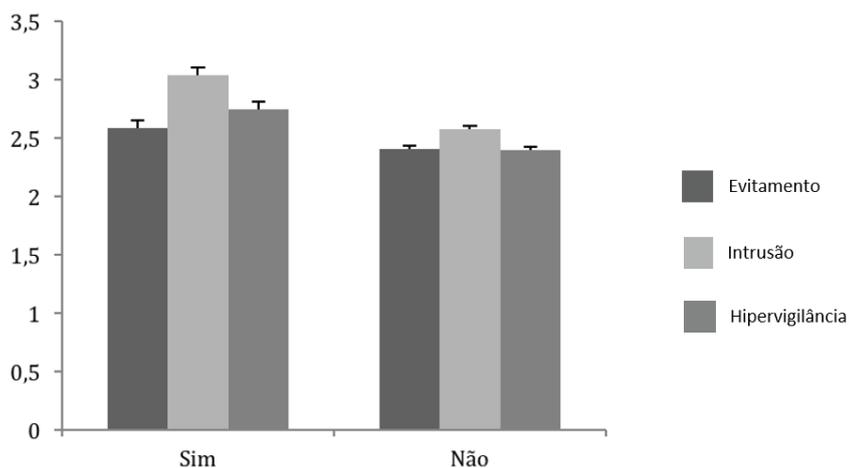


Figura 3. Comparações pelas médias das dimensões da IES-R entre categorias de indivíduos que experienciaram e que não experienciaram ferimentos do evento traumático

Hipótese 4: Associações entre experiência de outras situações traumáticas e sintomatologia relacionada com PSPT.

Para avaliar o nível de relação entre a experiência de outras situações traumáticas e a sintomatologia relacionada com a PSPT, foi realizada uma análise correlacional bivariada através do *r* de *Pearson* entre a pontuação total da escala LAV relacionada com a experiência de acontecimento traumático e a sintomatologia PSPT pelas dimensões da escala IES. Os resultados obtidos através desta análise não permitiram identificar correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da escala IES com o total da escala LAV ($p > 0,05$). Tendo em conta que não foram encontradas correlações estatisticamente significativas, optou-se por não se realizar a análise de regressão linear a estas variáveis.

Hipótese 5: Comparações entre os diferentes tipos de eventos traumáticos no que respeita à sintomatologia de PSPT.

Esta comparação foi levada a cabo pela mesma análise conduzida no ponto anterior. Foram controlados os potenciais efeitos das covariáveis (atividades sociais e satisfação com os amigos) na sintomatologia PSPT através de uma MANCOVA. As variáveis dependentes em análise consistiram no compósito referente às dimensões da escala IES-R, enquanto a variável independente foi a variável que definia os diferentes grupos de evento traumático, com 5 níveis (Violência doméstica Vs. Desastre natural Vs. Acidente rodoviário Vs. Neoplasia Vs. Controlos). Esta análise permitiu verificar um efeito multivariado estatisticamente significativo ($F(3, 291) = 5,357$; $\lambda = 0,809$; $\epsilon^2_p = 0,068$; $p < 0,001$).

Os testes univariados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos para todas as variáveis dependentes em análise, nomeadamente para o Evitamento ($F(4, 299) = 4,351$; $\epsilon^2_p = 0,056$; $p = 0,002$), Intrusão ($F(4, 299) = 3,845$; $\epsilon^2_p = 0,050$; $p = 0,005$), e

Hipervigilância ($F(4, 299) = 6,103$; $\epsilon^2_p = 0,077$; $p < 0,001$). Através das comparações múltiplas de médias com correção Bonferroni, observou-se que na dimensão Evitamento, os valores de evitamento são inferiores para as Neoplasia ($M = 2,13$; $DP = 0,68$) quando comparados com Desastre natural ($M = 2,65$; $DP = 0,85$) e Violência doméstica ($M = 2,91$; $DP = 0,82$). Quanto à dimensão Intrusão, verificou-se que os controlos apresentam valores inferiores de intrusão ($M = 2,17$; $DP = 0,94$) quando comparados com vítimas de Acidentes rodoviários ($M = 2,69$; $DP = 1,19$) e Desastre natural ($M = 2,90$; $DP = 1,02$). Para a dimensão Hipervigilância, observou-se que os controlos apresentaram valores de Hipervigilância inferiores ($M = 2,06$; $DP = 0,96$) em comparação com as vítimas de Acidente rodoviário ($M = 2,57$; $DP = 1,15$) e de Desastre natural ($M = 2,73$; $DP = 0,90$). A Figura 4 ilustra estas comparações.

Os dados apresentados respondem também à Hipótese 6. A Figura 4 ilustra estas comparações.

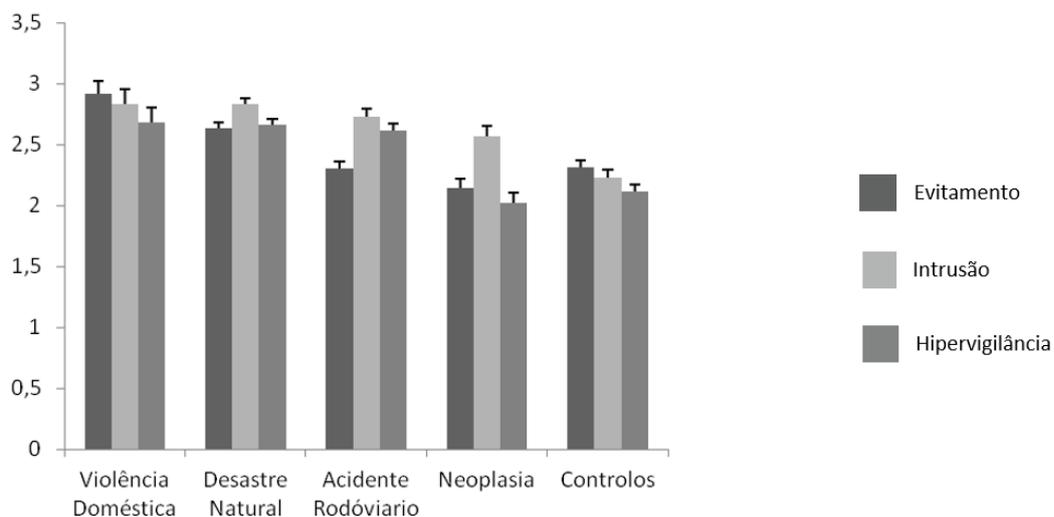


Figura 4. Comparações pelas médias das dimensões da IES-R entre categorias de eventos traumáticos.

Hipótese 7: Comparações entre os diferentes tipos de eventos traumáticos no que respeita à sintomatologia de depressão.

Esta análise foi realizada tendo em conta o efeito das variáveis relacionadas com o suporte social na sintomatologia depressiva. Deste modo, foi realizada uma análise comparativa controlando potenciais efeitos das variáveis atividades sociais e satisfação com a família da ESSS. Foi realizada uma análise de covariâncias (ANCOVA) para uma variável dependente, a depressão avaliada pela pontuação total da escala BDI, e uma variável independente que diz respeito à categoria de evento traumático, tal como na análise anterior.

Os resultados obtidos através da ANCOVA mostraram um efeito estatisticamente significativo da variável independente na sintomatologia depressiva ($F(4, 299) = 4,286$; $\epsilon^2_p = 0,055$; $p = 0,002$) com controlo dos potenciais efeitos das covariáveis. Pelas comparações múltiplas de médias constatou-se que os valores de depressão evidenciados pelas vítimas de Desastres naturais ($M = 31,51$; $DP = 10,37$), única comparação que foi significativa (Desastres

naturais vs. Controlos), são superiores aos valores evidenciados pelos controlos ($M = 27,04$; $DP = 6,44$), tal como se pode observar na Figura 5.

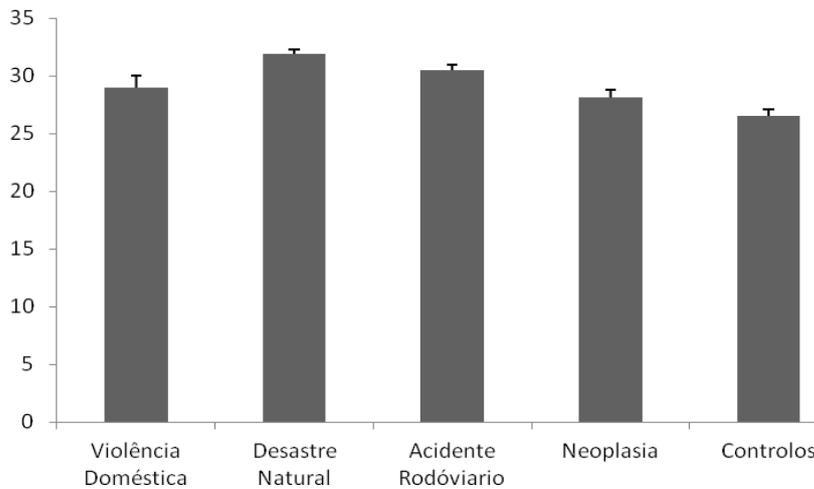


Figura 5. Comparações pelas médias da sintomatologia depressiva entre categorias de eventos traumáticos

Hipótese 8: Comparações entre os diferentes tipos de eventos traumáticos no que respeita à sintomatologia de psicopatologia.

Esta comparação foi realizada mediante uma Análise de Variâncias Multivariada (MANOVA), em que foram adicionadas as variáveis relacionadas com a sintomatologia de queixas de saúde (Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranoide e Psicoticismo) como variáveis dependentes nesta análise, enquanto o fator descrevendo os diferentes tipos de eventos traumáticos foi incluído como variável independente, com 5 níveis (Violência doméstica Vs. Desastre natural Vs. Acidente rodoviário Vs. Neoplasia Vs. Controlos).

Os resultados desta análise permitiram observar um efeito multivariado estatisticamente significativo ($F(9, 282) = 3,129$; $\lambda = 0,685$; $\epsilon^2_p = 0,090$; $p < 0,001$). Este efeito foi decomposto através da análise aos testes univariados, que revelaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos para todas as variáveis dependentes em análise, nomeadamente: Somatização ($F(4, 290) = 5,786$; $\epsilon^2_p = 0,074$; $p < 0,001$); Obsessões-compulsões ($F(4, 290) = 3,293$; $\epsilon^2_p = 0,043$; $p = 0,012$); Sensibilidade interpessoal ($F(4, 290) = 3,096$; $\epsilon^2_p = 0,041$; $p = 0,016$); Depressão ($F(4, 290) = 3,850$; $\epsilon^2_p = 0,050$; $p = 0,005$); Ansiedade ($F(4, 290) = 5,112$; $\epsilon^2_p = 0,067$; $p = 0,001$); Hostilidade ($F(4, 290) = 4,048$; $\epsilon^2_p = 0,053$; $p = 0,003$); Ansiedade fóbica ($F(4, 290) = 6,171$; $\epsilon^2_p = 0,079$; $p < 0,001$); Ideação paranoide ($F(4, 290) = 5,254$; $\epsilon^2_p = 0,068$; $p < 0,001$); e Psicoticismo ($F(4, 290) = 3,207$; $\epsilon^2_p = 0,042$; $p = 0,013$). Em qualquer uma destas análises, o grupo que experienciou “Violência Doméstica” apresentou sempre níveis superiores de psicopatologia em comparação com os restantes grupos (Figura 6).

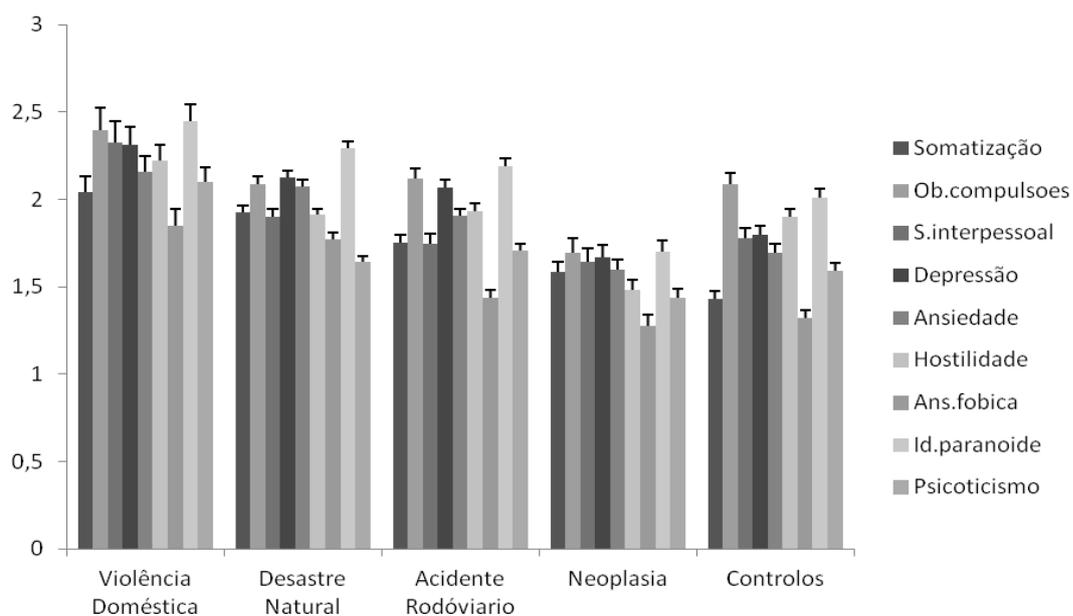


Figura 6. Comparações pelas médias de sintomas de psicopatologia entre categorias de eventos traumáticos

Hipótese 9: Associações entre crescimento pós-traumático e percepção de qualidade de vida.

As associações entre a pontuação total na escala CPT e as subescalas e pontuação total da escala referente à qualidade de vida foram testadas através das correlações bivariadas pelo coeficiente de r de *Pearson*. Estes resultados indicaram correlações estatisticamente significativas entre o crescimento pós-traumático apenas com a subescala da WHOQOL relativa às Relações Sociais ($r = -0,151$; $p = 0,010$). Como demonstrado na Tabela 8, todas as outras correlações entre estas medidas revelaram-se não significativas ($p > 0,05$).

Tabela 12

Associações entre crescimento pós-traumático e percepção de qualidade de vida

	CPT_T	SFísica	Psicológico	Rsociais	Ambiente	QVT
CPT_T	1	0,08	0,077	,151*	0,069	0,101
SFísica		1	,473***	,546***	,650***	,551***
Psicológica			1	,564***	,406***	
Rsociais				1	,667***	,472***
Ambiente					1	,632***
QVT						1

Nota: CPT_T - Pontuação total da escala de crescimento pós-traumático; SFísica - Percepção de qualidade de vida relativa à saúde física; Psicológica - Percepção de qualidade de vida relativa ao domínio psicológico; Rsociais; Percepção de qualidade de vida relativa às relações sociais; Ambiente - Percepção de qualidade de vida relativa ao domínio ambiente; QVT - Total da escala de qualidade de vida WHOQOL.

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Hipótese 10: Comparações entre os diferentes tipos de eventos traumáticos no que respeita ao crescimento pós trauma.

Esta análise foi realizada com recurso a uma Análise de Variâncias para um fator (ANOVA), com a pontuação total da escala CPT relativa ao crescimento pós trauma como variável dependente e os grupos descrevendo os tipos de eventos traumáticos como variável independente. A ANOVA mostrou uma diferença estatisticamente significativa entre grupos para a variável dependente ($F(4,300) = 2,676$; $p = 0,032$). Através das comparações múltiplas com correção *Bonferroni* constatou-se que apenas o grupo de controlo apenas diferiu de forma significativa ($p < 0,05$) do grupo referente a Violência Doméstica, com este grupo a mostrar um valor médio superior de crescimento pós trauma ($M = 72,18$; $DP = 20,08$) relativamente aos controlos ($M = 52,62$; $DP = 29,28$). Estes resultados estão representados na Figura 5.

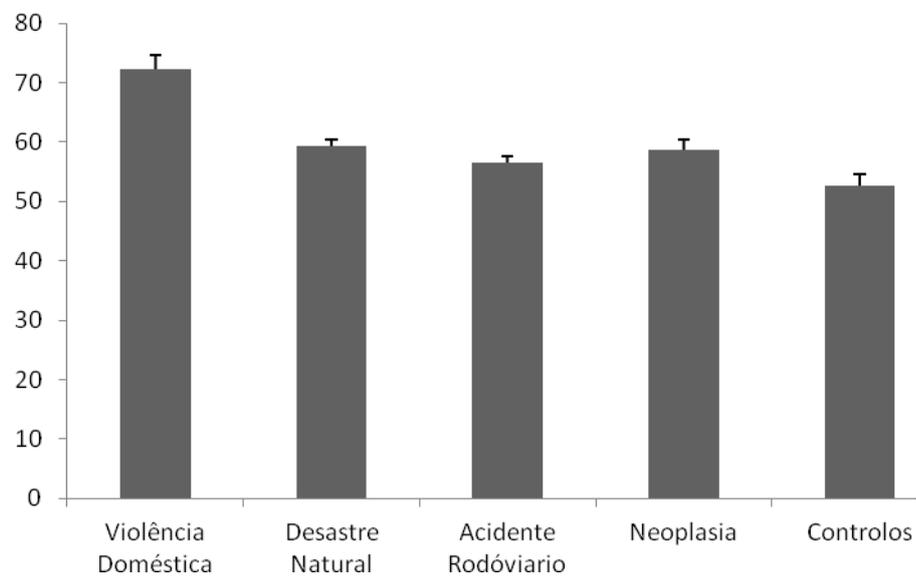


Figura 7. Comparações pelas médias crescimento pós trauma entre categorias de eventos traumáticos

CAPÍTULO VI. DISCUSSÃO

Os eventos traumáticos são caracterizados por assumirem diferentes características, no que respeita à sua imprevisibilidade e ao impacto psicológico gerado, que dependerá de várias variáveis, intrínsecas e extrínsecas à pessoa. A resposta das pessoas ao trauma psicológico apresenta-se então, como um dos mais relevantes e desafiantes problemas de saúde pública.

Os resultados do estudo convergem no geral com o explanado na literatura nacional e internacional, apresentado, porém, de forma pioneira indicadores comparativos de diferentes eventos, comparando os mesmos entre si e com um grupo de controlo.

O problema em estudo, *As características dos diferentes eventos traumáticos, estão relacionadas com a sintomatologia apresentada pelos sobreviventes desses mesmos eventos?* mostra, não só, a necessidade de um profundo conhecimento sobre os diferentes eventos traumáticos mas também de que forma concorre cada uns destes para o desenvolvimento de perturbações psicológicas.

A discussão de resultados, seguidamente explanada, será apresentada seguindo as hipóteses previamente delineadas e apresenta a clara diferença existente nos diferentes impactos como causa de diferentes eventos.

Hipótese 1 “Níveis baixos na perceção de Suporte Social relacionam-se com maior sintomatologia de PSPT.”

O suporte social (SS) surge na literatura como um importante fator de proteção ao impacto de eventos traumático. Bons níveis de SS surgem relacionados com o bem-estar e a saúde física e psíquica dos indivíduos, mitigando o desenvolvimento de perturbações como a PSPT (Holeva, et al., 2001; Varela & Leal, 2008) sendo ainda o SS designado por alguns autores como um amortecedor para o impacto dos eventos stressantes na saúde e bem-estar da pessoa (Dunbar et al., 1998).

Confirma-se a hipótese, que sugere que maiores índices de sintomatologia PSPT estão associados a menores níveis de perceção de Suporte Social, através das atividades sociais e satisfação com os amigos. Apesar da relação entre todas as dimensões de SS e a sintomatologia de PSPT ser congruente com a literatura (Dunst et al., 1990; Lepore, et al., 1996; Lepore et al., 1998; Manne et al. 2000; Hammack et al., 2004). As duas variáveis predictoras, Atividades Sociais e Satisfação com Amigos, se considerarmos as dimensões do SS que explicam a relação entre as variáveis, parecem apresentar um destaque na dimensão estrutural do SS. A frequência das interações sociais e a dimensão funcional, parecem apresentar-se como as dimensões relevantes para a qualidade das relações (Charney, 2004; Ozbay, et al., 2007).

Estes resultados permitem destacar não só a já reconhecida importância do SS percebido, mas um foco concreto na importância das variáveis já referidas como atividades sociais, que permitem a manutenção da continuidade e controlabilidade dos espaços conhecidos e da oferta de distratores cognitivos; e da variável satisfação com amigos, reconhecendo a importância da qualidade das relações como peças chave (Paykel, 1994; Southwick et al., 2005; Ozbay, et al., 2007).

Hipótese 2 “Níveis baixos na percepção de Suporte Social relacionam-se com maior sintomatologia de depressão.”

É comum verificar-se a existência de perturbações após o experienciar de eventos traumáticos, sendo que a depressão se apresenta como uma das perturbações psicológicas mais comuns após essa experiência (Kessler, 1997). Associado a estes eventos, surge em muitas investigações o SS como variável protetora do surgimento dessas mesmas perturbações. Alguns autores (Dunst et al., 1990) encontram no SS uma relação estreita com os recursos que se encontram usualmente disponíveis e as unidades sociais, de que é exemplo a família e que parecem desempenhar esse papel.

Alguns autores preconizam que uma boa percepção de apoio social está associada a um risco menor na sintomatologia depressiva (Balaswamy, Richardson, & Price, 2004; Carrasco, Ortiz & Ballesteros, 2002; Glass, Leon, Bassuk & Berkman, 2006; Skarsater, Langius, Agren, Haggstrom, & Dencker, 2005).

Confirma-se a hipótese, níveis mais baixos no SS percebido relacionam-se com uma maior sintomatologia de depressão. Esta constatação vai ao encontro do descrito na literatura. Foram identificadas duas variáveis preditoras de sintomas depressivos, no sentido negativo, a dimensão Atividades Sociais e a dimensão Satisfação com a Família. Reforça-se então a importância das atividades sociais, como elemento a destacar na percepção do SS da pessoa, parecendo ser importante não só a qualidade das interações sociais, mas também a percepção de que as mesmas ocorrem em número satisfatório.

O SS apresenta-se ainda como um fator importante no mitigar do potencial efeito dos eventos críticos na estrutura e funcionamento familiar, desempenhando um papel moderador e atuante no ajustamento e na adaptação aos eventos referidos (Chang, Brecht & Carter 2001; Almeida & Sampaio, 2007; Cardenas, 2006). Deste modo, parece evidente que o SS se apresenta como um componente positivo que atua ao nível da saúde, fundamental à adaptação do indivíduo e da família às situações stressantes.

Desta forma fica claro que, a percepção de Satisfação com a Família se pode constituir como uma variável positiva a explorar dado o potencial para a ativação e funcionamento de diferentes estratégias de coping protetoras, que surgem no enquadramento familiar.

Hipótese 3 “Pessoas que experienciaram ferimentos, decorrentes do evento traumático, apresentam mais sintomatologia de PSPT.”

A relação do impacto dos ferimentos físicos nas consequências psicológicas desses mesmos ferimentos após um evento potencialmente traumático tem sido alvo de estudo na literatura (O'Donnell et al., 2003), não sendo consensual a existência de relação entre ferimentos e desenvolvimento de perturbação como a PSPT (Merbaum, 1976; Ulman, 1987; Bryant et al., 1998; Koren et al., 1999).

A hipótese é confirmada, verificando-se a existência de uma relação entre ter ferimentos decorrentes de um evento crítico e maior sintomatologia de PSPT. Apresenta-se desta forma os ferimentos face aos eventos críticos como fator de risco, correspondendo desta forma ao defendido por alguma da literatura existente (Koren et al., 2005; Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell & Field, 2012; Blackburn & Owens, 2015).

A existência de ferimentos decorrentes de eventos críticos, como seria espectável, apresenta-se como um dado relevante a ser considerado. A forma como a experiência é vivida e percebida quando existem ferimentos altera e potencia a percepção de perigo e risco de vida (Blanchard, Hickling, Mitnick, Taylor, Loos & Buckley, 1995; Mehta & Ameratunga, 2012). Fica por perceber se a gravidade dos ferimentos, não apenas o ter ficado ferido, e o impacto futuro resultante dos mesmos, poderá influenciar a sintomatologia de PSPT, como referido por alguns autores (Meyer & Markgraf, 2000), ou se por outro lado a gravidade do ferimento não é condição para o desenvolvimento de sintomatologia (Odenbach, et al., 2014).

Hipótese 4 “As vítimas de eventos traumáticos, que experienciaram outras situações traumáticas apresentam mais sintomatologia de PSPT.”

Como anteriormente apresentado, é possível de forma simples definir dois tipos principais de trauma, o Trauma tipo I, caracterizado pela ocorrência de um único evento, inesperado e inusitado e o Trauma tipo II que se refere à exposição continuada no tempo ao stressor, ou à exposição a mais do que um evento (Terr, 1991; Lehmann, 1997).

A literatura tem focado a sua atenção, na prevalência de PSPT sobretudo nos traumas do tipo I, de apenas um evento (van der Velde et al., 2008; Kira, Lewandowski, Templin, Ramaswamy, Ozkan & Mohanesh, 2008), pelo que importa o estudo da presença de sintomatologia de PSPT em vítimas que experienciaram mais do que um evento.

Infirma-se a hipótese, não apresentando os resultados uma relação entre o ter experienciado mais do que um evento traumático com mais sintomatologia de PSPT. Apesar de alguma literatura apresentar o trauma tipo II como fator de risco para o desenvolvimento de PSPT (Howell, 2011), importa destacar estudos (Sharain et al., 2005) que referem que os traumas múltiplos, não parecem estar associados com o aumento dos sintomas de ansiedade e PSPT.

Este resultado realça por si, a importância acrescida da atenção que deverá ser dada, às vítimas, independentemente de se tratar de vítimas de trauma tipo I ou tipo II.

Ao contrário da identificação que permitiu o enquadramento em diferentes grupos de vítimas por eventos traumáticos, não foram controladas de forma mais descritiva e aprofundada as “outras situações traumáticas vividas”, o que poderá de alguma forma influenciar os resultados encontrados. A inexistência de uma associação, entre diferentes experiências traumáticas vividas e a sintomatologia de PSPT poderá ser também explicada pelo facto de as vítimas desenvolverem no seu processo de recuperação estratégias de *coping*, que permitam uma melhor adaptação face a outros futuros eventos traumáticos, o que poderá ser corroborado

nos resultados da Hipótese 10, referentes ao Crescimento Pós Traumático, mais à frente discutidos.

Hipótese 5. “Existem diferenças entre os diferentes grupos em estudo e entre estes e o grupo de controlo no que à sintomatologia de PSPT diz respeito.”

As diferentes características dos diferentes desastres (grupos de estudo) apresentam então o potencial de moldar e influenciar as respostas de stresse no pós evento, revestindo-se de importância central as diferenças existentes, nos diferentes eventos (Gauthamadas, 2005; (Poseck, Baquero, & Jiménez, 2006). O desenvolvimento da PSPT é uma das respostas mais frequentes ao trauma, pelo que a análise da sintomatologia que permite o seu diagnóstico se apresenta como um eixo central para a análise do impacto de cada evento.

Confirma-se a hipótese, tendo sido encontradas diferenças entre todos os grupos, inclusive com o grupo de controlo.

No que respeita às 3 dimensões (Evitamento; Intrusão e Hipervigilância), foram encontradas diferenças em todas as categorias dos eventos, sendo de notar que a Violência Doméstica se apresenta como o evento que mais apresenta sintomatologia, corroborando os estudos que referem este evento, provocado por outra pessoa, como tendo forte impacto (Lilly & Graham-Bermann, 2009). O grupo de vítimas de Neoplasia, também corroboraram o referido pela investigação, que refere que as vítimas deste evento não apresentam os mais elevados índices de sintomatologia de PSPT (Dahl, et al., 2016). Ainda de destacar os resultados verificados no grupo de Desastre Natural que se apresenta com valores de PSPT muito próximos dos valores da Violência Doméstica, o que contraria alguma da investigação que refere os eventos provocados pelo homem como tendo respostas mais intensas ao trauma (Schwarz, 2013). Os resultados encontrados comportam uma nova perspectiva na perceção do impacto de cada evento. A VD permanece como um evento claramente impactante, sendo que a novidade se prende sobretudo com o grupo de vítimas de DN o que reforça a ideia de que independentemente da fonte do evento o seu impacto deve ser considerado.

Como já foi referido, apesar de não ser a PSPT a única condição clínica que surge após o vivenciar de um evento traumático, apresenta-se reconhecidamente como a mais prevalente. As diferenças encontradas neste estudo reforçam a importância de conhecer e reconhecer a importância do evento no impacto ao trauma.

Hipótese 6. “Existem diferenças entre os diferentes grupos em estudo e entre estes e o grupo de controlo no que à sintomatologia de depressão diz respeito.”

Várias são as possibilidades que permitem explicar a associação entre a PSPT e a depressão após a exposição a um evento traumático. (Breslau et al., 2000). A literatura mostra a evidência de que depressão pré-existente ao evento traumático incrementa a vulnerabilidade à PSPT sendo o inverso também apresentado, (Breslau et al., 1997, Bromet et al., 1998) a

existência de PSPT pode aumentar o risco de depressão (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1997). Sugerindo os resultados a existência de uma vulnerabilidade partilhada por ambas as perturbações numa única construção de resposta de Stresse Traumático. (Breslau et al., 1998, Kendler, Gardner & Prescott, 2002).

A possibilidade de tanto o PSPT como a Depressão se apresentarem como respostas separadas relativamente ao trauma, surge também na literatura (Blanchard, 1998). Considerando-se estas duas condições clínicas como independentes, a exposição a eventos traumáticos deverá apresentar diferenças nos sintomas percebidos para cada uma delas.

Tal verifica-se no presente estudo, confirmando-se a Hipótese.

Os valores mais altos de Sintomatologia depressiva surgem no grupo Desastres Naturais seguido dos acidentes rodoviários e só depois a Violência Doméstica, não se verificando no presente estudo o sugerido pela literatura do Trauma e PSPT que relaciona níveis mais elevados da perturbação com eventos provocados pelo homem (Bromet, et al., 2017)

Hipótese 7. “O grupo de vítimas de violência doméstica e vítimas de acidentes rodoviários apresentam mais sintomatologia de PSPT do que o grupo de doentes neoplásicos e desastres naturais.”

Tal como já foi referido, as diferentes características dos eventos levam a respostas diferentes na reação ao stresse traumático. Sendo muitas vezes apresentados os “man made disasters” como sendo mais impactantes na resposta da sintomatologia ao evento do que os Desastres Naturais, pela importância da causalidade humana.

Confirma-se parcialmente a hipótese. As vítimas de VD são o grupo que apresenta mais sintomatologia, seguida, porém do grupo de Desastres Naturais, o que leva a não ser confirmada na totalidade a hipótese colocada de que as vítimas de desastres provocados pelo homem apresentam mais sintomatologia (Baum, 1990; Solomon et al., 1992; North et al., 1997).

Uma das justificações para esta confirmação parcial, pode prender-se com o facto de se apresentarem diferentes variáveis na fase pré e pós trauma que podem influenciar as respostas de stresse e, conseqüentemente, aumentar o risco de desenvolvimento de perturbação ou problemas psicológicos (Blake et al., 1990). Além disso foi controlada a recolha da amostra de forma criteriosa, mitigando desta forma as críticas face aos estudos realizados no após evento de Desastres Naturais (Pfefferbaum et al., 2003), considerando a amostra apenas as pessoas envolvidas de forma direta no incidente. Os resultados verificados mostram que os DN poderão ter um maior impacto, que não era até agora considerado.

Hipótese 8 “Existem diferenças entre os diferentes grupos em estudo e entre estes e o grupo de controlo no que à sintomatologia de psicopatologia diz respeito.”

A presente hipótese está confirmada. Tal facto corrobora e reforça os resultados anteriormente apresentados já que o grupo de Violência doméstica também aqui apresenta

valores mais elevados em todos os fatores estudados, seguido do grupo de Desastres naturais. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, sendo de realçar o grupo de vítimas de neoplasia que apresentam os mais baixos resultados, o que poderá ser explicado pelo reforço do Suporte Social face às Vítimas dessa patologia. Acrescente-se que foi verificado no presente estudo uma relação inversa entre o SS e a apresentação de sintomatologia (PSPT e Depressão) o que poderá explicar os resultados encontrados. Também o facto de ser este um fenómeno que na maioria das situações, apesar de inesperado, não tem muitas vezes reflexo imediato na vida da pessoa, para além do forte impacto psicológico de uma notícia usualmente dada por um profissional. O acompanhamento da rede de apoio social formal (existente nos serviços de saúde) e informal (rede de apoio social percebida, e.g. família ou amigos) poderá também justificar estes valores (Usta, 2012). De destacar ainda a importância da rede de apoio formal, não só no apoio social, mas também no processo de informação sobre a doença, que mitiga o impacto da mesma (Ohaeri et al., 2001).

Hipótese 9 “Níveis altos de crescimento pós-traumático estão relacionados com melhor percepção de qualidade de vida.”

O crescimento pós-traumático (CPT) tem sido definido como uma mudança positiva face ao experienciar de um processo traumático (Calhoun & Tedeschi, 1999), referindo a possibilidade de surgimento de aspetos positivos após esta vivência.

Infirma-se a presente hipótese.

Apenas se verificou uma relação significativa entre CPT e a subescala da WHOQOL relativa às Relações Sociais, reforçando desta forma a importância do SS, e não do todo, no que respeita à percepção total de qualidade de vida.

Os resultados dos diferentes estudos sobre a relação entre CPT e QdV não têm sido consensuais nos resultados apresentados. São apresentados resultados que referem uma relação positiva entre CPT e QdV (Smith, Williams, Zimmer & Zimmerman, 2011; Cann, Calhoun, Tedeschi & Solomon, 2010) e resultados que indicam a não existência de nenhuma relação entre as duas dimensões (Thornton & Perez, 2006; Bellizzi et al., 2010)

Os resultados encontrados neste estudo, suportam também a não existência de relação, porém importa considerar nesta análise que as medidas de CPT e QdV parecem ter pontos dissonantes na sua avaliação, sobretudo na inclusão de medidas de saúde mental e física para a validação da QdV. Tal facto poderá explicar a impossibilidade de estabelecimento de relação entre os conceitos (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006).

Hipótese 10 “Existem diferenças entre os diferentes grupos em estudo, e entre estes e o grupo de controlo, no que respeita ao crescimento pós trauma.”

O conceito de crescimento pós-traumático (CPT) é tido como a ocorrência de uma mudança positiva após um processo de conquista após um evento traumático (Calhoun et al.,

1999). Alguma da literatura tem focado o CPT como sendo comum em vários eventos traumáticos (Senter et al., 2002; Smith, 2003; Hall et al., 2009).

Confirma-se a hipótese, uma vez que os resultados de CPT do presente estudo, apresentam diferenças entre todos os grupos em estudo e entre estes e o grupo de controlo. De realçar o grupo de VD que apresenta os mais altos valores de CPT. Esta é uma área pouco estudada na VD (Valdez et al., 2014), existindo, porém, estudos que referem que, após experienciar VD, a auto-compaixão, autossuficiência e assertividade das mulheres tinha aumentado, construindo um propósito maior nas suas vidas. (Smith, 2003; Valdez & Lilly, 2015).

Em suma, com a exceção das hipóteses “As vítimas de eventos traumáticos, que experienciaram outras situações traumáticas apresentam mais sintomatologia de PSPT” e “Níveis altos de crescimento pós-traumático estão relacionados com melhor perceção de qualidade de vida” todas as restantes hipóteses se confirmaram.

Importará destacar nos resultados encontrados, no que respeita às diferenças entre os grupos em estudo, propósito desta investigação, verificar-se significância nas diferenças entre todos os grupos e as variáveis dependentes em análise.

Os resultados de sintomatologia de PSPT nos diferentes grupos apresentam-se de forma parcialmente congruentes com a literatura, já que seria espectável uma maior sintomatologia nos eventos causados pelo homem, o que se verificou na VD mas que foi seguida pelos DN, não enquadráveis nesse grupo de eventos. Este resultado poder-se-á explicar pela forma como a recolha da amostra foi processada, já que apenas foram estudadas pessoas sinalizadas pelas autoridades, mitigando as críticas relacionadas com os desenhos de estudo para os DN que muitas vezes avaliam diferentes realidades de um mesmo evento sem acautelarem esse facto. Esta justificação poderá também ser importante para os resultados verificados no que às diferenças entre os grupos e a depressão diz respeito. Foram verificadas, também aqui, diferenças entre todos os grupos em estudo e a apresentação de sintomatologia depressiva, tendo sido o grupo dos DN o que mais sintomatologia apresentou, seguido dos AR. Estes resultados são importantes, parecendo demonstrar que a Depressão não é apenas uma perturbação comórbida, mas uma perturbação singular presente no pós evento (Frissa et al., 2013)

O SS apresentou resultados congruentes com o expectável na literatura apresentando uma relação estatisticamente significativa com a sintomatologia de Depressão e PSPT no sentido negativo, menos SS mais sintomatologia.

Já no que respeita à sintomatologia de psicopatologia, também aqui foram verificadas diferenças entre todos os grupos em estudo, sendo o grupo Neoplasia o que apresenta menos sintomatologia, tanto nesta análise como em todas as restantes já apresentadas, o que mostra a Neoplasia, apesar das relações significativas encontradas, como o grupo com menor impacto como evento traumático.

No que respeita ao CPT, verificaram-se diferenças entre os grupos o que parece mostrar um diferente CPT, em função dos diferentes eventos, sendo a VD o grupo com o mais alto valor de crescimento.

Importa, para este resultado, perceber que as vítimas de VD estudadas, estavam na sua maioria afastadas do agressor e com acompanhamento institucional, o que poderá explicar os resultados.

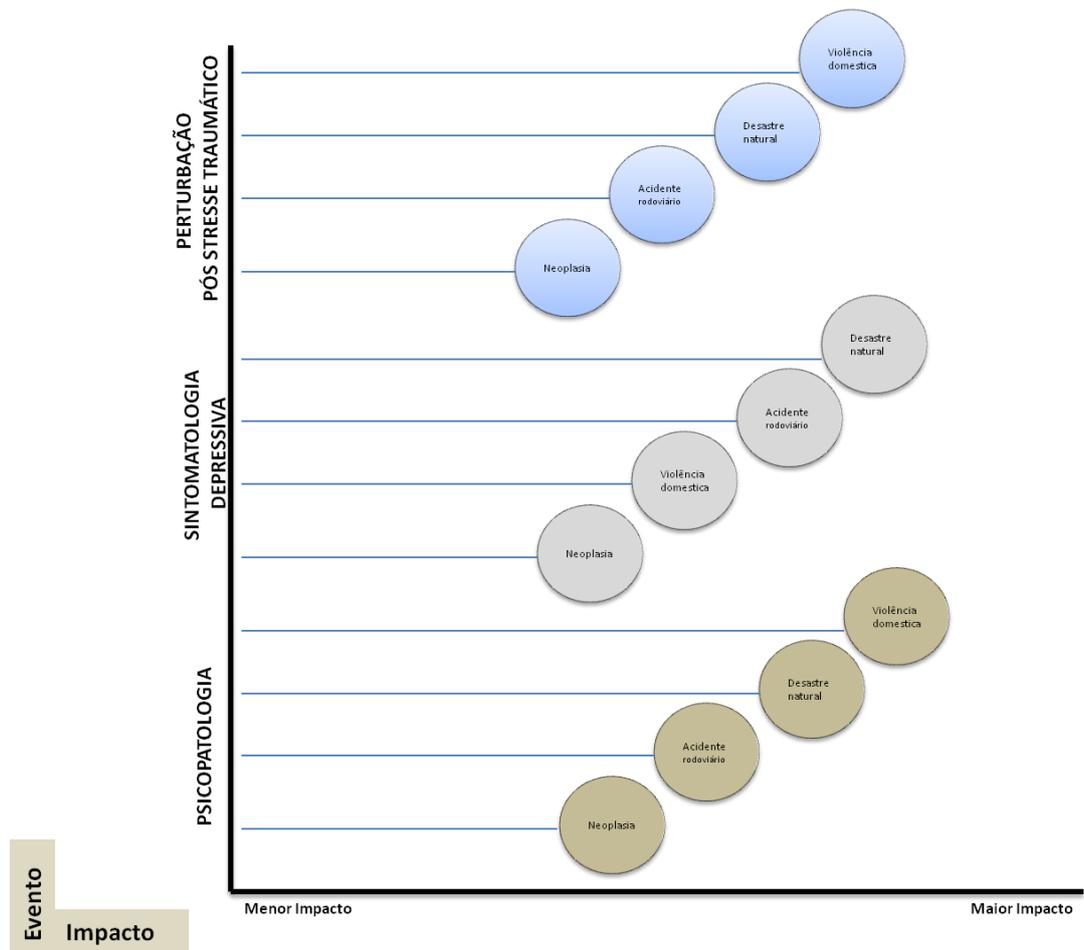


Figura 8. Impacto dos diferentes eventos por PSPT, Sintomatologia Depressiva e Psicopatologia

Implicações Práticas

Conhecendo os resultados, percebendo do impacto de cada um dos grupos de eventos estudados, importará perspetivar aquelas que poderão ser as implicações práticas dos resultados encontrados.

Antes de mais parece ser claro que a Violência doméstica (VD) se apresenta como o evento mais impactante, o que poderá ocorrer ou ser potenciado pelo facto de se tratar, muitas vezes, de uma prática continuada. Tratando-se este evento como um claro problema de saúde pública em Portugal (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2015), importará reforçar o apoio às vítimas e possivelmente considerar a aplicação de recomendações legislativas que

permitam que as vítimas não sejam abandonadas em casas abrigo, onde perdem toda a sua rede de Suporte Social, dimensão que se apresenta como muito relevante neste estudo e na bibliografia já apresentada (e.g. Gerardo, 2014), mas em alternativa promover o afastamento do agressor. O facto do CPT se apresentar como mais elevado nas vítimas de VD, surge como uma oportunidade de trabalho no contexto da prática clínica. Deverá considerar-se a adaptação que acompanha os percursos de agressão, pois isso poderá permitir o agilizar das estratégias utilizadas pelas vítimas, refletindo-se este “aprender a viver com” como um recurso de trabalho clínico a explorar na promoção da resiliência individual. Este fenómeno nas vítimas de VD, vem corroborar a necessidade de um aprofundar da investigação no CPT (Frazier, et al., 2004), parecendo de interesse acrescido que tal se verifique neste tipo de eventos.

Os Desastre naturais apresentam-se como o segundo evento traumático com maior impacto. Considerando o facto de os dados relativos a este grupo terem sido colhidos, sobretudo nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, percebe-se este resultado como importante não só para análises futuras mais profundas, mas também para implicações em termos da avaliação dos procedimentos de apoio existentes.

Importará não só o conhecimento do acumulado de eventos traumáticos, que poderão concorrer para estes resultados (e.g. Região Autónoma da Madeira vivenciou incêndios florestais e aluvião), o que não se parece verificar nos resultados deste estudo, mas também, pensar o possível impacto de algumas das medidas tomadas nas situações de pré e pós evento.

A este propósito, para além do forte e repentino impacto destes eventos, devem merecer reflexão e análise cuidada, três principais ordens de razão; a perda total ou parcial desde os pertences, do mais simples em termos das necessidades básicas ou no suporte financeiro, até à perda de objetos simbólicos, animais ou entes queridos; o facto de estes eventos, entrarem no “espaço seguro” destas pessoas, usualmente nas suas casas; e a deslocalização no pós evento, muitas vezes para longe da sua área de conforto, sendo que em algumas situações tal acontece de forma definitiva, o que pode ser potenciador do impacto percebido (Tsujiuchi et al., 2016). A perda da perceção da casa como um local protegido, local este em muitas situações espaço de excelência das relações sociais de proximidade e da rede mais próxima, poderá acarretar uma maior perceção de vulnerabilidade e risco, não só para o próprio, mas também para os seus (Dai et al., 2016).

Estes resultados realçam também, a importância do foco no impacto da deslocalização das vítimas, considerando os recursos que deverão ter disponíveis, para que seja possível mitigar estes impactos. Esta análise não deve só ser considerada em termos de investigação, mas também permitir pensar os mecanismos de suporte social existentes e na existência ou adequação do apoio psicossocial como prática de intervenção imediata (IASC, 2007).

A satisfação das necessidades básicas, premissa inicial na resposta ao pré e pós evento traumático, deverá então ser complementada com uma resposta que permita, sempre que possível, a ligação de suporte social. Deve acautelar também, sempre que possível e desejável, a proximidade com a rede de proximidade social, em concreto e para o propósito a que nos

referimos, em caso de deslocalização, potenciando o novo espaço como um local seguro, que apesar de diferente, congrega a rede conhecida.

Reforçam, os dados encontrados, a necessidade e relevância, na prática emergente de apoio psicossocial, como intervenção imediata no pós evento, que permita a rápida promoção de uma estabilização emocional, com a transmissão de informação e a adequação de suporte emocional, facilitando a gestão dos recursos por parte da pessoa, mitigando assim o impacto da experiência vivida (Rao, 2006).

Ainda no que respeita à importância dos resultados encontrados, no que respeita à intervenção psicossocial imediata, deve considerar-se que usualmente os DN são eventos de larga dimensão, com potencial para afetar um grande número de pessoas (Norris et al., 2002), surgindo, usualmente, para a resposta no apoio psicossocial a estas vítimas um alargado número de recursos. Considerando as especificidades apresentadas, estrategicamente, no apoio a assegurar às vítimas, devem então acautelar não só as intervenções já mencionadas, mas também uma organizada e simbiótica resposta entre a componente de intervenção psicológica e de apoio social, que congregue a partilha de informações relativa a cada uma das pessoas que vivenciaram o evento. Assim será possível potenciar uma articulada, organizada e pronta resposta, mas sobretudo mitigar a necessidade do reexperienciar do evento traumático por parte da pessoa a quem usualmente em cada intervenção/apoio lhe é solicitado que conte o que acabou de vivenciar, numa narrativa que acaba por ser usualmente desorganizada e com forte carga emocional (Pennebaker, & Chung, 2007).

Os resultados verificados, realçam a importância e a necessidade de acautelar de forma cuidada e cirúrgica a capilaridade do impacto psicológico causado pelos DN, devendo ser esta uma implicação nas futuras investigações a realizar, para que sejam de facto, realizados estudos epidemiológicos diferenciando por zonas de maior ou menor impacto (e.g. num grande incêndio florestal, será completamente distinto o impacto de quem tem a sua casa completamente destruída, de quem lhe ardeu a vegetação que tem no quintal).

Os Acidentes rodoviários (AR) apresentam-se também em destaque no que respeita ao seu impacto, verificado neste estudo. Neste grupo de eventos, é conhecido que a sua experiência direta, tem como consequência em muitas situações, ferimentos, ligeiros ou graves e até mesmo a morte (O'Donnell et al., 2003). Os resultados encontrados, realçam a fato de que ter ferimento resultante do evento, tem relação no aumento da sintomatologia de PSPT, o que, em termos da prática clínica, deve ser realçado.

Parece então revestir-se de interesse o estabelecer nos protocolos existentes, ou em futuras normas ou orientações na intervenção e atuação face a vítimas de AR, a imediata resposta de apoio psicossocial, sempre que possível, bem como a realização de um *follow up*, integrado e continuado que permita aquilatar da necessidade de intervenção da psicologia clínica.

Conhecido o impacto, mas compreendendo a impossibilidade na resposta de apoio psicossocial em muitas das situações (e.g. em situações de ferimentos graves), importa considerar a realização de investigação mais profunda, por forma a conhecer os *timings* para a

realização de uma intervenção profilática que possa mitigar impactos ou perturbações psicológicas futuras.

No que respeita às pessoas vítimas de Neoplasia, este grupo apresentou-se como o evento menos impactante já que, como referido na bibliografia (Cardoso et al., 2009), as pessoas conseguem, através das suas estratégias de *coping* uma adaptação à doença.

As respostas de apoio, quer pelas diferentes associações que cumprem esse propósito para as vítimas deste evento, quer no apoio clínico multidisciplinar na prestação de cuidados já existentes, poderá explicar os resultados verificados. Estas respostas deverão ser estudadas de forma mais detalhada, por forma a compreender o peso relativo, dos apoios no impacto sentido.

Apesar de se verificar o impacto deste evento, como o que apresenta menos peso no conjunto dos eventos estudados, deve ser tido em conta, de que à exceção da Psicopatologia, as vítimas de Neoplasia apresentam valores mais elevados de sintomatologia de Depressão e PSPT, quando comparadas com o grupo de controlo. Assim, a urgência do apoio e intervenção estão presentes, neste evento.

CONCLUSÕES

A importância na resposta a eventos com potencial psicotraumático tem sido enfatizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido apresentada na resolução da Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2005, a necessidade de desenvolvimento de programas nesse âmbito (van Ommeren et al., 2010).

Corroborando assim a OMS, a necessidade atual, não só na resposta como na procura de conhecimento no que aos eventos traumáticos respeita. Em Portugal são ainda escassos os estudos na área do trauma, sendo que os dados epidemiológicos existentes têm centrado a sua atenção em amostras de populações específicas, como ex-combatentes de guerra, profissionais de saúde ou agentes de proteção civil. O carácter inovador deste estudo exploratório, apresenta não só dados relevantes para a população portuguesa, mas também pretendem constituir-se como um contributo para a literatura internacional, focando a sua análise em diferentes grupos de eventos. Não há conhecimento na literatura de uma investigação nacional que tenha estudado diferentes grupos de vítimas de trauma e também na literatura internacional é escassa a bibliografia que enfoque o impacto do trauma na sua relação com o tipo de evento. Para além desta perspetiva epidemiológica nacional, permite este estudo um conhecimento efetivo sobre o impacto dos diferentes eventos em relação ao trauma.

A existência de diferenças significativas entre os eventos com potencial traumático estudados (Violência Doméstica; Desastre Natural; Acidente Rodoviário; Neoplasia; Controlos), reforça a importância e a necessidade de considerar a especificidade de cada evento por si. Só percebendo os diferentes impactos do evento na resposta ao trauma, será possível estruturar e enquadrar diferentes abordagens.

A abordagem tradicionalmente realizada, que refere a existência de maior impacto no trauma psicológico nos eventos causados pelo homem vs. desastres naturais é aqui posta em causa, pelos resultados verificados, nas análises realizadas à sintomatologia de PSPT, Depressão e Psicopatologia realizadas, e pelos motivos já referidos.

As definições que associam a duração do evento como fator que incrementa o impacto do trauma (Schwarz, 2013), não explicam os resultados encontrados, já que vítimas de Neoplasia apresentam resultados distintos quanto à sintomatologia de PSPT das vítimas de Violência Doméstica, sendo estes reconhecidos como eventos que usualmente têm uma alargada continuidade temporal. O facto de não se encontrar relação entre múltiplos eventos e aumento da sintomatologia de PSPT reforça também o carácter inovador dos resultados deste estudo e a pertinência do foco no evento. Um exemplo será considerarmos, a Violência Doméstica como aquilo que poderemos designar de um evento traumático continuado, com uma ou múltiplas situações de potencial traumático, o que pode explicar a elevada sintomatologia encontrada nas vítimas deste grupo e não no grupo de Vítimas de Neoplasia, que apesar da longevidade surge usualmente com um único evento.

Uma outra análise importante está relacionada com a sintomatologia de Depressão que parece apresentar-se como entidade individual, e não apenas comórbida, com um maior

impacto nos DN e AV. Verificada esta questão, importará dar a máxima atenção na sinalização e avaliação realizadas, permitindo um diagnóstico diferencial correto e preciso.

Nos dados relativos às diferenças no CPT entre os grupos em estudo, destaca-se um valor mais elevado de CPT para o grupo de vítimas de VD, o que parece demonstrar que o processo de afastamento e de “reiniciar” de vida sem o parceiro agressor pode promover este desenvolvimento.

Com a exceção do CPT, o grupo de Neoplasia, apresentou sempre e em todas as análises realizadas os valores mais baixos em termos do impacto enquanto evento com potencial traumático.

O papel do SS, face aos eventos, concorreu também como um fator de excelência, destacando-se pela sua relevância face a todos os grupos, mas reforçando duas variáveis preditoras, as Atividades Sociais e Satisfação com Amigos. Estes dados revestem-se de importância central para a abordagem clínica ou de intervenção psicossocial face aos eventos potencialmente traumáticos.

A criação e desenvolvimento de um registo nacional de trauma, referido sobretudo para o acompanhamento de vítimas de eventos com trauma físico, pode revelar-se também de grande importância no que à saúde mental diz respeito. Conhecendo o tipo de evento, podendo acompanhar e monitorizar as vítimas, será possível um enquadramento deste conhecimento nas diferentes abordagens de intervenção da psicotraumatologia nas diferentes fases do ciclo do trauma.

Os resultados deste estudo podem ainda ser considerados no desenvolvimento e adaptação de novas *Risk Assessment Tools*, que permitam uma eficaz identificação de vítimas em risco de Perturbações associadas ao trauma vivido, e também da adaptação de modelos de abordagem clínica, que possam considerar não só o risco associado a cada evento, como aos grupos de sintomas mais prevalentes. Desta forma, considerando o *Rehabilitation 2030 Call for Action* da Organização Mundial da Saúde, que teve o seu início em fevereiro de 2017, podem estes resultados ser um contributo a alinhar com as futuras linhas orientadoras desta ação global, em concreto para a abordagem às vítimas de trauma.

No que respeita às limitações do estudo, a escassez e até inexistência de literatura, levou a que a revisão da literatura não se pudesse focar, sobretudo, em publicações mais atuais. Será de interesse destacar o facto de o questionário utilizado ser de autopreenchimento, tendo sido aplicada por técnicos que apesar da informação e disponibilização para esclarecimentos adicionais poderão ter seguido uma metodologia própria na aplicação dos mesmos.

Uma outra questão, prende-se com o facto de a maioria dos dados recolhidos para o grupo de DN se centrar nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, tendo sido o número de participantes continentais bastante inferior, podendo as questões culturais ter relevância.

Como implicações futuras, parece clara a necessidade de conhecer de forma mais alargada o impacto de cada evento na resposta ao trauma, permitindo este conhecimento a possibilidade de definir e enquadrar a abordagem das intervenções psicológicas em função, não só das características do indivíduo, mas também do evento ocorrido. Como sugestões para

futuras investigações, importa o reforço da epidemiologia do trauma em Portugal, focada obviamente na PSPT, mas alargando o espetro a outras perturbações e não apenas a comorbilidade associada.

Outro desidrato que carece de investigação, surge na senda da efetividade na resposta imediata ao evento. Conhecendo-se o importante papel do SS, importa verificar o papel do mesmo como conceito e o papel do técnico nos períodos pré, peri e pós trauma.

Uma última nota para futuros estudos, deverá ser a importância de os estudos epidemiológicos do trauma, sobretudo no que respeita aos DN, considerarem a importância da proximidade geográfica face ao evento, já que a severidade da perceção poderá depender da proximidade face ao mesmo. Poucas são as investigações a esse propósito, devendo ser de considerar esta questão como muito importante para o planeamento das abordagens a considerar (Gruebner, Lowe, Sampson & Galea, 2015).

Este estudo pretendeu constituir-se como inovador e focado não apenas nas características da pessoa, mas no impacto de diferentes eventos ao trauma.

Pretende-se que esta seja uma primeira abordagem nesta área do conhecimento, potenciadora de conhecimento científico no vasto campo de investigação que é a resposta ao trauma e aos eventos traumáticos, e que permita verdadeiras abordagens de intervenção *taylor made*, congregando conhecimento conjunto entre as características individuais da pessoa e do evento experienciado.

REFERÊNCIAS

- Abbey, G., Thompson, S. B. N., Hickish, T. & Heathcote, D. (2015), A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 24, 371-381.
- Adjeroh, L. C., McCanlies, E. C., Andrew, M. E., Burchfiel, C. M., & Violanti, J. M. (2014). Stressful life events and posttraumatic growth among police officers. *Annals of Epidemiology*, 24(9), 701
- Agaibi, C. E. & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD and resilience: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 6, 195-216.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., & Kanat-Maymon, Y. (2009). Analysis of trauma exposure, symptomatology and functioning in Jewish Israeli and Palestinian adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 195(5), 427-432. doi: 10.1192/bjp.bp.108.050393
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-traumática do Stresse (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica*, 16, 1-12.
- Alexander, D. A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76-81.
- Alkan, A., Guc, Z. G., Senler, F. C., Yavuzsen, T., Onur, H., Dogan, M., ... Akbulut, H. (2016). Breast cancer survivors suffer from persistent postmastectomy pain syndrome and posttraumatic stress disorder (ORTHUS study): a study of the palliative care working committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Supportive Care in Cancer*, 24(9), 3747-3755. doi: 10.1007/s00520-016-3202-6
- Almeida, T., & Sampaio, F. M. (2007). Stress e Suporte Social em Familiares de Pessoas com Paralisia Cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 143-149.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition, revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition, DSM-5™). Washington, DC: Author.

- Amir M., & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal Anxiety Disorders*, 16(2), 191-206.
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., Studts, J. L., & Miller, T. W. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the PTSD checklist-civilian version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 586-90.
- ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2012). *Estratégia nacional de segurança rodoviária: documento de apoio à revisão intercalar 2012-2015*. Oeiras: Autor.
- ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2016a). Relatório anual de sinistralidade: vítimas a 30 dias: ano de 2015. Oeiras: Autor.
- ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2016b). Relatório anual de sinistralidade: vítimas a 24 horas: ano de 2015. Oeiras: Autor.
- APA - Associação Americana de Psiquiatria (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Texto revisto (4ª edição)*. Lisboa: Climepsi.
- APA - Associação Americana de Psiquiatria (2013). *DSM-5® - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª Edição)*. Porto Alegre: Artmed.
- APA - Associação Americana de Psiquiatria (2014). *DSM-5™ - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual Alcipe. Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência*. Lisboa: Autor. ISBN 978-972-8852-35-1.
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2015). Estatísticas APAV: Crimes de Violência Doméstica 2013-2014 [pdf]. Retirado de http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_CrimesViolenciaDomestic_a_2013-2014.pdf
- Attenberger C., Amsler F., & Gross T. (2012). Clinical evaluation of the Trauma Outcome Profile (TOP) in the longer-term follow-up of polytrauma patients. *Injury*, 43(9), 1566-74.
- Arriaga, M. (2006). *Plano Especial de Intervenção Psicológica na Crise e na Emergência no Distrito de Portalegre*. Comando Distrital de Operações de Socorro de Portalegre. Portalegre.

- Arriaga, M., & Claudino, J. (2012). A intervenção psicossocial em situações de catástrofe, crise e emergência: o modelo de primeiros socorros psicológicos, impacto, reacção e reorientação (IRR). *Nursing*, 280, 14-15.
- Asmundson G. J. G., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 930 -7.
- Asmundson, G. J. G., Stein, M. B., & McCreary, D. R. (2002). PTSD symptoms have direct and indirect influences on the health status of former deployed peacekeepers and non-deployed military personnel. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 807-15.
- Araújo, Á., & Neto, F. (2013). A Nova Classificação Americana para as Perturbações Mentais: o DMS-5. *Jornal de Psicanálise*, 46 (85), 99-116.
- Balaswamy, S., Richardson, V., & Price, C. (2004). Investigating Patterns of social Support Use by Widowers During Bereavement. *The Journal of Men's Studies*, 1, 67-84. doi:10.3149/jms.1301.67.
- Barnes J., & Thomas P. (2006). Quality of life outcomes in a hospitalized sample of road users involved in crashes. *Annual proceedings/ Association for the Advancement of Automotive Medicine*, 50, 253-268.
- Barton, J. J. S., Rizzo, M., Nawrot, M., & Simpson, T. (1996). Optical blur and the perception of global coherent motion in random dot cinematograms. *Vision Research*, 36, 3051-3059.
- Basoglu M., Salcioglu E., & Livanou M. (2002). Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 269-76.
- Baum, A., (1990) Stress, Intrusive Imagery, and Chronic Distress, *Health Psychology*, 9(6), 653-75.
- Beleza, M. T. P. (1990). *Mulheres, Direito, Crime ou a perplexidade de Cassandra* (Tese de doutoramento não publicada), Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.
- Bellizzi, K. M., Smith, A. W., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Bernstein, L., Meeske, K., ... Ballard-Barbash, R. R. (2010). Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 15, 615-626.
- Benight, C. C., Swift, E., & Sanger, J. (1999). Coping self-efficacy as a mediator of distress following a natural disaster. *Journal of Applied Social Psychology*. 29, 2443-64.

- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine, 46*(2), 327-343.
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences, 52*(7), 782-787. doi:10.1016/j.paid.2012.01.011.
- Berlim, M., Perizzolo, J. & Fleck, M. (2003). *Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior, 25* (Supl I), 51-54. doi: dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000500012
- Blackburn, L., & Owens, G. P. (2015). The effect of self efficacy and meaning in life on posttraumatic stress disorder and depression severity among veterans. *Journal Clinical Psychology, 71*(3), 219-28. doi: 10.1002/jclp.22133.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Mitnick, N., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Buckley, T. (1995). The impact of severity of physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 529-34.
- Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (2004). *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. N., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S. & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1. *The Behavior Therapist, 18*, 187-188.
- Blake, E. S., Rappaport, E. N., & Landsea, C. W. (2007). *The deadliest, costliest, and most intense United States tropical cyclones from 1851 to 2006 (and other frequently requested hurricane facts)*. NOAA Technical Memorandum NWS TPC-5. Miami: National Weather Service, National Hurricane Center.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database System Review, 18*(3). doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long- term adjustment. *Psychological Science, 15*, 482-487.

- Boscarino, J. A., & Adams, R. E. (2009). PTSD onset and course following the World Trade Center disaster: findings and implications for future research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*, 887-898.
- Bostock, L., Sheikh, A. I., & Barton, S. (2009). Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *16*(4), 281-296. doi:10.1007/s10880-009-9175-6.
- Brady, K., (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *Journal Clinical Psychiatry*, *58* (9), 12-5.
- Braun-Lewensohn, O. (2015). Coping and social support in children exposed to mass trauma. *Current Psychiatry Reports*, *17*(6), 576.
- Breet, E., Seedat, S., & Kagee, A. (2016) Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Men and Women Who Perpetrate Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *17*, 29-33.
- Breslau, N. & Davis, G. C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatric*, *149*(5), 671-675.
- Breslau, N., Davis G. C., & Andreski P. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 216-22.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., & Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 81-87.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, *48*, 902-909.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat H. D., Schultz L. R., Davis GC, (...). (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 626-632.
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Alvarado, G. F. (2006). Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder: a follow-up study at age 17 years. *Archives General Psychiatry*, *63*,1238-1245.
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Davis, G. C. (1999). Partial PTSD versus full PTSD: na empirical examination of associated impairment. *Psychological Medicine*, *34*,1205-1214.

- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-66.
- Briere, J. & Elliott, D. (2000), Prevalence, characteristics, and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 661-679. doi: 10.1023/A:1007814301369
- Briggs, E. C., Fairbank, J. A., Greeson, J. K., Layne, C. M., Merrill, C., Steinberg, A. M., ... Pynoos, R. S. (2012). Links between child and adolescent trauma exposure and service use histories in a national clinic-referred sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(2), 101-109.
- British Psychological Society (2012). *DSM-5: the future of psychiatric diagnosis (2012 - final consultation)*. British Psychological Society response to the American Psychiatric Association. Leicester: Author
- Bromet, E., Atwoli, L., Kawakami, N., Navarro-Mateu, F., Piotrowski, P., King, ... Kessler, R. C. (2017). Post-traumatic stress disorder associated with natural and human-made disasters in the World Mental Health Surveys. *Psychology Medicine, 47*(2), 227-241. doi: 10.1017/S0033291716002026.
- Bromet, E., Sonnega, A., & Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology, 147*, 353-361.
- Bryant, R. A, & Harvey, A. G. (1998). Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry, 155*, 625-629.
- Bryant R. A., & Harvey, A. G. (2003). Gender differences in the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Australian New Zealand Journal Psychiatry, 37*, 226-9.
- Bryant, R. A, Harvey, A. G, Guthrie, R. M, & Moulds, M. L. (2000). A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 341-344.
- Bryant, R. A., Salmon, K., Sinclair, E., & Davidson, P. (2007). A prospective study of appraisals in childhood posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2502-2507.

- Buchwald, D., Goldberg, J., Noonan, C., Beals, J., & Manson, S. (2005). Relationship between post-traumatic stress disorder and pain in two American Indian tribes. *Pain Medicine*, 6, 72-9.
- Bujarski, S. J., Craig, J. T., Zielinski, M. J., Badour, C. L., & Feldner, M. T. (2015). A multimodal examination of emotional responding to a trauma-relevant film among traumatic motor vehicle accident survivors. *Assessment*, 22(2), 216-23.
- Cadamuro, A., Versari, A., Vezzali, L., Giovannini, D., & Trifiletti, E. (2015). Cognitive performance in the aftermath of a natural disaster: the role of coping strategies, theory of mind and peer social support. *Child & Youth Care Forum*, 44(1), 93-113.
- Caeiro, A. (2014). *Crescimento pós-traumático, stress pós-traumático, processo cognitivo e expressão emocional: Comparação entre Mulheres com cancro da mama e Mulheres sem doença oncológica* (Dissertação de mestrado não publicada). ISPA - Instituto Universitário, Lisboa.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *The Journal of Social Issues*, 54(2), 357-371. doi:10.1111/j.1540-4560.1998.tb01223.x.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss*. 157-172. Washington, DC: American Psychological Association.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102. doi:10.1207/s15327965pli1501_03.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp, 1-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336.
- Canavarro, M., Serra, A., Simões, M., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and psychometric properties of the world health organization quality of life

- assessment instrument (WHOQOL-100) in Portugal. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 116-124.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Solomon, D. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal Loss & Trauma*, 15,151-166.
- Cardenas, V. (2006). *The relationship between social support and depression among Latina and Caucasian dementia caregivers*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66(7-B), 3942.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspetos Psicológicos do Doente Oncológico. *Psilogos*, 7(1), 8-18.
- Carlson, E. B., Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal Psychiatry*, 148,1548-1551.
- Carlotto, M., & Câmara, S. (2008). Preditores Da Síndrome de Burnout Em Estudantes universitários\rPredictors of the Burnout Syndrome in College Students. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 101-9.
- Carmassi, C., Dell’Osso, L., Manni, C., (2014). Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 77-84.
- Carr, V. J., Lewin, T. J., Webster, R. A., Hazell, P. L., Kenardy, J. A., & Carter, G. L. (1995). Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychological Medicine* 25, 539-555.
- Carrasco, M., Ortiz, L., & Ballesteros, J. (2002). Envejecimiento y Psiquiatria Geriátrica en el siglo XXI. In L. Ortiz, M. Carrasco, & J. Ballesteros (Eds.), *Psiquiatria Geriátrica* (pp. 3-14). Barcelona: Masson.
- CRED - Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (2016). Emergency Events Database (EM-DAT) - Credcrunch 43: The EM-DAT higher resolution disaster data. Acedido em file:///C:/Users/User/Desktop/CredCrunch43%20.pdf
- CRED - Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (2015). *Human cost of natural disasters 2015 - a global perspective* [pdf]. Acedido em http://cred.be/sites/default/files/The_Human_Cost_of_Natural_Disasters_CRED.pdf.

- Chang, B. L., Brecht, M., & Carter, P. A. (2001). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women & Health, 33*(1-2), 39-61.
- Christopher M. (2004). A broader view of trauma: a biopsychosocial-evolutionary view of the role of traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review, 24*, 75-98. 10.1016/j.cpr.2003.12.003.
- Chung, M. C., Easthope, Y., Farmer, S., Werrett, J., & Chung, C. (2003). Psychological sequelae: Post-traumatic stress reactions and personality factors among community residents as secondary victims. *Scandinavian journal of caring sciences, 17*(3), 265-270.
- Chung, M. C., Berger, Z., Jones, R., & Rudd, H. (2006). Posttraumatic stress disorder and general health problems following myocardial infarction (Post-MI PTSD) among older patients: The role of personality. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 1163-1174.
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology, 38*(3), 251-65.
- McGrath, J. C. (2011). Posttraumatic growth and spirituality after brain injury. *Brain Impairment, 12*(2), 82-92.
- Começanha, R., & Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da guerra colonial portuguesa : Estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos 4*(2),123-31.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology, 20*, 176-185. doi: 10.1037/0278-6133.20.3.176
- Costa, J. M. B. D. (2003). Sexo, nexó e crime. *Lisboa: Edições Colibri*.
- Coutinho, M., Rodrigues, I., & Ramos, N. (2012). Transtornos Mentais Comuns No Contexto Migratório Internacional. *Psico 43*(3), 400-407.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Posttraumatic stress disorder: findings from the Australian national survey of mental health and well being. *Psychological Medicine, 31*, 1237-1247.
- Dahl, A. A., Østby-Deglum, M., Oldenburg, J., Bremnes, R., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E., & Fosså, S. (2016). Aspects of posttraumatic stress disorder in long-term testicular cancer

- survivors: cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 842-849.
- Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Atipatsa, C., ... Liu, A. (2016). Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: a 13-14 year follow-up study in Hunan, China. *BioMed Central Public Health*, 16,194. doi:10.1186/s12889-016-2871-x.
- Daoud, A., Halleröd, B., & Guha-Sapir, D. (2016). What is the association between absolute child poverty, poor governance, and natural disasters? a global comparison of some of the realities of climate change. *PLoS ONE* 11(4), 1-20. doi:10.1371/journal.pone.0153296
- Davison, K., Pennebaker, J., & Dickerson, S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychological Association*, 55(2), 206-217.
- Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., Spoonster, E., & Cullado. M. (2003). Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 149-64.
- Denollet, J., Sys, S., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T., & Brutsaert. D. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 347, 417- 421.
- de Vries, K. M., Mak, J. Y. B., Loraine. J., Child, J. C., Falder, G., & Petzold, M. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine*, 10(5), 1-11. doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439
- de Vries, G. J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Di Gangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: a systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33, 728-44.
- DGS - Direcção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2012 - 2016*. Lisboa: Autor.
- DGS - Direcção-Geral da Saúde (2016). *Doenças Oncológicas em Números - 2015*. Lisboa: Autor.
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- DGS - Direção-Geral da Saúde (2015). *Doenças Oncológicas em Números - 2014*. Lisboa: Autor.
- Dixon, L., & Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1145-1155.
- Dorrington, S., Zavos, H., Ball, H., McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Siribaddana, S., Sumathipala, A., & Hotopf, M. (2014). Trauma, post-traumatic stress disorder and psychiatric disorders in a middle-income setting: prevalence and comorbidity. *British Journal of Psychiatry* 205(5), 383-389. doi:10.1192/bjp.bp.113.141796.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.) *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Ehlers, A., Mayou, R., & Bryant, R. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-19.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371, 1165-72.
- Evans, S., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131-140.
- Fairbank, J. (2008). The epidemiology of trauma and trauma related disorders in children and youth. *PTSD Research Quarterly*, 19(1), 1-8.
- Ferros, L., & Ribeiro, S. (2003). Perturbação Pós-Stress Traumático: História, Conceptualização Teórica, Apoio Empírico e Implicações Terapêuticas. *Revista de Psicologia Militar*, 14, 151-161.
- Ferry, F., Bunting, B., & Murphy, S. (2014). Traumatic events and their relative PTSD burden in Northern Ireland: a consideration of the impact of the 'Troubles'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 435-446.

- Fjeldheim, C. B., Nöthling, J., Pretorius, K., Basson, M., Ganasen, K., Heneke, R., ... Seedat, S. (2014). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. *Boston Medical Center Emergency Medicine*, *14*(11). doi:10.1186/1471-227X-14-11
- Flannery, R. B. (1990). Social support and psychological trauma: a methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, *3*(4), 593-611.
- Flannery, R. B. (1999). Psychological trauma and posttraumatic stress disorder: a review. *International Journal on Emergency Mental Health*, *1*, 135-40.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, *27*, 623-641.
- Forman-Hoffman, L., Bose, J., Batts, K., Glasheen, C., Hirsch, E., Karg, R., ... Hedden, S. L. (2016). *Correlates of Lifetime Exposure to One or More Potentially Traumatic Events and Subsequent Posttraumatic Stress among Adults in the United States: Results from the Mental Health Surveillance Study, 2008-2012*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Acedido em <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/CBHSQ-DR-PTSDtrauma-2016/CBHSQ-DR-PTSDtrauma-2016.htm#topofpage>
- Frans, O., Rimmo, P., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(4), 291-9.
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal Counseling Psychology*, *51*, 115-134. 10.1037/0022-0167.51.1.115.
- Frissa, S., Hatch, S. L., Gazard, B., Fear, N. T., & Hotopf, M. (2013). Trauma and current symptoms of PTSD in a South East London community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*, 1199-209.
- Gabert-Quillen, C., Irish, L., Sledjeski, E., Fallon, W., Spoonster, E., & Delahanty, D. (2012). The impact of social support on the relationship between trauma history and posttraumatic stress disorder symptoms in motor vehicle accident victims. *International Journal of Stress Management*, *19*(1), 69-79.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, *27*, 78-91.

- Gauthamadas, U. (Ed.) (2005). *Disaster Psychosocial Response: Handbook for Community Counselor Trainees*. Chennai (India): Academy for Disaster Management, Education Planning and Training.
- Gigantesco, A., D'Argenio, P., Cofini, V., Mancini, C., & Minardi, V. (2015). Health-related quality of life in the aftermath of the L'Aquila earthquake in Italy. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 21, 1-5.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 320- 331.
- Glass, T. A., Leon, C. F. M., Bassuk, S. S., & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms en late life longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, 18, 604-28.
- Goenjian, A. K., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Najarian, L. M. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1174-1184.
- Goenjian, A. K., Molina, L., & Steinberg, A. M. (2001). Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after Hurricane Mitch. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 788-94.
- Goodman, R. & Scott, S. (1997). *Child Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science.
- Goodman, L., Fauci, J., Sullivan, C., DiGiovanni, C., & Wilson, J. (2016). Domestic violence survivors' empowerment and mental health: exploring the role of the alliance with advocates. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(3), 286-296.
- Goodwin, R. D., & Davidson, J. R. (2005). Self-reported diabetes and posttraumatic stress disorder among adults in the community. *Preventive Medicine*, 40, 570-4.
- Green, B. L., Rowland, J. H., & Krupnick, J. L. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39, 102-111.
- Groarke, A., Curtis, R., Groarke, J.M., Hogan, M. J., Gibbons, A., & Kerin, M. (2017). Post-traumatic growth in breast cancer: how and when do distress and stress contribute?. *Psycho-oncology*, 26(7), 967-974.
- Gruebner, O., Lowe, S., Sampson, L. & Galea, S. (2015). The geography of post-disaster mental health: spatial patterning of psychological vulnerability and resilience factors in New

- York City after Hurricane Sandy. *International Journal of Health Geographics*, 10,14-16.
doi: 10.1186/s12942-015-0008-6.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 327-338.
- Guedes, D., Alvarado, B., Phillips, S., Curcio, C., Zunzunegui, M., & Guerra, R. (2015). Socioeconomic status, social relations and domestic violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 60, 492-500.
- Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 86-99.
- Guttman, N. (2000). *Public health communication interventions: Values and ethical dilemmas*. London: Sage Publications, Inc.
- Haas, B. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.
- Ham-Rowbottom, K. A., Gordon, E. E., Jarvis, K. L., & Novaco, R. W. (2005). Life constraints and psychological well-being of domestic violence shelter graduates. *Journal of Family Violence*, 20, 109-121.
- Hammack, S. E., Richey, K. J., Watkins, L. R., & Maier, S. F. (2004). Chemical lesion of the bed nucleus of the stria terminalis blocks the behavioral consequences of uncontrollable stress. *Behaviour Neuroscience*, 118, 443-448.
- Hankin, C. S., Spiro III, A., Miller, D. R., & Kazis, L. (1999). Mental disorders and mental health treatment among US Department of Veterans Affairs outpatients: the Veterans Health Study. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1924-30.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A. (1999). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *J Trauma Stress*, 12, 519-25.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.

- Heron-Delaney, M., Kenardy J., & Charlton, E. (2013). A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury, 44*, 1413-22.
- Hidalgo, R. B., & Davidson, J. R. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors in post-traumatic stress disorder. *Journal Psychopharmacology, 14*, 70-76.
- Hines, D. A., Brown, J. & Dunning, E., (2007). Characteristics of Callers to the Domestic Abuse Helpline for Men. *Journal of Family Violence, 22*, 63-72.
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression and Anxiety 28*(9), 783-801.
- Hladki, W., Lorkowski, J., Trybus, M., Brongel, L., Kotela, I., & Golec, E. (2009). Quality of life as a result of multiple injury in the aspect of limitations of handicaps - social roles. *Przegląd lekarski, 66*(3),134-40.
- Holbrook, T. L., & Hoyt, D. B. (2004). The impact of major trauma: quality-of-life outcomes are worse in women than in men, independent of mechanism and injury severity. *Journal of Trauma , and Acute Care Surgery, 56*(2), 284-290.
- Holeva, V., Tarrier, N. & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support. *Behaviour Therapy, 32*, 65-83.
- Holtslag, H. R., van Beeck, E. F., Lindeman, E., & Leenen, L. P. (2007). Determinants of long-term functional consequences after major trauma. *Journal of Trauma-2007, 62*(4), 919-927.
- Honda, K. & Goodwin, R. D. (2004). Cancer and mental disorders in a national community sample: findings from the national comorbidity survey. *Psychotherapy and Psychosomatics, 73*, 235- 42.
- Hong, C., & Efferth, T. (2016). Systematic Review on Post-Traumatic Stress Disorder Among Survivors of the Wenchuan Earthquake. *Trauma and Violence Abuse, 17*(5), 542-561.
- Howell, E. F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*. New York: Routledge.
- Hruska, B., Irish, L. A., Pacella, M. L., Sledjeski, E. M., & Delahanty, D. L. (2014). PTSD symptom severity and psychiatric comorbidity in recent motor vehicle accident victims: a latent class analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(7), 644-649.

- IASC - Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: Author.
- Inoue-Sakurai, C., Maruyama, S., & Morimoto, K. (2000). Posttraumatic stress and lifestyles are associated with natural killer cell activity in victims of the Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *Preventive Medicine, 31*, 467-73.
- INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística. Acedido em http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf
- Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R., & Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina, 24*(3), 256-266.
- Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). The post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine, 3*(1), 2-9.
- Johannesen, M., & Logiudice, D. (2013). Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing, 42*, 7.
- Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder in victims of domestic violence: A review of research. *Trauma, Violence and Abuse, 2*, 99-119.
- Jones, R. T., Ribbe, D. P., & Cunningham, P., (2002). Psychological impact of fire disaster on children and their parents. *Behavior Modification, 26*, 163-86.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: an organismic valuing theory of growth through adversity. *Review General Psychology, 9*, 262-280. doi: 10.1037/1089-2680.9.3.262
- Kaiser, C. F., Sattler, D. N., & Bellack, D. R. (1996). A conservation of resources approach to a natural disaster: sense of coherence and psychological distress. *Journal of Social Behavior & Personality, 11*, 459-76.
- Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K. Y., & Murphy, F. M. (2003). Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Fatigue Syndrome-like illness among Gulf War Veterans: A population-based survey of 30,000 Veterans. *American Journal of Epidemiology, 157*(2), 141-148.

- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review, 22*(4), 499-524.
- Kangas, M., Williams, J. R., & Smee, R. I. (2011). Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: relations with psychosocial wellbeing. *Brain Impairment 12*, 105-116.
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD Research Quarterly, 16*(2), 1-8.
- Kaniasty, K. (2012). Predicting social psychological well-being following trauma: the role of postdisaster social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(1), 22-33.
- Kaplan, R. M. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research, 12*(1), 3- 16.
- Kar, N. & Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalized anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2*, 1-7. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-17>
- Kar, N. (2009). Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions. *World Journal of Pediatrics, 5*(1), 5-11.
- Karam, E. G., Friedman, M. J., & Hill, E. D. (2013). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month ptsd in the world mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety, 31*, 130-142.
- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). *War, stress and neurotic illness*. New York: Paul Hoeber.
- Katschnig, H. (2006). How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freedman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 3- 17). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Kawakami, N., Tsuchiya, M., & Umeda, M., (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Journal of Psychiatric Research, 53*, 157-165.
- Kenardy, J., Heron-Delaney, M., Warren, J., & Brown, E. (2015). The effect of mental health on long-term health-related quality of life following a road traffic crash: results from the UQ SuPPORT study. *Injury, 46*(5), 883-90.

- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A., (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1133-1145.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal Clinical Psychiatry*, 61(5), 4-12.
- Kessler, R. C, Sonnega, A., & Bromet, E. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Khati, I., Hours, M., Charnay, P., Chossegros, L., Tardy, H., Nhac-Vu, HT, ... Laumon, B. (2013). Quality of life 1 year after a road accident: Results from the adult ESPARR cohort. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 4(1), 301-11.
- Kim, B., White, K., & Patterson, P. (2016). Understanding the experiences of adolescents and young adults with cancer: A meta-synthesis. *European Journal of Oncology Nursing*, 24, 39-53.
- Kira, I., Lewandowsk, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B., & Mohanesh, J. (2008). Measuring cumulative trauma dose, types and profiles using a development-based taxonomy of trauma, *Traumatology: An International Journal*, 14, 62-87.
- Klomp, J. & Valckx, K. (2014). Natural disasters and economic growth: A meta-analysis. *Global Environmental Change*, 26, 183-95.
- Koren, D., Arnon, I., & Klein, E., (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 367-373.
- Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, M. E. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: A matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *American Journal of Psychiatry*, 162, 276-282.
- Krause, D., Kaltman, S., Goodman, L., & Dutton, M. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 83-90.

- Kulka, R. A., Schlenger, W. A., Fairbanks, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., Cranston, A. S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Kwon, Y., Maruyama, S., & Morimoto, K. (2001). Life events and posttraumatic stress in Hanshin-Awaji earthquake victims. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *6*, 97-103.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Vernberg, E. M. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 12-23.
- Lehmann, A. C. (1997). Habituelle und situative Rezeptionsweisen beim Musikhören oder: Versuchen wir, immer gleich zu hören? In: M. L. Schulten (Ed.) *Musikvermittlung als Beruf* (pp. 78-92). Essen, Germany: Die blaue Eule.
- Gerardo, M. L. S. (2014). *Violência Doméstica contra as mulheres: Duas histórias de vida narradas no feminino* (Dissertação de Mestrado não publicada). ISPA - Instituto Universitário, Lisboa.
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 1030-1037.
- Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *17*, 89-106.
- Levendosky, A., & Graham-Bermann, S. (2001). Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, *16*, 171-192.
- Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: From every interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, *121*, 1441-1460.
- Lilly, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2009). Ethnicity and risk for symptoms of posttraumatic stress following intimate partner violence: Prevalence and predictors in European American and African American women. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*, 3-19.
- Lindemann, E. (1994) Symptomatology and management of acute grief. 1944. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 155-160.
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma*, *5*(1), 50-55. doi:10.1037/a0022030.

- Loos, S., Wolf, S., Tutus, D. & Goldbeck, L. (2015). Frequency and Type of Traumatic Events in Children and Adolescents with a Posttraumatic Stress Disorder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(8), 617-633.
- Lopes, B., van Griensven, F., Thienkrua, W., Pahyayong, B., Chakkraband, M. L. S., & Tantipiwatanaskul, P. (2009). The mental health impact of the Southeast Asia tsunami. In Y. Neria, S. Galea, & F.H. Norris (Eds.), *Mental Health and Disasters* (pp. 387-395). New York: Cambridge University Press.
- Luís, J., & Ribeiro, P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3, 179-191.
- Machado, C. & Gonçalves, R. A. (2003). *Violência e Vítimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto.
- Marcelino, D., & Figueiras, M. J. (2007). A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: Influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doença*, 8 (1), 95-106.
- McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K. (1996). Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: Prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25, 313-320.
- Madakasira, S., & O'Brien, K. F. (1987). Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 286-90.
- Magaya, L., Asner-Self, K. K., & Schreiber, J. B. (2005). Stress and coping strategies among Zimbabwean adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 75(4), 661-671. doi:10.1348/000709905X25508.
- Magruder, K. M., Frueh, B. C., Knapp, R. G., Johnson, M. R., Vaughan, J. A., Carson, T. C., ... Herbert, R. (2004). PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 293-301.
- Magruder, K. M., Frueh, B. C., & Knapp, R. G. (2005). Prevalence of posttraumatic stress disorder in Veterans Affairs primary care clinics. *General Hospital Psychiatry*, 27, 169-79.
- Maguen, S., Cohen, B., Cohen, G., Madden, E., Bertenthal, D., & Seal, K. (2012). Gender differences in health service utilization among Iraq and Afghanistan veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Women's Health*, 21(6), 666-673.

- Maia, A. C. & Fernandes, M. E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e Avaliação da Resposta ao Trauma. In M. G. Pereira & J. M. Ferreira (Coords.), *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Lisboa: Climepsi.
- Maia, A. (2007). Factores Preditores de PTSD e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise. In L. Sales (Coord.) *Psiquiatria da Catástrofe* (pp. 263-76). Coimbra: Almedina.
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da guerra: Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In M. Gama (Org.) *A Guerra Colonial* (pp. 11-28). Braga: Centros de Estudos Lusíadas.
- Malta, L., Levitt, J., Martin, A., Davis, L., & Cloitre, M. (2009). Correlates of functional impairment in treatment-seeking survivors of mass terrorism. *Behavior Therapy, 40*, 39-49.
- Malt, U. F., & Tjemsland, L. (1999). PTSD in women with breast cancer. *Psychosomatics, 40*(1), 89.
- Manne, S., DuHamel, K., & Redd, W. H. (2000). Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychooncology, 9*, 372-384.
- Marcelino, D. (2012). *Impacto Psicológico Da Prática Dos Bombeiros : Trauma, Saúde Mental E Expressão Emocional* (Tese de Doutoramento, não publicada), ISPA - Instituto Universitário, Lisboa.
- Matos, M. (2002). Violência conjugal. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords.). *Violência e vítimas de crimes. Vol. I: Adultos* (pp. 81-130). Coimbra: Quarteto.
- Matos, M. (2004). Violência nas relações de intimidade: retratos e práticas. *Família, Violência e Crime, de Polícia e Justiça, III Série* (número especial temático), 105-121.
- Matthieu, M. & Ivanoff, A. (2006). Treatment of human-caused trauma: attrition in the adult outcomes research. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 1654-1664.
- McFarlane, A. C. (1988). The phenomenology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 22-9.
- McFarlane, A. C. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry, 154*, 221-8.

- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. & Kessler, R. C. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815-830.
- McMillen, J. C., North, C. S., & Smith, E. M. (2000). What parts of PTSD are normal: intrusion, avoidance, or arousal? Data from the Northridge, California earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 57-75.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106, 127-33.
- Mechanic, M., Weaver, T., & Resick, P. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634-654.
- Mehta, S., Ameratunga, S. N. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among children and adolescents who survive road traffic crashes: a systematic review of the international literature. *Journal Pediatric Child Health*, 48, 876-885. doi: 10.1111/j.1440-1754.2011.02076.x.
- Meichenbaum, D. (1994). Victims of domestic violence (spouse abuse). In D. Meichenbaum (Org.), *A Clinical Handbook / Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)* (pp. 77-91). Ontario: Institute Press.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669- 682.
- Merbaum, M., & Hefez, A. (1976). Some personality characteristics of soldiers exposed to extreme war stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 1-6.
- Merrill, R., Brown, R., Alder, S., Baker, R., Byrd, A., White, G., & Lyon, J. (2007). Psychological disorders among children and the parents of children undergoing cancer workup. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(3), 1-18.
- Meyer, C., & Markgraf, E. (2000). Injuries and being injured. Invisible wounds after accidental trauma. *Zentralblatt fur Chirurgie*, 125(9), 710-716. DOI: 10.1055/s-2000-10676.
- Miron, L. R., Orcutt, H. K., Hannan, S. M., & Thompson, K. L. (2014). Childhood abuse and problematic alcohol use in college females: The role of self-compassion. *Self & Identity*, 13(3), 364-379. doi:10.1080/15298868.2013.836131.

- Montero, I., Martín-Baena, D., Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Vives-Cases, C., & Talavera, M. (2013). Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization. *Journal of women & aging, 25*(4), 358-371.
- Mogotsi, M., Kaminer, D., & Stein, D. J. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry, 8*, 273– 282.
- Moore, R. H. (1993). Traumatic incident reduction: a cognitive-emotive treatment of post-traumatic stress disorder. In W. Dryden and L. Hill (Eds.) *Innovations in rational-emotive therapy*. Newbury Park, CA: Sage.
- Morgan, L., Scourfield, J., & Williams, D. (2003). The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *British Journal of Psychiatry, 182*, 532-6.
- Morrill, E.F., Brewer, N.T., O'Neill, S.C., Lillie, S.E., Dees, E.C., Carey, L.A., & Rimer, B.K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psychooncology, 17*(9), 948-53.
- Mozzambani, A., Ribeiro, R., Fuso, S., Fiks, J., & Mello, M. (2010). Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33*(1), 43-47.
- Mundy, E. A., Blanchard, E. B., Cirenza, E., Gargiulo, J., Maloy, B., & Blanchard, C. G. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 1015-1027.
- Najarian, L., Goenjian, A.K., Pelcovitz, D., Mandel, F., Najarian, B. (2001). The effect of relocation after a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 511-526.
- National Institute for Clinical Excellence - NICE (2014). *Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Nemeroff, C., Bremner, J., Foa, E., Mayberg, H., North, C., & Stein, M. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research, 40*(1), 1-21.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2007). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychology and Medicine, 38*(4), 467-480.

- Neugebauer, E., Bouillon, B., Bullinger, M., & Wood-Dauphinee, S. (2002). Quality of life after multiple trauma - summary and recommendations of the consensus conference. *Restorative Neurology and Neuroscience*, *20*(3-4), 161-167.
- Neugebauer, E., & Tecic, T. (2008). Quality of life after severe injuries. *Trauma Berufskrankheiten*, *10*, 99-106.
- Neumayer, E., Plümper, T., & Barthel, F. (2014). The political economy of natural disaster damage. *Global Environmental Change*, *24*, 8-19.
- Neylan, T. C., Lenoci, M., Rothlind, J., Metzler, T. J., Schuff, N., Du, A-T., ... Marmar, C. R. (2004). Attention, learning, and memory in posttraumatic stress disorder. *Journal Traumatic Stress*, *17*, 41-46.
- Nixon, R. D. V., Resick, P. A., & Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, *82*(2), 315-320.
- Norman, L. (1962). *Road traffic accidents: epidemiology, control, and prevention*. Geneva : World Health Organization.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 409-18.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, *65*(3), 207-239.
- North, C. S., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1997). One-year follow-up of survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1696-1702.
- North, C. S., McCutcheon, V., & Spitznagel, E. L. (2002). Three-year follow-up of survivors of a mass shooting episode. *Journal of Urban Health*, *79*, 383-90.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., Schnyder, U., & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, *23*, 587-603.
- Odenbach, J., Newton, A., Gokiert, R., Falconer, C., Courchesne, C., Campbell, S., & Curtis, J. (2014). Screening for post-traumatic stress disorder after injury in the pediatric

- emergency department - a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 3, 1-5.
<https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-19>
- Ogle, C., Rubin, D., & Siegler, I. (2013). The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults. *Developmental Psychology*, 49(11), 2191-2200.
- Ohaeri, B. M., Oladele, E. O., & Ohaeri, J. U. (2001). Social support needs and adjustment of cancer patients. *East African Medical Journal*, 78(12), 641-645.
- Ohlin, M., Berg, H., Lie, A., & Algurén, B. (2016). Long-term problems influencing health-related quality of life after road traffic injury - Differences between bicyclists and car occupants. *Journal of Transport & Health*, 4, 180-190.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572- 581.
- Olaya, B., Alonso, J., & Atwoli, L. (2015). Association between traumatic events and posttraumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 172-183.
- Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD (2001). *Ageing and transport: mobility needs and safety issues*. Paris: Author
- Organização Mundial da Saúde - OMS (2015). *Relatório Global sobre o Estado da Segurança Rodoviária*. Genebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Autor.
- Overstreet, C., Berenz, E., Sheerin, C., Amstadter, A., Canino, G., & Silberg, J. (2016). Potentially Traumatic Events, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression among Adults in Puerto Rico. *Frontiers in Psychology*, 7 (469). doi: 10.3389/fpsyg.2016.00469.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52-73.
- Pacheco-Figueiredo, L., & Lunet, N. (2014). Health status, use of healthcare, and socio-economic implications of cancer survivorship in Portugal: results from the fourth national health survey. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(4), 611-617.

- Parikh, D., De lesio, P., & Garvey, G. (2015). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients - a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 16(2), 641-646.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal Personality* 64, 71-105. 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x.
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 50-8.
- Pedersen, S. S., Middel, B., & Larsen, M. L. (2003). Posttraumatic stress disorder in first-time myocardial infarction patients. *Heart & Lung* , 32, 300 -7.
- Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp 263-284). New York: Oxford University Press.
- Pereira, A. (2012). *Trauma E Perturbação de Stress Pós-Traumático* (Dissertação de Mestrado não publicada), ISPA - Instituto Universitário, Lisboa.
- Peres, J., Mercante, J., & Nasello, A. (2005). Promovendo Resiliência em Vítimas de Trauma Psicológico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 131-138.
- Perez, L. M., Jones, J., Englert, D. R., & Sachau, D. (2010). Secondary traumatic stress and burnout among law enforcement investigators exposed to disturbing media images. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25 (2), 113-124.
- Perrin, M., Vandeleur, C., Castelao, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49(3):447-457. doi:10.1007/s00127-013-0762-3.
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Doughty, D. E., Gurwitch, R. H., Fullerton, C. S., & Kyula, J. (2003). Posttraumatic stress and functional impairment in Kenyan children following the 1998 American Embassy bombing. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(2), 133.
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, G. A. (2001). Avaliação do Suporte Social em contexto de Ensino Superior. In *Actas do V Seminário de Investigação e Intervenção Psicológica no Ensino Superior*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Pires, C. L. (2006). As Variáveis Psicossociais e Traumatização Secundária em Mulheres de Ex-Combatentes da Guerra Colonial. In P. Costa, Carlos L. Pires, J. Veloso & Catarina L.

- Pires (Eds), *Stresse Pós-traumático: Modelos, Abordagens e Práticas* (pp. 134-46). Leiria (Portugal): Editorial Diferença.
- Pires, T. (2005). *Perturbação de Stress Pós-Traumático Em Vítimas de Acidentes Rodoviários* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Pollack, A., Weiss, B., & Trung, L. (2016). Mental health, life functioning and risk factors among people exposed to frequent natural disasters and chronic poverty in Vietnam. *British Journal of Psychiatry Open* 2(3), 221-232.
- Poseck, B., Baquero, B., & Jiménez, M. (2006). La Experiencia Traumática des de la psicología Positiva: Resiliencia Y Crecimiento Postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Qureshi, S. U., Pyne, J. M., Magruder, K. M., Schulz, P. E., & Kunik, M. E. (2009). The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: a systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 80(2), 87-97. doi: 10.1007/s11126-009-9096-4.
- Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 43-54.
- Rao, K. (2006). Psychosocial support in disaster-affected communities. *International Review of Psychiatry*, 18(6), 501-505.
- Read, J. P., Griffin, M. J., Wardell, J. D., & Ouimette, P. (2014). Coping, PTSD symptoms, and alcohol involvement in trauma-exposed college students in the first three years of college. *Psychological Addictive Behaviour*, 28(4), 1052-1064. doi: 10.1037/a0038348
- Resick, P. (2000). Post-trauma risk factors and resources: coping, cognitions and social support. In P. Resick (Ed.), *Stress and Trauma* (pp.95-115). New York: Psychology Press.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Dansky, B. S., (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-91.
- Richardson, A. E., Morton, R. P., & Broadbent, E. (2016). Coping strategies predict post-traumatic stress in patients with head and neck cancer. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(10), 3385-3391.
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., & Acierno, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 44(1), 4-19. doi: 10.3109/00048670903393597.

- Roberts, A. L., Gilman, S. E., Breslau, J., Breslau, N., & Koenen, K. C. (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine, 41*, 71-83.
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N. & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, 1-129. doi: 10.1002/14651858.CD010204.pub2
- Rosenberg, H. J., Rosenberg, S. D., Wolford, G. L., Manganiello, P. D., Brunette, M. F., & Boynton, R. A. (2000). The relationship between trauma, PTSD, and medical utilization in three high risk medical populations. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 30*, 247-59.
- Rosenman, S. (2002). Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: findings in the population sample of the Australian national survey of mental health and wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 515-520.
- Roussos, A., Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Sotiropoulou, C., Kakaki, M., Kabakos, ... Manouras, V. (2005). Posttraumatic stress and depressive reactions among children and adolescents after the 1999 earthquake in Ano Liosia, Greece. *American Journal of Psychiatry, 162*(3), 530-537.
- Rizzo, P. B., Maronato, F., Marchiori, C., & Gaya A. (2008). Long-term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation. *The Laryngoscope, 118*, 300-306.
- Salcioglu, E., Urhan, S., Pirinccioglu, T., & Aydin, S. (2017). Anticipatory Fear and Helplessness Predict PTSD and Depression in Domestic Violence Survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy, 9*(1), 117-125. doi: 10.1037/tra0000200
- Salter, E., & Stallard, P. (2004) Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress. 17*(4), 335-40.
- Sandler, J. (1991). Trauma Project. *International Review of Psycho-Analysis, 18*, 133-141.
- Saranson, I., Levine, H., Bashman, R., & Saranson, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal Personality Social Psychology, 44*(1), 127-139.
- Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., & Asmundson, G. J. G. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. national comorbidity survey. *Depression and Anxiety, 21*, 193-202.

- Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., & Asmundson, G. J. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine*, *69*(3), 242-248.
- Satcher, D., Fryer Jr, G. E., McCann, J., Troutman, A., Woolf, S. H., & Rust, G. (2005). What if we were equal? A comparison of the black-white mortality gap in 1960 and 2000. *Health Affairs*, *24*(2), 459-464.
- Savoca, E., & Rosenheck, R. (2000). The civilian labor market experiences of Vietnam-era veterans: The influence of psychiatric disorders. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, *3*, 199-207.
- Sawchuk, C. N., Roy-Byrne, P., Goldberg, J., Manson, S., Noonan, C., Beals, J., & Buchwald, D. (2005). The relationship between post-traumatic stress disorder, depression and cardiovascular disease in an American Indian tribe. *Psychological Medicine*, *35*, 1785-94.
- Schneier, F. R., & Pantol, G. (2006). Quality of life in anxiety disorders. In H. Katschnig, H. Freedman, & N. Sartorius (Eds.). *Quality of life in mental disorders* 2nd ed. (pp. 141-152). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Sengupta, A., Jankowski, M. K., & Holmes, I. (2000). PTSD and utilization of medical treatment services among male Vietnam veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*, 496-504.
- Schnurr, P.P., Lunney, C.A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *17*, 85-95.
- Schwarz, R. (2013). *Tools for transforming trauma*. New York: Brunner-Routledge.
- Schwartz R., Sison C., Kerath S., Murphy L., Breil T., Sikavi D., & Taioli E. (2015). The impact of Hurricane Sandy on the mental health of New York area residents. *American Journal on Disaster Medicine*. *10*(4), 339-46. doi: 10.5055/ajdm.2015.0216.
- Scott K. M., Koenen K. C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Angermeyer M. C., Benjet C., ... Kessler, R. C. (2013) Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: a cross-national, cross-sectional study. *PLoS One*, *8*(11). doi: 10.1371/journal.pone.0080573
- Shalev, A. Y. (1992). Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*, 505-9.

- Shannon, M. P., Lonigan, C. J., Finch Jr., A. J., & Taylor, C. M. (1994). Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 80-93.
- Sharain, S., Debra, K., & Soraya, S. (2005). Assessment techniques and South African community studies of trauma and posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal Of Child & Adolescent Mental Health*, 17(2), 55-62. doi: 10.2989/17280580509486601
- Silva, L. F. (1995). *Entre marido e mulher alguém mete a colher*. Celorico de Basto: A bolina.
- Siqveland, J., Nygaard, E., Hussain, A., Tedeschi, R. G., & Heir, T. (2015). Posttraumatic growth, depression and posttraumatic stress in relation to quality of life in tsunami survivors: a longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-8. doi: 10.1186/s12955-014-0202-4
- Skarsater, I., Langius, A., Agren, H., Haggstrom, L., & Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 258-264.
- Sloan, P., Rozensky, R. H., & Kaplan, L. (1994). A shooting incident in an elementary school: effects of worker stress on public safety, mental health, and medical personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 565-574.
- Sluys, K., Haggmark, T., & Iselius, L. (2005). Outcome and quality of life 5 years after major trauma. *Journal of Trauma*, 59(1), 223-232.
- Smith, M. E. (2003). Recovery from intimate partner violence: A difficult journey. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 543-573.
- Smith, M. Y., Redd, W.H., Peyser, C., & Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology*, 8(6), 521-537.
- Smith, M. W., Schnurr, P. P., & Rosenheck, R. M. (2005). Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Mental Health Services Research*, 7, 89-101.
- Smith, S. K., Williams, C. S., Zimmer, C. R., & Zimmerman, S. (2011). An exploratory model of the relationships between cancer-related trauma outcomes on quality of life in non-Hodgkin lymphoma survivors. *Journal Psychosocial Oncology*, 29, 19-34.

- Soberg, H. L., Finset, A., Bautz-Holter, E., Sandvik, L., & Roise, O. (2007). Return to work after severe multiple injuries: a multidimensional approach on status 1 and 2 years postinjury. *Journal of Trauma*, *62*(2), 471-481.
- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., ... Bleich, A. (1992). From front line to home front: A study of secondary traumatization Family. *Family Process*, *31*(3), 289-302.
- Sørensen, J., Kruse, M., Gudex, C., Helweg-Larsen, K., & Brønnum-Hansen, H. (2012) Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses. *Health and quality of life outcomes*, *10*(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-113>.
- Southwick, S.M., Vythilingam, M., & Charney, D.S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 255-91.
- Souza, M., & Cervený, C. (2006). Resiliência Psicológica: Revisão Da Literatura E Análise Da Produção Científica. *Interamerican Journal of Psychology*, *40*(1), 119-26.
- Spurrell, M.T., & McFarlane, A.C. (1993). Post-traumatic stress disorder and coping after a natural disaster. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *28*, 194-200.
- Srivastava, K. (2010). Disaster: Challenges and perspectives. *Industrial Psychiatry Journal*, *19*, 1-4.
- Stöckl, H., Watts, C., & Penhale, B. (2012). Intimate partner violence against older women in Germany: Prevalence and associated factors. *Journal of Interpersonal Violence*, *27*(13), 2545-2564.
- Sulliman, S., Mkabile, S., Fincham, D., Ahmed, R., Stein, D., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(2), 121-127.
- Tamara, M., & Linda L. (2011). Violence as a Public Health Risk. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *5*(5), 392-406.
- Tanielian, T., & Jaycox, L. (2008). *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

- Taubman-Ben-Ari, O., Rabinowitz, J., Feldman, D., & Vaturi, R. (2001). Post-traumatic stress disorder in primary-care settings: prevalence and physician's detection. *Psychological Medicine, 31*, 555-60.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*, 1161-1173.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry 15*(1), 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American journal of psychiatry 148*, 10-20.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology, 9*(1), 150-162.
- Thompson, M. P., Norris, F. H., & Hanacek, B. (1993). Age differences in the psychological consequences of Hurricane Hugo. *Psychology and Aging, 8*, 606-616.
- Thornton, A. A., & Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psychooncology, 15*, 285-296.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*, 959-992.
- Trappler, B., & Friedman, S. (1996). Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklyn Bridge shooting. *American Journal of Psychiatry, 153*, 705-707.
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 7*(12), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Trickey, D., Siddaway, A.P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., Field, A.P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 32*, 122-138. doi: 10.1016/j.cpr.2011.12.001
- Tsujiuchi, T., Yamaguchi, M., Masuda, K., Tsuchida, M., Inomata, T., Kumano, ... Mollica, R. (2016). High Prevalence of Post-Traumatic Stress Symptoms in Relation to Social Factors in Affected Population One Year after the Fukushima Nuclear Disaster. *PLOS ONE, 11*(3), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0151807.

- Ulman, R. B., & Brothers, D. (1987). A self-psychological reevaluation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and its treatment: shattered fantasies. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15, 175-203.
- UNRIC - Centro Regional de Informação das Nações Unidas para a Europa Ocidental (2016) *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável*. Acedido em https://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2edicao_web_pages.pdf
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Epstein, R. S., Crowley, B., Kao, T., Vance, K., Craig, K. J., Dougall, A. L., & Baum, A. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 156, 589-595.
- Üzümcüoğlu, Y., Özkan, T., Lajunen, T., Morandi, A., Orsi, C., Papadakaki, M., & Chliaoutakis, J. (2016). Life quality and rehabilitation after a road traffic crash: a literature review. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 40, 1-13.
- Valdez, C. E., & Lilly, M. M. (2014). Biological sex, gender role, and criterion A2: Rethinking the “gender gap” in PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 34-40.
- Valdez, C. E., & Lilly, M. M. (2015). Posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence: An assumptive world process. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 215-231. doi: 10.1177/0886260514533154.
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In, M. G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (coords), *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 91-197). Lisboa: Climepsi.
- Van der Kolk, B.A. (2000) Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2(1), 7-22.
- Van der Velden, P. G., Grievink, L., Kleber, R. J., Drogendijk, A. N., Roskam, A. J., Marcelissen, F. G., ... Gersons, B. P. (2006). Post-disaster mental health problems and the utilization of mental health services: a four-year longitudinal comparative study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health*, 33, 279-288.
- van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(1), 71-76.

- van Zuiden, M., Kavelaars, A., & Geuze, E. (2013). Predicting PTSD: pre-existing vulnerabilities in glucocorticoid-signaling and implications for preventive interventions. *Brain, Behavior, and Immunity, 30*, 12-21.
- Varela, M., & Leal, I. (2008). Perturbação de pós-stress traumático, estratégias de *coping* e suporte social. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Orgs), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 399-402). Porto: Universidade do Porto.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Vernberg, E. M., La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 237-48.
- Vingilis, E., Larkin, E., Stoduto, G., Parkinson-Heyes, A., & McLellan, B. (1996). Psychosocial sequelae of motor vehicle collisions: a follow-up study. *Accident Analysis & Prevention, 28*(5), 637-645.
- Wachen, J. S. (2014). Cancer-related PTSD symptoms in a veteran sample: association with age, combat PTSD, and quality of life. *Psychooncology, 23*(8), 921-7.
- Wang, Y., Wang, H., Wang, J., Wu, J. & Liu X. (2013). Prevalence and predictors of posttraumatic growth in accidentally injured patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*(1), 3-12.
- Ware, J. E. Jr. (2000). SF-36 health survey update. *Spine (Phila Pa 1976), 25*(24), 3130-3139.
- Warsini, S., West, C., Mills, J., & Usher, K. (2014). The psychosocial impact of natural disaster among adult survivors: an integrative review. *Issues in Mental Health Nursing, 35*, 420-436.
- Weeks, L. E., & LeBlanc, K. (2011). An ecological synthesis of research on older women's experiences of intimate partner violence. *Journal of Women & Aging, 23*(4), 283-304. doi: 10.1080/08952841.2011.611043
- Weems, C., Russell, J., Neill, E., Berman, S., & Scott, B. (2016). Existential Anxiety Among Adolescents Exposed to Disaster: Linkages Among Level of Exposure, PTSD, and Depression Symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 29*(5), 466-473.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine, 346*(2), 108-114.

- Yi, J., Zebrack, B., Kim, M. A., & Cousino, M. (2015). Posttraumatic Growth Outcomes and Their Correlates Among Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, *40*(9), 981-991.
- Youngner, C. G., Burton, M. S., & Price, M. (2012). The contributions of prior trauma and peritraumatic dissociation to predicting post-traumatic stress disorder outcome in individuals assessed in the immediate aftermath of a trauma. *The Western Journal of Emergency Medicine*, *13*, 220-224.
- Zatzick, D., Kang, S., Muller, H., Russo, J., Rivara, F., Katon, W., ... & Roy-Byrne, P. (2002). Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 941-64.

Anexos

Departamento de Psicologia e Educação da FCSH da UBI

Programa de Doutoramento em Psicologia

O presente estudo, inserido no âmbito de uma tese de Doutoramento, visa estudar as consequências de diferentes acontecimentos críticos na vida das pessoas. Para tal, agradecemos que respondesse a algumas questões que fazem parte da referida investigação. Todos os dados serão trabalhados de forma conjunta, garantindo-se em todos os momentos a confidencialidade dos mesmos, pelo que em momento algum lhe será solicitada nenhuma informação que o/a possa identificar.

Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) é possível desistir de colaborar neste projecto.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Para eventuais dúvidas, contacte o técnico responsável:

Miguel Arriaga

Endereço electrónico: m09arriaga@gmail.com

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Tendo sido informado sobre todos os aspectos que envolvem o estudo acima descrito, declaro que concordo em colaborar neste estudo, de forma livre e voluntária.

Data:

(Rubrica do participante)

(Assinatura do investigador)

Idade: _____

Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- União de facto
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

Tem filhos: Sim Não. Se sim quantos: ____

Número de elementos do agregado familiar: ____

Habilitações literárias:

- 1.º Ciclo
- 2.º Ciclo
- 3.º Ciclo
- Secundário
- Ensino Superior
- Mestrado
- Doutoramento

Situação profissional:

- Estudante
- Empregado. Profissão:

- Desempregado

- Outra (ex: recebe subsídios de apoio como RSI):

Incidente Crítico

vivido: _____

Há quanto tempo

ocorreu: _____

Teve alguma alteração/lesão física resultado do Incidente crítico (ex: acidente; doença; violência) que experienciou:

- Sim Não

Qual o acontecimento crítico que mais o marcou até hoje (ex: acidente; doença; morte inesperada, separação): _____
