



UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Sintomatologia de stress pós-traumático em pessoas com lesões vertebro-medulares

Liliana Patrícia Marques Barreiras (e-mail: liliana_barreiras@gmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica, subárea de especialização de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão.

Sintomatologia de *stress* pós-traumático em pessoas com lesões vertebro-medulares

Resumo: O presente estudo visa explorar a relação entre os sintomas de *stress* pós-traumático e a lesão medular, considerando a eventual influência de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, rendimentos), clínicas (quadro clínico, classificação neurológica, tempo de lesão, causa da lesão), psicopatológicas (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo), das experiências peritraumáticas, do suporte social e do locus de controlo na reabilitação.

A amostra é composta por 22 sujeitos com lesão medular em regime de internamento no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP).

Os resultados evidenciam que a idade, a escolaridade, a satisfação com o suporte social (Escala de Satisfação com o Suporte Social) e o locus de controlo (Escala de Locus de Controlo na Reabilitação) funcionam como variáveis dimensionais, com um contributo significativo no desenvolvimento da Perturbação de *Stress* Pós-traumático.

Palavras-chave: lesão medular, *stress* pós-traumático, suporte social, locus de controlo, experiências peritraumáticas

Posttraumatic stress symptomatology in persons with spinal cord injury

Abstract: This study aims to explore the relationship between the symptoms of post-traumatic stress and spinal cord injury, considering the possible influence of sociodemographic variables (gender, age, education, income), clinical (clinical, neurological classification, injury time, cause the injury), psychopathology (somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism), the peritraumatic experiences, social support and locus of control in rehabilitation.

The sample consists of 22 individuals with spinal cord injured that are inpatient at the Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP).

The results showed that age, education, satisfaction with social support (Satisfaction with Social Support Scale) and the control locus (Locus of Control in Rehabilitation Scale) work as dimensional variables, with a significant contribution in the development of Posttraumatic Stress Disorder.

Key Words: spinal cord injury, posttraumatic stress, social support, locus of control, peritraumatic experiences

Agradecimentos

A realização desta Dissertação de Mestrado só foi possível graças à colaboração e ao contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas e instituições, às quais gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento.

Começo pelos mais importantes: a minha família. A vocês tudo devo e é graças ao vosso esforço que agora escrevo estas palavras. Obrigada por todas as portas que me abriram, por toda a compreensão e amor que me dão. Por sempre acreditarem em mim sem nunca me pedirem nada em troca. Espero, um dia, retribuir e compensar-vos por todo o vosso apoio e constante dedicação.

Aos meus amigos, que souberam respeitar a minha ausência ao longo de vários meses, mas que estiveram lá sempre que precisei e de uma forma ou de outra me deram força para nunca desistir. Em especial ao Metelo, à Vanessa, à Louro e ao Carlinhos.

Ao Vítor, agradeço por me transmitires equilíbrio quando tudo parece estar a desmoronar. Obrigado por estares ao meu lado, por me reconfortares e nunca me deixares desistir de nada.

Ao Pejô, à Iolanda, à Cheila, à Joana e à Mafalda que, ao mesmo tempo, acompanharam e partilharam este caminho tão difícil comigo.

Um especial agradecimento à Joana e à Magda, pela ajuda, pela orientação, pela partilha de conhecimentos e, sobretudo pela paciência e compreensão.

Ao Professor Doutor Rui Paixão, pela disponibilidade, pelo conhecimento e ensinamentos partilhados neste meu percurso académico.

Ao Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais (CMRRC-RP) por permitir a recolha de uma amostra tão específica.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento muito especial aos doentes do CMRRC-RP, pela facilidade com que se dispuseram a partilhar um pouco do seu tempo para esta investigação.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico	2
1. Lesão Medular.....	2
2. Variáveis psicológicas.....	4
2.1. Trauma e Perturbação de pós-stress traumático	4
2.2. Experiências Dissociativas Peritraumáticas	6
2.3. Suporte Social	7
2.4. Locus de Controlo na Reabilitação	9
II. Objetivos	11
III. Metodologia	12
1. Amostra	12
2. Instrumentos.....	13
2.1. Questionário de caracterização (sociodemográfica e clínica)	13
2.2. PTSD Checklist – Versão Civil (PCL-C).....	13
2.3. Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDPT)	14
2.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	14
2.5. Escala de Locus de Controlo na Reabilitação (ELCR).....	15
2.6. Brief Symptom Inventory (BSI).....	15
3. Procedimentos.....	16
V. Apresentação dos Resultados.....	17
VI. Discussão dos resultados.....	20
Conclusão.....	24
Bibliografia	26
ANEXOS.....	33

Introdução

“A compreensão da dinâmica do mundo mental na pressão da incapacidade física tem demonstrado uma complexidade ímpar pela dureza de algumas realidades incontornáveis” (Oliveira, 2010, p. 15).

Efetivamente a lesão medular (LM) é um evento traumático gerador de grande imprevisibilidade, pois mudanças físicas irreversíveis bloqueiam a capacidade da pessoa realizar as suas necessidades primordiais (Pereira & Araujo, 2006), podendo a reação psicológica ser tão brutal quanto inesperada, pois a alteração irreversível do corpo provoca um grande choque emocional no sujeito (Galhordas & Lima, 2004).

O acontecimento traumático encontra-se sobretudo ligado a reações de resposta ao *stress* que podem ser momentâneas e, portanto, de duração relativamente curta, ou prolongar-se no tempo dando origem a diversas patologias como a perturbação de stress pós-traumático (Pereira, 2012).

Neste contexto, a realidade psíquica dos sujeitos com LM internados em regime de reabilitação ganha uma importância fundamental considerando não apenas a dimensão traumática antes referida mas, também, o trabalho de reabilitação que deve ser realizado com estes sujeitos. E, com isto, surge a necessidade de incluir as variáveis suporte social e locus de controlo na reabilitação. É relevante perceber de que tipo de apoio estes sujeitos dispõem nesta fase conturbada, assim como compreender qual a perceção e motivação que cada um tem na sua reabilitação.

O trabalho agora apresentado visa explorar a importância da realidade psíquica dos sujeitos LM avaliando a relação das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, rendimentos), clínicas (quadro clínico, classificação neurológica, tempo de lesão, causa da lesão), psicossociais (suporte social), psicológicas (locus de controlo) e psicopatológicas no desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumático (PSPT). Neste sentido, serão estudados 22 pacientes com a PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C; Marcelino & Gonçalves, 2012), a Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (QEDP; Maia, Fernandes & McIntyre, 2001), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Pais-Ribeiro, 1999), a Escala de Locus de Controlo na Reabilitação (ELCR; Oliveira & Paixão, 1998) e o Brief Symptom Inventory (BSI; Canavarro, 1999).

I. Enquadramento Teórico

1. Lesão Medular

“Se pensarmos na importância fisiológica da medula, não só como transmissor de impulsos e mensagens do cérebro para todas as partes do corpo, e vice-versa, mas também como um centro nervoso em si próprio, controlando funções como postura, micção, intestino, função sexual, respiração e regulação térmica, apercebemo-nos das consequências que uma lesão a este nível poderá ter” (Faria, 2006, p. 46). De modo a determinar estas consequências, relacionando-se com a gravidade da lesão e com o prognóstico, a *American Spinal Injury Association* (ASIA) estabeleceu padrões internacionais para a uniformização de critérios de classificação neurológica e funcional (Faria 2006), classificando-as em três categorias: nível funcional, extensão e nível neurológico da lesão (Maynard et al., 1997).

Do ponto de vista funcional, por exemplo, estas lesões podem ser de duas categorias: tetraplegia e paraplegia. Define-se tetraplegia como a redução ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos cervicais, devido à lesão do tecido nervoso medular. Desta lesão pode resultar a redução ou perda de função nos membros superiores, no tronco e nos órgãos abdominais pélvicos. A paraplegia refere-se à redução ou perda de função motora e/ou sensorial nos segmentos torácico, lombar ou sacral da medula espinhal. A função dos membros superiores é preservada, mas o tronco, os membros inferiores e os órgãos pélvicos podem ficar comprometidos (ASIA, 2003).

Quanto à extensão da lesão pode classificar-se como completa, quando não existe função sensorial e motora abaixo do nível da lesão, e incompleta quando há preservação de alguma função motora e sensorial (Faria, 2006).

O nível neurológico é obtido através de um exame neurológico, onde se determina o nível sensitivo e o nível motor (Faria, 2006). Assim, quando existe alteração das funções no segmento cervical (C1-C8) ocorre uma tetraplegia; e no segmento dorsal (D1-D12), lombar (L1-L5) ou sacral (S1-S4), ocorre um quadro de paraplegia (Maynard et al., 1997). Como medida complementar é, ainda, habitual utilizar a *Functional Independence Measure* (FIM) que avalia o impacto da lesão medular na execução das atividades de vida diárias (Laíns, 1991; Maynard et al., 1997).

Posto isto, define-se uma lesão como sendo uma paraplegia ou tetraplegia, completa ou incompleta e caracteriza-se o nível motor e sensitivo recorrendo aos critérios estabelecidos pela ASIA (Garrett, Martins, & Teixeira, 2009).

Etiologicamente as lesões medulares podem ser divididas em duas categorias: lesões traumáticas e lesões não-traumáticas. As lesões não-traumáticas resultam de doenças ou condições patológicas, como infeções, tumores, alterações da função vascular, processos degenerativos e

malformações, enquanto que as lesões traumáticas resultam de dano causado por um acontecimento, tal como um acidente de viação, uma queda ou um acidente de mergulho (Schmitz, 1988; Lopes, 2007). A idade tem uma influência considerável na etiologia das lesões medulares; nos grupos etários abaixo dos 40 anos, o traumatismo é a causa da lesão medular em mais de 85% dos casos. Os sujeitos mais expostos a este tipo de lesão são jovens do sexo masculino, quer pela atividade profissional, quer pela prática desportiva ou, simplesmente, pela utilização de um meio de transporte (Faria, 2006).

A informação epidemiológica existente sobre lesões medulares reporta-se com maior frequência às lesões traumáticas (Garrett et al., 2009), mas em Portugal estes estudos são escassos (Faria, 2006). No entanto, foi realizado um estudo de cadeia epidemiológica na Região Centro, sobre os acidentados entre 1989 e 1992 (Martins, Freitas, Martins, Dartigues, & Barat, 1998), que refere uma taxa de incidência de 25.4 por milhão de habitantes, excluindo os sujeitos que não sobreviveram durante o transporte para o hospital e durante o primeiro mês. Considerando a totalidade dos sinistrados, evidencia-se uma incidência de 58 novos casos por milhão de habitantes. Porém, este estudo poderá não estar ajustado à realidade atual, uma vez que se verificou uma melhoria nos cuidados pré-hospitalares, como resultado da melhor cobertura do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), bem como da modificação da sinistralidade (Garrett, 2009).

Segundo os dados da literatura, a principal etiologia da LM traumática no mundo são os acidentes de viação, destacando-se que, na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália este tipo de episódio envolve principalmente veículos de transporte cuja caracterização básica é a presença de quatro rodas. Ao passo que, no sudoeste Asiático, associa-se ao transporte em duas rodas. Por outro lado, na Ásia e na Oceânia, verifica-se maior incidência de quedas de telhados e de árvores. Em contrapartida, nos países em que a população de idosos é bastante numerosa, como o caso do Japão e da Europa Ocidental, a queda da própria altura também se destaca como causa predominante da LM traumática. Acidentes com armas de fogo têm proeminência na América do Norte, Europa Ocidental e na Austrália e casos de violência social estão vinculados à ocorrência de lesões no continente Africano, Oriente Médio e América Latina (Cripps et al., 2011).

De acordo com as estimativas disponíveis para a população mundial, cerca de 20 a 40 indivíduos, por milhão, são portadores de lesão medular, sendo que o segmento proporcionalmente mais atingido é constituído por jovens do sexo masculino e com menor grau de escolaridade (Meyers, 2001).

O quadro clínico resultante de uma lesão medular é complexo, pelo que para o tratamento destes doentes é imprescindível uma equipa médica multidisciplinar e uma equipa de reabilitação multiprofissional. Assim, o objetivo do tratamento de reabilitação visa maximizar as capacidades e as competências funcionais de cada sujeito, ajudando-o a refazer o seu projeto de vida. É, por isso, fundamental recorrer a uma abordagem integral, que incida não apenas nos problemas clínicos, mas que atenda também aos aspetos emocionais, sociais, desportivos, lúdicos e de formação,

contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida, maior independência e participação na sociedade (Faria, 2006).

2. Variáveis psicológicas

2.1. Trauma e Perturbação de pós-stress traumático

A *American Psychological Association* (APA) (2002), define o conceito de trauma como “a experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento grave ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo” (APA, 2002, p.463).

Machado e Gonçalves (2002) defendem que existem três fatores que podem tornar uma situação de vida num acontecimento traumático: a incapacidade do sujeito para a controlar e ao resultado da inexistência desse controlo na segurança individual; o facto de ser uma experiência imprevista; e a atribuição de uma elevada conotação negativa à situação em questão.

De acordo com Resick (2000), a exposição a acontecimentos traumáticos afeta o funcionamento interpessoal, o desempenho sexual, o funcionamento familiar, a capacidade de formar ou manter relações de amizade, a relação que as pessoas estabelecem consigo próprias a nível da autoestima, autoconfiança, confiança no seu próprio julgamento ou nas crenças dos outros sobre o próprio. Podendo ainda alterar o sentimento de segurança e de autossuficiência bem como a suscetibilidade de ligação com outros, colocando as pessoas no caminho da fatalidade (afetando a saúde, o emprego, os relacionamentos interpessoais e o confronto com a morte) (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

Em conformidade com o exposto anteriormente sobre o conceito de trauma e acontecimento traumático, verificamos que os referidos pressupostos são cumpridos pela LM traumática, sendo que estes casos se reportam ao acontecimento traumático vivenciado pelo próprio sujeito. Para além da imprevisibilidade, não controlo, perceção de perigo para a vida do próprio, decorrem da exposição ao acidente consequências psicológicas de âmbito diverso que interferem com o funcionamento individual e na relação deste com o exterior.

Vaz Serra (2003) organiza os acontecimentos traumáticos em quatro níveis: dificuldades diárias na resolução de determinadas situações; situações pontuais que induzem stress e que provocam algum desgaste psicológico até que o problema seja resolvido e ultrapassado; situações que induzem stress crónico, cujo desgaste psicológico se prolonga ao longo do tempo, até o problema estar resolvido e, finalmente, acontecimentos traumáticos cuja gravidade dos efeitos se prolongam no tempo, mesmo após o desaparecimento da causa que lhes deu origem. Assim, a LM traumática

pode ter repercussões em qualquer um destes níveis, de acordo com as consequências pessoais, sociais ou outras e com a duração dos sintomas de perturbação.

A expressão destes sinais e sintomas pode surgir de duas formas diferentes, como resposta à situação traumática: perturbação aguda de *stress* (PAS), de curta duração (entre dois dias a quatro semanas) e a perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT), caracterizada por uma reação grave e persistente dos sintomas acima descritos.

A PAS e a PSPT assemelham-se às perturbações de ansiedade na medida em que os estímulos ambientais podem causar *distress* e desencadear respostas de pânico e de medo intenso. Em ambas as perturbações podem estar presentes pensamentos intrusivos acerca do acontecimento, o evitamento de estímulos perturbadores, a hipervigilância e hiperativação (Barlow, 1988).

Atualmente a PSPT é uma das poucas perturbações definidas no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; 4th ed.; *American Psychiatric Association*, 2002), que se estabelece uma relação linear entre a exposição a experiências traumáticas e o desenvolvimento de psicopatologia. A sintomatologia da PSPT, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) inclui alterações a vários níveis: reexperienciação do acontecimento, evitamento de estímulos relacionados com o acontecimento e sintomas de hiperativação, fornecendo uma lista completa dos sintomas:

“B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente de um (ou mais) dos seguintes modos: (1) lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos e percepções; (2) sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento; (3) atuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a ocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado); (4) mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático; (5) reatividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático.

C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reatividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes: (1) esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma; (2) esforços para evitar atividades, lugar ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma; (3) incapacidade para lembrar aspetos importantes do trauma; (4) interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos; (5) sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros; (6) gama de afetos restringida; (7) expectativas encurtadas em relação ao futuro.

D. Sintomas persistentes de aumento da ativação (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes: (1) dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir; (2) irritabilidade ou acessos de

cólera; (3) dificuldade de concentração; (4) hipervigilância; (5) resposta de alarme exagerada.”

Alguns investigadores têm vindo a fazer alusão à importância da PSPT parcial, de tal forma que consideram nos seus estudos o desenvolvimento de PSPT subsindromal (Blanchard & Hickling, 1997). Nesta categoria inserem-se os sujeitos que não apresentam os sintomas necessários para o preenchimento completo dos critérios de diagnóstico de PSPT, mas cujo funcionamento quotidiano está significativamente afetado.

As investigações mostram que a maioria das pessoas já experimentou pelo menos um acontecimento traumático durante a vida. Norris (1992) verificou que 69% das pessoas experimentam pelo menos um acontecimento traumático durante as suas vidas, sendo a PSPT prevalente em 24% das vítimas de trauma e 9% na população geral (Jaycox & Foa, 1998). Em Portugal, o estudo de Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) encontrou igualmente uma taxa elevada de exposição, verificando que durante a vida 75.7% da população está exposta a pelo menos uma situação traumática e 43.5% a mais do que uma situação. Registou-se, também, uma clara predominância desta perturbação no sexo feminino, com taxas de 11,4% para as mulheres e de 9,8% para os homens, na faixa etária dos 46 aos 65 anos e nos indivíduos viúvos ou divorciados. Por sua vez, a taxa de ocorrência de PSPT em função da atividade profissional, mostrou uma predominância nas domésticas(os) e nos desempregados. Já nos sujeitos com atividade profissional ativa a taxa de ocorrência foi de 7,2%, com predomínio do grupo de trabalhadores não especializados.

No que diz respeito à prevalência, pode dizer-se que varia consoante a gravidade e a repetição do trauma, com fatores relacionados com o passado, com o apoio social e a personalidade do sujeito (Vaz Serra, 2003).

O sujeito com PSPT “vive num estado de expectativa constante, de vigilância relativa a um retorno do evento que é temido, tornando-se de certa forma, cronicamente ansioso. Dada a necessidade desesperada de evitar o confronto com mais um evento como este, o indivíduo tenta arduamente evitar situações que o façam recordar, chegando inclusivamente a tentar suprimir todos os pensamentos ou imagens relacionados com o evento. No entanto, esta tentativa de supressão, juntamente com a necessidade de alguma forma chegar a um acordo com uma presença tão perigosa no seu mundo, resulta numa espécie de retorno do suprimido, em que é obrigado a reviver o passado em devaneios, sonhos ou mesmo flashbacks” (Bergner, 2009, p. 269).

2.2. Experiências Dissociativas Peritraumáticas

Designam-se por experiências dissociativas peritraumáticas as respostas que ocorrem durante e nos momentos imediatamente após o acontecimento traumático ter lugar (McNally, Bryant & Ehlers, 2003; Ozer et al., 2003; Bryant, 2007), definindo-se a dissociação como uma experiência de desconexão do Eu, do mundo, das emoções, das memórias e dos outros (Barlow, 2005).

Para Spiegel e Cardeña (1991), a dissociação pode ser entendida como uma separação estruturada dos processos mentais (pensamentos, emoções, volição, memória e identidade) que é vulgarmente integrada. Por outras palavras, a dissociação “é experienciada como estando fora do controlo da consciência e as memórias dissociativas parecem estar inacessíveis, mesmo que os comportamentos e cognições possam exercer uma influência nos primeiros e na experiência (pessoal do indivíduo)” (p. 367).

Assim, a resposta peritraumática inclui comportamentos observáveis ou sintomas (conversão, agitação, entorpecimento), experiências emocionais e cognitivas (ansiedade, sensação de pânico, embotamento afetivo, confusão) e outros processos e funções mentais que podem funcionar como defesas (Marmar et al., 1994).

É comum que os indivíduos expostos a acontecimentos traumáticos revelem dissociação peritraumática, sendo a dissociação a reação peritraumática mais investigada na literatura, como associada ao desenvolvimento de PSPT e um dos principais fatores de risco para o seu desenvolvimento (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003).

As experiências de desrealização que compõem o fenómeno dissociativo têm sido estudadas nas mais diversas populações, nomeadamente nos veteranos de guerra, sobreviventes de desastres e trabalhadores de emergência (Ursano, Fullerton, Epstein & Crowley, 1999).

Num estudo realizado com veteranos de guerra, Marmar et al. (1994), apontam a dissociação peritraumática como preditor do risco de PSPT independentemente do grau de exposição e das tendências dissociativas gerais.

As investigações realizadas neste âmbito mostram que os sujeitos que apresentam dissociação peritraumática têm maior probabilidade de desenvolver PSPT, sendo este fator o que por si só melhor prediz o risco de PSPT em sujeitos expostos a situações traumáticas (Ozer et al., 2003).

Segundo McNally et al. (2003), as avaliações negativas da dissociação peritraumática são um bom preditor de PSPT subsequente, melhor que as reações dissociativas. A perceção que as pessoas têm do facto do acontecimento ter constituído um momento de ameaça às suas vidas e o receio de morrer ou de poder ter morrido são indicadores importantes de perturbação psicopatológica aos 3 e 6 meses após o acontecimento traumático ter ocorrido (Jeavons, Greenwood & Horne, 2000).

Também Vaz Serra (2003) refere que a perceção que o indivíduo tem do acontecimento é fundamental para a compreensão das manifestações clínicas correspondentes ao desenvolvimento de psicopatologia, referindo que “o importante (...) não é o que acontece, mas o que o indivíduo percebe ou sente” (p.97).

2.3. Suporte Social

As definições mais antigas, como a de Cobb (1976), definem o suporte social como a informação disponível ao sujeito para acreditar que é

cuidado e amado, estimado e valorizado, e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Posteriormente, o conceito desloca-se para uma dimensão mais pessoal e subjetiva, em oposição ao conjunto objetivo de interações e trocas, sendo definido como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983, p.127).

Torna-se simples depreender que os acontecimentos traumáticos têm um impacto pessoal e social muito grande, o que se traduz numa necessidade de suporte social incondicional para reintegrar estes indivíduos no seu contexto familiar, laboral e social, e assim restabelecer a saúde abalada face a estas potenciais adversidades (Freitas, Rodrigues & Maia, 2009). De facto, segundo Dunbar, Ford e Hunt (1998) o suporte social é um dos principais conceitos na Psicologia da Saúde, podendo contribuir na avaliação do *distress* em situações sensíveis.

No âmbito social, a lesão medular, pelas implicações físicas e psicológicas, tem um grande impacto na natureza e profundidade das relações que o indivíduo estabeleceu e pode estabelecer no seu meio. As implicações deste tipo de lesões provocam no sujeito dependência face a outros. Esta situação é ainda agravada pelo facto do isolamento social tender a acontecer após a lesão, a que se associa a irreversibilidade da perda. Tudo isto tende a conduzir o sujeito para um estado geral de elevada insatisfação, e de falta de motivação para com a vida social e profissional (Fechio, Pacheco, Kaihama & Alves, 2009; Gama, 2009).

De qualquer modo, os sujeitos têm necessidade de estabelecer e manter relações de suporte para o seu bem-estar, tornando-se este um aspeto ainda mais saliente em situação de incapacidade física adquirida (Hampton, 2008; Oliveira, 2000).

Alguns estudos desenvolvidos com lesionados vértebro-medulares, têm confirmam esta premissa, nomeadamente o trabalho desenvolvido por Schulz e Decker (1985), onde se constata que o tamanho da rede social destas pessoas, quando comparada com uma amostra sem incapacidade física, é notavelmente mais restrita e pequena, sendo que os sujeitos que detinham níveis mais elevados de suporte revelavam, também, níveis de bem-estar também mais elevados.

De acordo com Ribeiro (1999), verifica-se uma forte correlação entre o apoio social e a saúde, sendo que o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde, desempenhando um papel protetor ao longo de todo o ciclo vital.

Segundo a investigação, o suporte social é um fator de redução do impacto de acontecimentos que causam stress, bem como de perturbações psicológicas, como é o caso da depressão, ansiedade e esquizofrenia (Baptista, Baptista & Torres, 2006; Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997; Lima, 1999; Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha & Morgado, 1996). Barrón (1996) afirma, por exemplo, que quanto menor for o suporte social, maior será a incidência de perturbações, pois quando este é deficitário constitui-se como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações

mentais (Cid, 2008). Assim, as pessoas com elevado suporte social apresentam um melhor ajustamento físico e mental (Symister & Friend, 2003; Vaux, 1988).

O suporte social pode, portanto, ser considerado como um amortecedor das consequências de diferentes acontecimentos traumáticos na vida das pessoas, pois “pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental” (Ramos, 2002, p.160).

2.4. Locus de Controlo na Reabilitação

“As perceções das pessoas relativas ao controlo que podem exercer sobre o seu comportamento em geral e sobre o seu estado de saúde em particular, são consideradas como um dos mais poderosos determinantes das suas atitudes relativas à saúde, o que lhes permite procurar informações, realizar escolhas, tomar decisões e implementar comportamentos relativos à saúde” (Almeida & Pereira, 2006, p. 222).

A maioria das investigações realizadas no domínio das perceções de controlo foca-se nas crenças sobre o locus desse mesmo controlo (Almeida & Pereira, 2006) que, de acordo com a literatura, é um construto relevante para a compreensão das diferenças individuais no ajustamento à LM (Krause, Stanwyck, & Maides, 1998). A noção de locus de controlo advém do contributo de Rotter (1954), que o define como a expectativa individual de um resultado que prediz o comportamento, numa dada circunstância. Por outras palavras, “o construto locus de controlo refere-se às expectativas generalizadas que as pessoas mantêm acerca dos acontecimentos como dependentes do seu próprio comportamento (locus de controlo interno) ou como dependentes de fatores externos como a sorte, o acaso, o destino ou o poder dos outros (locus de controlo externo)” (Barros, Barros & Neto, 1988, p.58). Assim, este fator da personalidade desenvolve-se num *continuum* entre internalidade extrema e externalidade extrema (Ribeiro, 2000), resultando do processo de aprendizagem social através de observação, instrução direta e com incentivos de outros significativos (Almeida & Pereira, 2006).

No caso específico da LM, é comum que os pacientes com um locus de controlo interno experienciem maior bem-estar, menor perceção de dor e maior adaptação à lesão (Conant, 1998; Decker & Schulz, 1985; Krause et al., 1998; Waldron et al., 2010) e com um locus de controlo externo maior *distress* e incapacidade física (Frank, Elliott, Corcoran & Wondedich, 1987; Kennedy & Rogers, 2000; MacLeod & MacLeod, 1998).

De acordo com Strickland (1989), as pessoas com um locus de controlo externo acreditam que o seu sucesso ou fracasso depende de regras exteriores a si mesmo, como o acaso, a sorte ou dos outros, enquanto que as pessoas com um locus de controlo interno acreditam que os seus sucessos ou fracassos são determinados pelas suas ações ou competências, sentindo que exercem maior influência na obtenção de reforços que os externos.

No entanto, para Wallston (1992), “um Locus de Controlo Interno seria condição necessária mas não suficiente para a pessoa desencadear comportamentos adequados ao controlo da saúde. (...) Mas, por a pessoa

valorizar a saúde e se sentir responsável pela mesma, não significa que se sinta capaz de dar os passos adequados para controlar o seu estado de saúde.” (p. 194).

A partir dos trabalhos de Rotter (1954), Levenson (1974) aludiu para a multidimensionalidade do constructo, afirmando que as crenças externas podem dividir-se em Expectativas de Acaso (o reforço seria determinado pela sorte, pelo destino) e Expectativas que os reforços estejam dependentes da ação de “*powerful others*” (como a família ou médicos). O autor defendia que os sujeitos que acreditavam que os “*powerful others*” controlavam as suas vidas poderiam agir de forma diferente dos que acreditavam que os acontecimentos das suas vidas surgiam de forma caótica e imprevisível.

Assim, o conceito expandiu-se em três dimensões independentes: internalidade; influência de outros significativos (*powerful others*); e efeito de ocorrências ao acaso (Levenson, 1981). A internalidade corresponde, no contexto da LM, à autculpabilização e a influência de outros significativos à culpabilização de terceiros. Já o fator “acaso” foi adicionado para abranger eventos considerados fora do controlo de qualquer pessoa.

Em suma, o locus de controlo surge correlacionado com vários aspetos do ajustamento à vida, a internalidade correlaciona-se positivamente com o bem-estar subjetivo e a dimensão *powerful others* (capacidade de cura mágica) negativamente com os indicadores de saúde (Krause et al., 1998).

II. Objetivos

A investigação a seguir apresentada tem como foco o estudo da relação entre os sintomas de *stress* pós-traumático e a LM, considerando a eventual influência de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, rendimentos), clínicas (quadro clínico, classificação neurológica, tempo de lesão, causa da lesão), psicopatológicas (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo), das experiências peritraumáticas, do suporte social e do locus de controlo na reabilitação.

Como objetivos específicos destacam-se os seguintes:

Objetivo 1: Estudar descritivamente as variáveis de *stress* pós-traumático (PCL-C), as experiências dissociativas peritraumáticas (QEDP), a satisfação com suporte social (ESSS), o locus de controlo na reabilitação (ELCR) e a sintomatologia psicopatológica (BSI) nos lesionados medulares em reabilitação fisiatrica.

Objetivo2: Explorar a existência de correlações estatisticamente significativas entre os sintomas de *stress* pós-traumático (PCL-C) e as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, rendimento do sujeito), bem como entre a PCL-C e as variáveis clínicas (Consumo de substâncias, tempo de lesão, quadro clínico e classificação neurológica).

Objetivo 3: Analisar a existência de correlações estatisticamente significativas entre a VD (PCL-C) e as VI's (QEDP, ESSS, ELCR, BSI).

III. Metodologia

1. Amostra

A população em estudo inclui 22 sujeitos lesionados medulares em situação de internamento no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP).

Os critérios de inclusão envolveram a existência de um quadro clínico de tetraplegia ou paraplegia e o regime de internamento de reabilitação no referido centro. Os critérios de exclusão incluíram as situações de comprometimento das capacidades de raciocínio, mnésicas e de comunicação, e idade inferior a 18 anos, seguindo de perto o definido nos estudos de Krause e Dawis (1992), Hampton (2000, 2004), Pollard e Kennedy (2007). A avaliação destes critérios foi realizada considerando a informação médica, os dados diagnósticos e as anamneses realizadas com cada um dos sujeitos.

As características sociodemográficas deste grupo são apresentadas na Tabela 1 e as características clínicas na Tabela 2.

Tabela 1

Características das variáveis sociodemográficas e clínicas

Idade	M (DP); Med	Min./Máx
	43.95 (13.49); 40.50	22/73
Sexo	n	%
Masculino	19	86.40
Feminino	3	13.60
Escolaridade		
1º ao 4º ano	8	36.40
5º ao 6º ano	5	22.70
7º ao 9º ano	5	22.70
10º ao 12º ano	4	18.20
Estado Civil		
Solteiro (a)	4	18.20
Casado (a)	16	72.70
União de facto	1	4.50
Divorciado (a)	1	4.50
Rendimentos Sujeito		
≤ 485€	11	50.00
486€ - 600€	5	22.70
601€ - 1000€	4	18.20
≥ 1001€	2	9.10
Rendimento do Agregado Familiar		
486€ - 600€	5	22.70
601€ - 1000€	8	36.40
≥ 1001€	9	40.90
Quadro Clínico		
Tetraplegia	12	54.50
Paraplegia	10	45.50
Classificação Neurológica		
Completa (A)	9	40.90
Incompleta (B, C, D)	13	59.10
Tempo de Lesão		
3 – 6 meses	5	22.70
6 - 12 meses	7	31.80
≥ 12 meses	10	45.50

Tal como tem vindo a ser referido ao longo deste trabalho as lesões são causadas por eventos traumáticos, o que significa que a sua etiologia deriva em grande parte de acidentes. Nesta amostra identificam-se 11 (50.00 %) casos de acidente de viação, 3 (13.60%) de acidente de mergulho, 7 (31.80%) de quedas e 1 (4.50%) de acidente de trabalho.

2. Instrumentos

2.1. Questionário de caracterização (sociodemográfica e clínica)

Este questionário, construído especificamente para este estudo, visa recolher os dados sociodemográficos dos sujeitos, como a idade, sexo, nacionalidade, estado civil, escolaridade e rendimentos. Inclui, também, um conjunto de variáveis clínicas, nomeadamente fisiátricas, como a causa da lesão, o tempo de lesão e o quadro clínico (paraplegia ou tetraplegia). Estas variáveis foram posteriormente confirmadas através da consulta dos processos clínicos de cada sujeito. O estado neurológico foi classificado segundo os critérios da *American Spinal Injury Association* (ASIA).

2.2. PTSD Checklist – Versão Civil (PCL-C)

A PTSD Checklist – Civilian Version, desenvolvida por Weathers, Litz, Herman, Huska e Keane (1993) e adaptada para a população portuguesa por Marcelino e Gonçalves (2012), focaliza-se na avaliação da vivência de um acontecimento potencialmente traumático, de forma a diagnosticar a perturbação de *stress* pós-traumático.

Inclui 17 itens numa escala de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos reportados aos sintomas listados no último mês. Relativamente à cotação, Marcelino e Gonçalves (2012) referem que esta pode ser efetuada de três formas: através da soma dos 17 itens, com resultados entre 17 e 85; através da soma dos itens dos *clusters* “reexperienciar” (1-5), “evitamento” (6-12), “hiperativação” (13-17); ou da contabilização dos itens com pontuação igual ou superior a 3.

Segundo Elhai, Gray, Kashdan e Franklin (2005) é considerado o valor dos sintomas quando a pontuação é 3 ou superior. Este método permite-nos diagnosticar a presença de PSPT, pois após cotar os itens iguais ou superiores a 3 como um sintoma de PSPT, segue as regras de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002), ou seja, evidencia um sintoma, pelo menos, do critério B (reexperienciar), três, pelo menos, do critério C (evitamento) e dois, pelo menos, do critério D (hiperativação).

A PCL-C já foi utilizada em diversos contextos, nomeadamente com veteranos de guerra, vítimas de assédio sexual, de acidentes de viação e de trabalho, bem como bombeiros, polícias e idosos (Gonçalves, 2007).

A versão original revela boas qualidades psicométricas, particularmente ao nível da consistência interna global dos 17 sintomas (alfas de .96 a .97) e dos *clusters* de sintomas (alfas de .89 a 92) (Weathers

et al., 1993). A versão portuguesa apresenta, também, características psicométricas bastante satisfatórias, evidenciando estabilidade fatorial e bons índices de consistência interna total e dos *clusters* de diagnóstico com um alfa total de .94 para a PCL-C e de .86, .87 e .88 para os critérios reexperienciar, evitamento e hiperativação, respetivamente (Marcelino & Gonçalves, 2012).

2.3. Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDPT)

A *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*, desenvolvida por Marmar, Weiss e Metzler (1997) e adaptada para a população portuguesa por Horta Moreira, Maia e Fernandes (2008), visa a exploração das experiências dissociativas durante a ocorrência do acontecimento traumático.

É uma escala de autorresposta tipo *Likert* de 5 pontos, constituída por 10 itens, e que permite dois tipos de cotação: como um valor contínuo, em que quanto mais elevado, mais dissociação; e um valor de corte. Marmar et al. (1997) apontam como valor de corte a média por item igual ou superior a 1.5, considerando que os sujeitos com pontuações médias iguais ou inferiores a 1.5 não apresentam experiências peritraumáticas significativas.

As dimensões avaliadas incluem sentido alterado do tempo, despersonalização, desrealização, imagem do corpo alterada e outras respostas dissociativas.

A versão original deste questionário apresenta-se como um instrumento com boa consistência interna (alfa de .81), significativamente associado com medidas de respostas de stress traumático, com o grau de exposição ao stress e com outras medidas gerais de tendências dissociativas, não estando associado a outras medidas gerais de psicopatologia (Marmar et al., 1997).

A adaptação para a língua portuguesa desta escala foi realizada numa amostra de 189 bombeiros, revelando uma boa consistência interna (alfa de .87) (Horta Moreira, Maia, & Fernandes, 2008).

Na interpretação dos resultados consideramos que quanto maior o total obtido na Escala Global de Dissociação Peritraumática, mais sintomas de dissociação o sujeito experimentou aquando da exposição ao acontecimento.

2.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Esta escala de autorresposta é composta por 15 itens do tipo *Likert* com 5 opções de resposta (de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”). A pontuação total pode variar entre 15 e 75 pontos, com os valores mais elevados a corresponderem a uma perceção de maior satisfação com o suporte social. Os itens são cotados atribuindo o valor 5 a “concordo totalmente” e o valor 1 a “discordo completamente”, à exceção dos seguintes itens, que devem ser cotados inversamente: 1, 2, 3, 6, 7 e 8.

A ESSS foi desenvolvida e validada por Pais-Ribeiro (1999) e permite identificar quatro fatores: satisfação com amigos (SA); intimidade (I); satisfação com a família (SF); atividades sociais (AS). Esta escala apresenta um valor de consistência interna de .85 (alfa de Cronbach) e foi utilizada em vários estudos com populações clínicas portuguesas, nomeadamente a população oncológica (Pais-Ribeiro & Guterres, 2001), onde evidenciou propriedades métricas idênticas à da escala original (Pais-Ribeiro, 1999).

2.5. Escala de Locus de Controlo na Reabilitação (ELCR)

A ELCR foca-se na análise do tipo de locus de controlo dos sujeitos em situação de recuperação. A versão original desta escala, *Recovery Locus of Controlo Scale* (RLOC), foi desenvolvida por Partridge e Johnston (1989) e foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Oliveira e Paixão (1998).

É uma escala do tipo Likert (5 = “concordo muito” a 1 = “não concordo mesmo nada”), composta por 12 itens, 5 dos quais relativos ao locus de controlo interno (itens 1, 4, 7, 10, 12), 3 relativos ao locus de controlo externo (itens 2, 5, 8, 11) e 3 relativos à força da crença no controlo dos acontecimentos em recuperação física (*powerful others*) (itens 3, 6, 9).

Os resultados podem variar entre 12 e 60 pontos, cotados na direção do fator internalidade. Os índices de consistência interna da versão adaptada apresentam valores aceitáveis, com um coeficiente alfa de .72 (Oliveira & Paixão, 1998).

2.6. Brief Symptom Inventory (BSI)

O BSI, desenvolvido por Derogatis (1982) e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999), é um inventário de autorresposta constituído por 53 itens tipo *Likert* (0 = “Nunca” a 4 = “Muitíssimas Vezes”) reportando o grau em que cada um dos problemas identificados afetou o sujeito na última semana. Este inventário avalia a presença de sintomas psicopatológicos, considerando 9 dimensões básicas de psicopatologia (Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranoide e Psicoticismo) e 3 índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS); o Total de Sintomas Positivos (TSP); e o Índice de Sintomas Positivos (ISP). Este último índice é considerado por Derogatis (1982) como o melhor discriminador entre indivíduos da população geral e aqueles que apresentam perturbações emocionais.

Estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa denotam que este instrumento apresenta valores de consistência interna, para as 9 dimensões, compreendidos entre .62 (psicoticismo) e .80 (somatização); e coeficientes teste-reteste entre .63 (ideação paranoide) e .81 (depressão). Desta forma, trata-se de um instrumento eficaz na discriminação de indivíduos perturbados emocionalmente daqueles que não apresentam perturbações emocionais.

Relativamente à versão original, esta apresenta igualmente características psicométricas aceitáveis e boas com valores alfa de *Cronbach* entre .71 (psicoticismo) e .85 (depressão) (Canavarro, 2007).

3. Procedimentos

A recolha de dados foi realizada de forma voluntária e depois de todos os participantes terem sido informados dos objetivos da investigação, sendo-lhe garantida a confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade de acederem aos resultados, através do preenchimento do consentimento informado.

Os questionários foram preenchidos individualmente pelo investigador numa sala do CMRRC – RP. O protocolo foi realizado de modo a permitir uma aplicação *standard* a todos os sujeitos, independentemente das limitações motoras que estes pudessem, ou não, apresentar. Neste sentido, o protocolo foi lido a cada sujeito e preenchido pelo investigador na seguinte ordem: Questionário de caracterização (sociodemográfica e clínica); PTSD Checklist – Versão Civil (PCL-C); Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDPT); Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS); Escala de Locus de Controlo na Reabilitação (ELCR); Brief Symptom Inventory (BSI).

Os dados recolhidos foram estudados estatisticamente com o “*Statistical Package for Social Science*” (SPSS), versão 20, para o sistema operativo MAC OS X. Relativamente ao tratamento estatístico foi feita uma análise estatística descritiva e uma análise estatística inferencial.

A análise estatística descritiva possibilitou a descrição geral da amostra e a apresentação dos dados em tabelas, recorrendo-se aos seguintes testes estatísticos: frequências absolutas (n) e relativas (%); medidas de tendência geral (médias aritméticas); medidas de dispersão ou variabilidade (desvio padrão, mínimo e máximo).

A análise estatística inferencial permitiu testar as hipóteses de investigação formuladas e predizer a possibilidade de generalização dos resultados para a população.

Com a finalidade de selecionar os testes de hipóteses recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk, com o intuito de verificar se as variáveis seguem uma distribuição normal. Os valores encontrados (níveis de significância inferiores a 0,05) para todas as escalas utilizadas, levam-nos a inferir que a distribuição não será normal. Mediante estes resultados, associado à dimensão da amostra (N=22) elegeu-se para este estudo a utilização de testes estatísticos não paramétricos. Assim, os testes utilizados foram: teste de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman.

V. Apresentação dos Resultados

Objetivo 1: Estudo descritivo das variáveis pós-stress traumático (PCL-C), experiências dissociativas peritraumáticas (QEDP), satisfação com suporte social (ESSS), locus de controlo na reabilitação (ELCR) e sintomatologia psicopatológica (BSI) considerando a amostra em estudo.

Neste objetivo pretende-se caracterizar a amostra de LM, considerando os resultados obtidos nas escalas: PCL-C, QEDP, ESSS, ELCR e BSI.

Tabela 2

Caracterização da amostra considerando os resultados obtidos nas escalas utilizadas (PCL-C; QEDP; ESSS; ELCR; BSI).

	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
PTSD Checklist – Versão Civil				
Reexperienciar	1.80 (.76)	1.80	1.00	3.20
Evitamento	1.84 (.83)	1.57	1.00	4.14
Hiperativação	1.84 (.77)	1.80	1.00	4.00
Total	31.09 (11.58)	28.50	18.00	63.00
Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas				
Total	2.18 (.73)	2.20	1.10	3.90
Escala de Satisfação com o Suporte Social				
Satisf. Amigos	17.59 (3.67)	17.00	11.00	25.00
Intimidade	14.09 (3.75)	14.50	7.00	20.00
Satisf. Família	13.32(2.10)	14.00	9.00	15.00
Ativid. Sociais	12.86 (2.29)	13.00	8.00	15.00
Total	57.86 (7.66)	57.00	48.00	75.00
Escala de Locus de Controlo na Reabilitação				
Internalidade	17.82 (3.28)	18.50	12.00	24.00
Externalidade	10.95 (3.15)	10.50	5.00	17.00
Powerful_others	7.50 (2.28)	6.50	5.00	13.00
Total	36.27 (6.98)	35.50	26.00	53.00
Brief Symptom Inventory				
Dimensões				
Somatização	.79 (.59)	.57	.14	2.29
Obsessões_Compulsões	.89 (.72)	.67	.00	3.00
Sensibilidade Interpessoal	.63 (.77)	.50	.00	3.00
Depressão	.69 (.93)	.33	.00	3.33
Ansiedade	.74 (.73)	.50	.00	2.67
Hostilidade	.55 (.65)	.40	.00	2.80
Ansiedade Fóbica	.50 (.58)	.20	.00	1.80
Ideação	.75 (.70)	.60	.00	2.80
Paranóide				
Psicoticismo	.53 (.72)	.40	.00	3.20
Índices				
IGS	.69 (.56)	.47	.17	2.66
ISP	1.87 (.61)	1.87	1.00	2.94
TSP	19.45 (12.19)	16.50	4.00	48.00

Relativamente à presença de diagnóstico de PSPT, obtido através da observação da escala PCL-C, pode concluir-se que apenas 2 (9.1%) sujeitos preenchem a totalidade dos critérios necessários ao diagnóstico positivo de PSPT. Os restantes 20 (90.9%) sujeitos não apresentam os critérios necessários para diagnóstico. Foi, também, possível observar que 13 (59.1%) dos 22 sujeitos preencheram o critério “reexperienciar”, enquanto apenas 5

(22.7%) e 7 (31.8%) sujeitos preencheram, respetivamente, os critérios “evitamento” e “hiperativação”.

É importante referir que nos resultados do QEDP, o tipo de cotação considerado foi o do valor de corte proposto por Marmar et al. (1997)

Objetivo 2: Explorar a existência de correlações estatisticamente significativas entre a PCL-C e as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, rendimento do sujeito), bem como entre a PCL-C e as variáveis clínicas (substâncias tóxicas, tempo de lesão, quadro clínico e ASIA).

No que concerne à idade, recorreu-se à correlação de *Spearman* para observar o seu impacto no desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático, tendo-se verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas no *cluster* “reexperienciar” ($r=.67$; $p<.001$) e no Total da PCL-C ($r=.54$; $p<.01$).

Calculou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis para averiguar o impacto das variáveis escolaridade, rendimento do sujeito e rendimento do agregado familiar no desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático. Os resultados obtidos evidenciam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e o Total da escala PCL-C ($\chi^2= 6.40$; $p=.041$), mas não com os *clusters*. Relativamente aos rendimentos do sujeito e do agregado familiar pode concluir-se que não há diferenças estatisticamente significativas.

Para analisar o impacto do estado civil no desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático utilizou-se o teste não-paramétrico de U Mann Whitney evidenciando-se diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e o *cluster* “reexperienciar” ($U=10.5$; $Z=-2.55$; $p<.011$). Nos restantes *clusters*, assim como no Total, não se verificam diferenças significativas.

De modo a perceber qual o efeito do quadro clínico e da classificação neurológica no desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático utilizou-se o teste não-paramétrico de U Mann Whitney, verificando-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas.

O impacto do tempo de lesão no desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático foi avaliado com o teste de Kruskal-Wallis, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Objetivo 3: Analisar a existência de correlações estatisticamente significativas entre a VD (PCL-C) e as VI's (QEDP, ESSS, ELCR, BSI).

Recorreu-se à correlação de *Spearman* para observar a relação entre o QEDP e a PCL-C, verificando-se que as experiências dissociativas peritraumáticas não têm poder explicativo na perturbação de pós-stress traumático (Tabela 2).

Tabela 3
Correlação(Spearman) entre PCL-C e ESSS, ELCR e BSI (N=22)

		PCL-C			
		Reexperienciar	Evitamento	Hiperativação	Total PCL
ESSS	Satisf. Amigos	-.45*	-.42	-.06	-.33
	Intimidade	-.47*	-.17	-.30	-.35
	Satisf. Família	-.24	.074	.25	.015
	Ativid. Sociais	-.29	.15	.16	-.01
	Total_ESSS	-.61*	-.32	-.07	-.38
ELCR	Internalidade	-.30	.45*	.43*	.46*
	Externalidade	.30	.13	.31	.27
	Powerful	.66*	.52*	.54*	.67**
	Others	.66*	.52*	.54*	.67**
	Total ELCR	.47*	.37	.48*	.52*
Dimensões					
	Somatização	.55**	.39	.53*	.60**
	Obsessões-Compulsões	.27	.29	.28	.286
	Sensibilidade Interpessoal	.43*	.77**	.65**	.76**
	Depressão	.69**	.49*	.48*	.71**
BSI	Ansiedade	.54*	.58**	.42	.61**
	Hostilidade	.47*	.50*	.58**	.59**
	Ansiedade Fóbica	.20	.55**	.40	.48*
	Ideação	.16	.68**	.47*	.47*
	Paranóide	.33	.51*	.35	.49*
	Psicoticismo	.33	.51*	.35	.49*
	Índices				
	ÍGS	.53*	.69**	.54**	.72**
	ÍSP	.44*	.26	.45*	.48*
	TSP	.41	.56**	.39	.53*

*p < .05; **p < .01

VI. Discussão dos resultados

As características demográficas da população avaliada neste trabalho são semelhantes às descritas para este tipo de sujeitos em internamento, com uma percentagem bastante superior de homens em comparação com as mulheres (Faria, 2006; Meyers, 2001; O'Connor, 2006; Wyndaele & Wyndaele, 2006). Verificando-se, em consonância com a literatura, que as LM traumáticas mais comuns são os acidentes de viação (Cripps et al., 2011; O'Connor, 2006).

Evidenciando os resultados obtidos nas diferentes escalas utilizadas e começando pela PCL-C, verifica-se que tanto os valores médios dos *clusters* como do total são valores relativamente baixos. Assim, em média, os sujeitos não apresentam os sintomas necessários para o diagnóstico da PSPT, embora 9.1% destes lesionados medulares apresentem valores que apontam para esse diagnóstico.

Relativamente aos resultados do QEDP é possível observar que a pontuação média por item é 2.18, o que valida a presença de sintomas peritraumáticos significativos, uma vez que é superior a 1.5.

Os resultados da ESSS encontram-se dentro dos valores médios considerados satisfatórios, o que significa que, em média, os sujeitos se encontram satisfeitos com o suporte social percebido.

Na ELCR, os resultados demonstram a presença de uma tendência para o polo da externalidade (Oliveira & Paixão, 1998). No entanto, é importante pesar, por um lado, que o locus de controlo é uma variável que se coloca num contínuo entre internalidade extrema e a externalidade extrema (Ribeiro, 2000). De qualquer modo, a não existência de um padrão de internalidade vai ao encontro do que defende Wallston (1992), quando refere que um Locus de Controlo Interno é condição necessária, mas não suficiente, para desencadear comportamentos adequados ao controlo da saúde.

Por sua vez, os resultados do BSI revelam que é possível encontrar sujeitos emocionalmente afetados nesta amostra, pois o valor médio do ISP (1.87) se encontra acima do valor médio do ponto de corte (1.7) proposto por Angoff (1971). Quando o valor médio do ISP é igual ou superior a 1.7, é provável esses sujeitos estarem perturbados emocionalmente.

Quando se procedeu à análise de correlações entre a PCL-C e as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, rendimento do sujeito), bem como entre a PCL-C e as variáveis clínicas (tempo de lesão, quadro clínico e ASIA), foram encontrados alguns resultados significativos. Neste caso, verificou-se a existência de uma correlação positiva entre a idade e o desenvolvimento de PSPT, tanto ao nível do *cluster* “reexperenciar” como do Total da PCL-C. Por outras palavras, quanto mais velho for o sujeito maior é a probabilidade de desenvolver PSPT. O que está de acordo com outros estudos (Albuquerque et al., 2003).

Outro fator que revelou ter poder explicativo sobre o desenvolvimento de PSPT foi a escolaridade, que mostrou resultados estatisticamente significativos com o Total da escala PCL-C. Neste caso, a relação é inversa com os baixos níveis de escolaridade a associarem-se mais significativamente à PSPT. Também o estudo de Albuquerque et al. (2003) se direciona neste sentido, verificando esta correlação negativa, pois a taxa de ocorrência de PSPT segundo o nível de escolaridade mostra valores superiores apenas na classe correspondente ao primeiro ciclo incompleto.

Na análise do impacto do estado civil no desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático, apenas se apurou a existência de diferenças estatisticamente significativas com o *cluster* “reexperienciar”. Enquanto que em estudos anteriores a taxa de ocorrência de PSPT se revelou superior nos sujeitos divorciados e viúvos (Albuquerque et al., 2003; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995), neste estudo verificou-se que pessoas casadas ou em união de facto apresentam mais sintomas, do critério “reexperienciar”, do que as pessoas solteiras ou divorciadas.

No que diz respeito aos resultados das correlações entre a PCL-C e os outros instrumentos utilizados, pode comprovar-se a existência de alguns resultados estatisticamente significativos com a ESSS, ELCR e BSI.

Ao contrário do que era expectável ao observar-se a relação entre o QEDP e a PCL-C, neste estudo verificou-se que as experiências dissociativas peritraumáticas não têm poder explicativo sobre o desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumático. Estudos realizados por Ozer et al. (2003) mostram uma forte correlação entre PSPT e experiências dissociativas, em que os sujeitos que apresentavam dissociação peritraumática têm maior probabilidade de desenvolver PSPT, sendo este fator o que por si só melhor prediz o risco de PTSD em sujeitos expostos a situações traumáticas. No entanto, no presente estudo isto não acontece, o que pode derivar do longo tempo decorrido entre o acontecimento traumático e a avaliação retrospectiva do mesmo. Todavia, face a outros estudos realizados, não é possível afirmar que a dissociação peritraumática é preditiva da PTSD (Breh & Seidler, 2007; Bryant, 2007).

A análise de correlações entre a PCL-C e a ESSS evidencia resultados significativos, nomeadamente a correlação negativa entre o *cluster* “reexperienciar” e o total da ESSS, assim como com as subescalas “satisfação com os amigos” e “intimidade”. Ou seja, à medida que a pontuação do total e subescalas da ESSS aumentam, a presença de sintomas pertencentes ao critério “reexperienciar” diminuem, sendo que o oposto também é verdadeiro. Isto pode significar que quanto maior a perceção do suporte social menor será a probabilidade de desenvolver PSPT, assim como a probabilidade de PSPT pode estar relacionada com uma baixa perceção do suporte social ou, ainda, a existência de PSPT favorecer a perceção negativa desse suporte. Estudos anteriores apontam para uma forte correlação entre as variáveis suporte social e saúde, na medida em que o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde (Broadhead et al., 1983; Rutter & Quine, 1996). Segundo Rodin e Salovey (1989), o suporte social alivia o

distress em situação de crise, podendo inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o sujeito está doente, tem um papel positivo na recuperação. Outros estudos corroboram, também, estes resultados, afirmando que o desenvolvimento de PSPT está ligado à falta de suporte social depois do acontecimento traumático (Brewin, 2000; García & Bogotá, 2005).

Importa, ainda, salientar que a PCL-C e a ELCR se correlacionam positivamente entre si, nomeadamente a subescala “*powerful others*” da ELCR com todos os *clusters* e total da PCL-C, assim como a subescala “*internalidade*” (ELCR) com o total e todos os *clusters* (PCL-C), à exceção do “*reexperienciar*”. Sendo que a correlação mais forte é entre o total da PCL-C e a subescala “*powerful others*”, o que significa que quanto mais elevadas são as pontuações da PCL-C mais o locus se direciona no sentido do controlo externo, no entanto, na subescala “*externalidade*” não se verificou qualquer correlação significativa com a escala PCL-C. O que vai ao encontro do descrito na literatura, no caso específico da LM, em que os sujeitos com um locus de controlo externo apresentam maior *distress* (Frank, Elliott, Corcoran & Wondedich, 1987; Kennedy & Rogers, 2000; MacLeod & MacLeod, 1998). No entanto, seria expectável que a correlação da subescala “*internalidade*” com a PCL-C fosse menor, no sentido dos sintomas para o desenvolvimento de PSPT diminuïrem com o aumento do locus de controlo interno. Ou seja, é comum que os sujeitos com um locus de controlo interno experienciem maior bem-estar, menor percepção de dor e maior adaptação à lesão (Conant, 1998; Decker & Schulz, 1985; Krause et al., 1998; Waldron et al., 2010) e maior *distress* e incapacidade física com um locus de controlo externo (Frank et al., 1987; Kennedy & Rogers, 2000; MacLeod & MacLeod, 1998).

No último estudo correlacional, como expectável, verificaram-se resultados estatisticamente significativos entre a PCL-C e o BSI, com correlações positivas, pois o quadro clínico de PSPT dificilmente se manifesta de forma isolada. Cerca de 50 a 90% dos sujeitos com PSPT apresentam outras desordens (Yehuda & Wong, 2002), tais como a ansiedade, depressão, abuso de substâncias, problemas ao nível das relações interpessoais, problemas de saúde física e défices cognitivos (Joseph, Williams & Yule, 1997). Assim, o *cluster* “*reexperienciar*” (PCL-C) correlaciona-se positivamente com as dimensões “*somatização*”, “*sensibilidade interpessoal*”, “*depressão*”, “*ansiedade*” e “*hostilidade*”, assim como com os índices “*IGS*” e “*ISP*” (BSI). As correlações mais significativas a este nível são com as dimensões “*somatização*” e “*depressão*”. O *cluster* “*evitamento*” (PCL-C) apresenta, também, uma correlação positiva com as dimensões “*sensibilidade interpessoal*”, “*depressão*”, “*ansiedade*”, “*hostilidade*”, “*ansiedade fóbica*”, “*ideação paranóide*” e “*psicoticismo*”, bem como com os índices “*IGS*” e “*TSP*” (BSI). Neste caso as relações menos significativas são com as dimensões “*depressão*”, “*hostilidade*” e “*psicoticismo*”. No *cluster* “*hiperativação*” (PCL-C) verificam-se correlações positivas com as dimensões “*somatização*”, “*sensibilidade interpessoal*”, “*depressão*” “*hostilidade*” e “*ideação paranóide*”, assim como com os índices “*IGS*” e “*ISP*” (BSI). Aqui,

as correlações mais significativas apresentam-se com as dimensões “sensibilidade interpessoal” e “hostilidade”, e com o índice “IGS”. Por último, o total da PCL-C revela uma correlação positiva com todas as dimensões, à exceção da “obsessões-compulsões”, e com todos os índices do BSI. Relativamente aos resultados esperados, uma vez que se trata de uma amostra composta por sujeitos com LM, acreditava-se na existência da correlação positiva da PCL-C com a dimensão “somatização”, assim como também se esperava a correlação com a dimensão “sensibilidade interpessoal”, pois enquanto sujeitos portadores de LM, sentem-se muitas vezes inferiores em relação aos outros, tal como se veio a confirmar. Sendo também expectável a sintomatologia depressiva, pois vários estudos indicam que a PSPT e a depressão representam uma “vulnerabilidade conjunta” (Breslau, Davis, Peterson & Schultz, 2000; Green et al., 2006; O’Donnell, Creamer & Pattison, 2004), sendo a PSPT um fator de risco para o desenvolvimento da depressão e a depressão para o desenvolvimento de PSPT, ou seja, existe uma reciprocidade entre as duas (Erickson, Wolfe, King, King & Sharkansky, 2001).

Conclusão

Este estudo procurou colmatar a escassez de investigação sobre os sujeitos com LM. De acordo com o observado noutros estudos (Oliveira, 2000), também aqui se observa uma ausência de homogeneidade ou previsibilidade nas respostas psíquicas à LM. Pois muitos destes fenómenos são significativamente marcados pela vivência prévia dos sujeitos, o que explica a forma particular como estes se adaptam à nova realidade.

Das relações entre as variáveis exploradas verificaram-se relações estatisticamente significativas de acordo, na sua maioria, com o apurado na literatura: verificou-se a existência de uma correlação positiva entre a idade e o desenvolvimento de PSPT, pois à medida que a idade aumenta maior é a probabilidade de se desenvolver PSPT; a escolaridade revelou uma correlação negativa com a PCL-C, ou seja, quando o nível de escolaridade aumenta, a presença de sintomas necessários para o preenchimento da PSPT diminui; contrariamente a outros estudos (Breh & Seidler, 2007; Bryant, 2007; Ozer et al., 2003), verificou-se aqui que as experiências dissociativas peritraumáticas não têm poder explicativo sobre o desenvolvimento da perturbação de *stress* pós-traumático; como era de esperar, o suporte social evidenciou uma correlação negativa com a PSPT, o que significa que quanto maior a percepção do suporte social menor será a probabilidade de desenvolver PSPT, assim como a probabilidade de PSPT pode estar relacionada com uma baixa percepção do suporte social, sendo que o inverso também pode ser verdadeiro; o locus de controlo correlaciona-se positivamente com a PSPT, os sujeitos com um locus de controlo externo apresentam maior *distress*, no entanto, esperava-se que o fator “internalidade” se correlaciona-se negativamente com a PSPT, no sentido dos sintomas para o desenvolvimento de PSPT diminuírem com o aumento do locus de controlo interno; por fim, também de acordo com a literatura, foi possível observar que a PCL-C e o BSI, que se correlacionam positivamente, uma vez que o quadro clínico de PSPT raramente se manifesta de forma isolada.

Deste modo, a mais-valia deste estudo centra-se no fato de se perceber que, nesta amostra clínica, a idade, a escolaridade, a satisfação com o suporte social e o locus de controlo apresentam uma contribuição significativa para o desenvolvimento de *stress* pós-traumático. Contudo, a influência destas variáveis neste estudo pode traduzir um enviesamento estatístico causado pela metodologia seguida (assente em estatísticas correlacionais), ausência de amostra de controlo e instrumentos de autorresposta.

Posto isto, apesar do contributo desta investigação para combater a escassez de literatura relativa à perturbação de *stress* pós-traumático na LM, não podemos descurar algumas limitações neste estudo. Começando pelo facto dos doentes se encontrarem, no CMRRC-RP, medicados com

antidepressivos ou outros fármacos psiquiátricos. Relativamente ao tamanho da amostra, esta é pouco representativa da população geral de lesionados medulares, aspeto que pode ter comprometido a identificação de desenvolvimento da sintomatologia associada à PSPT, contemplado na presente investigação. Uma terceira limitação prende-se com o facto de não termos tido em consideração aspetos relativos à história pessoal prévia dos sujeitos (história psiquiátrica familiar e/ou pessoal, abuso infantil, traumas e/ou adversidades anteriores à comissão) como critérios de exclusão, que pesam em vários estudos como fortes fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da PSPT (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Keane, Marshall & Taft, 2006; Ozer, et al., 2003). Uma outra limitação diz respeito à impossibilidade de utilizar instrumentos que avaliam os mesmos constructos, o que podia levar a uma maior probabilidade de comprometimento dos resultados da presente investigação, resultante do aumento da extensão dos instrumentos usados. Finalizando, uma quinta limitação assentou, possivelmente, no facto das variáveis em estudo terem sofrido enviesamentos de memória, pelo longo tempo decorrido entre o acontecimento traumático e a avaliação retrospectiva das variáveis em estudo.

Como sugestões de trabalhos futuros deixam-se aqui as seguintes: primeiro, dar continuidade a este estudo procurando alargar a amostra, ou seja, recolher dados a partir de todas as instituições de reabilitação no país, permitindo um estudo mais abrangente e com resultados mais fidedignos; segundo, seria interessante não só incluir sujeitos institucionalizados mas também abranger sujeitos não institucionalizados, de modo a fazer um estudo comparativo, verificando a influência destes dois contextos, e perceber se existem diferenças significativas no desenvolvimento de PSPT.

Em suma, o trauma na LM e toda a mudança que comporta a nível funcional requer uma maior exploração na sua expressão psíquica e relacional.

Bibliografia

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309 – 320.
- Almeida, M., & Pereira, J. (2006). Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo I. *Psicologia, saúde & doenças*, 7(2), 221-238.
- American Psychological Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – texto revisto*. (4ª ed). Lisboa: Climepsi.
- American Spinal Cord Injury Association (2003). *Reference manual of the international standards for neurological classification of spinal cord injury*. Chicago: ASIA.
- Angoff, W. H. (1971). *Scales, norms and equivalent scores*. Washington: American n Education.
- Baptista, M., Baptista, A., & Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, M.R. (2005). *Memory and Fragmentation in Dissociative Identity Disorder*. Dissertação de doutoramento não publicada. Graduate School of the University of Oregon.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Barros, A., Barros, J., & Neto, F. (1988). Locus de controlo e motivação para a realização. *Psychologica*, 1, 57-69.
- Bergner, R. M. (2009). Trauma, Exposure and World Reconstruction. *American Journal of Psychotherapy*, 63, 3, 267-282.
- Blanchard, E., & Hickling, E. (1997). *After the crash: assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington: American Psychological Association.
- Breh, D., & Seidler, G. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma and Dissociation*, 8(1), 53-69.
- Bresleau, N., Davis, G., Peterson, E., & Schultz, L. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical*, 68(5), 748-766.
- Bryant, R. A. (2007). Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 183-191.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.

- Cid, M. F. (2008). *Fatores de risco e proteção: Saúde mental de mães e filhos, suporte social e estilo parental*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5),300-314.
- Conant, L. (1998). Psychological variables associated with pain perceptions among individuals with chronic spinal cord injury pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5 (1), 71–90.
- Costa Maia, A., Horta Moreira, S., & Fernandes, E. (2009). Adaptação para a língua portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36 (1), 1-9.
- Cripps, R., A, Lee, B., Wing, P., Weerts, E., Mackay, J., & Brown, D. (2011). A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: Towards a living data repository for injury prevention. *Spinal Cord*, 49(4), 493-501.
- Decker, S., & Schulz, R. (1985). Correlates of life satisfaction and depression in middle-aged and elderly spinal cord- injured persons. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39, 740-745.
- Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Elhai, J., Gray, M., Kashdan, T., & Franklin, C. (2005). Which Instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 541-545.
- Erickson, D., Wolfe, J., King, D., king, L., & Sharkansky, E. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69(1), 41-49.
- Faria, F. (2006). Lesões vertebro-medulares – a perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol. XII, Nº 1, (Supl 1), Fevereiro, pp. 45-53.
- Fechio, M., Pacheco, K., Kaihami, H., & Alves, V. (2009). Artigo de revisão: A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiátrica*, 16(1), 38-42.
- Frank, R., Elliott, T., Corcoran, J., & Wondedich, S. (1987). Depression after spinal cord injury: Is it necessary? *Clinical Psychology Review*, 7, 611-630.
- Freitas, S., Rodrigues, I., & Maia, A. (2009). Desafios de saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas. *Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa*. Braga: CIPSI edições.

- Galhordas, J., & Lima, P. (2004). Aspectos Psicológicos na Reabilitação. *Re(habilitar) - Revista da ESSA*, 0, 35-47.
- Gama, R. M. (2009). *A actividade física no processo de reabilitação de pessoas com lesão vértebro-medular: estudo exploratório longitudinal de pessoas atendidas no hospital universitário Getúlio Vargas – Manaus (Amazonas)* (Tese de Mestrado), Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Garrett, A., Martins, F., & Teixeira, Z. (2009). A Actividade Sexual Após Lesão Medular - Meios Terapêuticos. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 821-826.
- Garrett, A., Martins, F., & Teixeira, Z. (2009). *Da actividade sexual à sexualidade após uma lesão medular adquirida revista da faculdade de ciências da saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. 6 (2009), 152-161.
- Gonçalves, S. P. (2007). *Perturbações Psicológicas Associadas aos Acidentes de Trabalho: o papel moderador do coping social e da coesão grupal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional, Lisboa ISCTE (policopiado).
- Green, B., Krupnick, J., Chung, J., Siddique, J., Krause, E., Revicki, D., Frank, L., & Miranda, J. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of Clinical Psychology*, 62(7), 815-835.
- Hampton, N. Z. (2000). Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43, 66–74.
- Hampton, N. Z. (2004). Subjective well-being among people with spinal cord injuries: the role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48, 31-37.
- Hampton, N. Z. (2008). The affective aspect of subjective well-being among Chinese people with and without spinal cord injuries. *Disability and Rehabilitation*, 30(19), 1473-1479.
- Jaycox, L., & Foa, E. (1998). Posttraumatic stress disorder. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds). *Comprehensive Clinical Psychology*, 6, 499 – 518. Oxford, UK: Pergamon.
- Jeavons, S., Greenwood, K., & Horne, D. (2000). Accident cognitions and subsequent psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 13, 359-365.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: Wiley.
- Keane, T., Marshall, A. & Taft, C. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161- 197.
- Kennedy, P., & Rogers, B. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, 932–937.

- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12):1048-60
- Krause, J., & Dawis, R. (1992). Prediction of life satisfaction after spinal cord injury: A four-year longitudinal approach. *Rehab Psychology*, 37, 49-60.
- Krause, J., Stanwyck, C., & Maides, J. (1998). Locus of control and life adjustment: relationship among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 41, 162-172.
- Laíns, J. (1991). *Guia para o uso do Banco Uniformizado de Dados para Reabilitação Médica – MIF*. Versão Portuguesa de Guide for the Uniform Data System for Medical Rehabilitation, Adult FIM (1984). Produção Sandoz.
- Langford, C., Bowsher, J., Maloney, J., & Lillis, P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. Lefcourt (Ed.). *Research with the Locus of Control Construct* (Vol. 1). New York: Academic Press, 15-63.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lovisi, G., Milanil, I., Caetano, G., Abelha, L., & Morgado, A. (1996). Suporte social e distúrbios psiquiátricos: Em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica*, 15(2), 65-68.
- Lopes, E. M. (2007). *Construção da Identidade Pessoal em Pessoas que Sofreram Lesão Medular Traumática: Estudo Exploratório através de Grelhas de Relatório*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Braga.
- Machado, C., Gonçalves R. (2002). *Violência a vítimas de crimes*. Coimbra: Quarteto.
- Macleod, L., & Macleod, G. (1998). Control cognitions and psychological disturbance in people with contrasting physically disabling conditions. *Disability and Rehabilitation*, 20 (12), 448–456.
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista portuguesa de saúde pública*, 30 (1), 71-75.
- Marmar, C., Weiss, D., & Metzler, T. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In, J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, 412-428. New York: The Guilford Press.
- Marmar, C., Weiss, D., Schlenger, W., Fairbank, J., Jordan, B., Kulka, R., & Hough, R. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902–907.

- Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J., & Barat, M. (1998). Spinal cord injuries-Epidemiology in Portugal's central region. *Spinal Cord*, 36 (8), 574-8.
- Maynard, F., Bracken, M., Creasey, G., Ditunno, J., Donovan, W., Ducker, T., Garber, S., Marino, R., Stover, S., Tator, C., Waters, R., Wilberger, J., & Young, W. (1997). International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. *American journal of Spinal Cord Injury*, 35, 266-274.
- McNally, R., Bryant, R., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?. *Psychological Science in The Public Interest*. 4, 45-79.
- Meyers, A. R. (2001). The epidemiology of traumatic spinal cord injury in the United States. In S. Nesathurai (Ed.). *The rehabilitation of people with spinal cord injury* (pp. 9-13). Boston: Boston Medical Center.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma – Frequency and impact of different traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409 – 418.
- O'Connor, P. J. (2006). Trends in spinal cord injury. *Accident Analysis Prevention*, 38, 71–77.
- O'Donnell, M., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1390-1396.
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise psicológica*, 4 (XVIII), 437-453.
- Oliveira, R. A. (2010). *Corpus Alienum, psicologia e trabalho psicoterapêutico na reabilitação física*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Oliveira, R., & Paixão, R. (1998). O Conceito de Locus de Controle no Processo de Reabilitação de Pacientes com Deficiência Física – estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa da RLOC. *Psiquiatria Clínica*, 19 (2), 139-146.
- Ozer, E., Best, S., Lipsey, T., & Weiss, D. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52-73.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J., & Guterres, C. (2001). Social support and quality of life in chronic mental disease patients submitted to different housing treatment programs. *Quality of Life Research*, 10(7), 275.
- Partridge, C., & Johnston, A. (1989) Perceived control of recovery from physical disability: measurement and prediction. *British journal of clinical psychology*, 28, 53-59.
- Pereira, A. R. (2012). *Trauma e Perturbação de Stress Pós-Traumático*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Pereira, M., & Araujo, T. (2005). Estratégias de Enfrentamento na Reabilitação do Traumatismo Raquimedular. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 63 (2-B), 502-507.
- Pereira, M., & Araujo, T. (2006). Enfrentamento e Reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. *Psico*, 37 (1), 37-45.
- Pereira, M., & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção*, 91 - 197. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pollard, C., & Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. *British Journal of Health Psychology*, 12, 347-362.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7(4), 156-175.
- Resick, P. (2000). Post-trauma risk factors and resources: coping, cognitions and social support. *Stress and Trauma*, 95 – 115. USA: Psychology Press.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito de Locus de Controlo. *Máthesis*, 9, 297-314.
- Riggs, D., & Foa, E. (2004). Posttraumatic Disorders. *Encyclopedia of Applied Psychology*, 83-90. Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs: New Jersey: Prentice-Hall.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983b). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Schmitz, T. (1988). *Traumatic spinal cord injury. Physical rehabilitation: Assessment and treatment* (pp. 545-588). Philadelphia: Davis Company.
- Schulz, R., & Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1162-1172.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3). 366-378.
- Strickland, B. R. (1989). Internal external control Expectancies: From Contingency to creativity. *American Psychologist*, 44, 1-12.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), 123-129.
- Ursano, R., Fullerton, C., Epstein, R., & Crowley, B. (1999). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor

- vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry*. 156, 1808-1810.
- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Waldron, B., Benson, C., O'Connell, A., Byrne, P., Dooley, B., & Burke, T. (2010). Health locus of control and attributions of cause and blame in adjustment to spinal cord injury. *Spinal Cord*, 48, 598–602.
- Walston, K. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Theory and Research*, 16(2), 183-199.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS, San Antonio, TX.
- Wyndaele, M., & Wyndaele, J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord*, 44(9):523-9.
- Yehuda, R. (2002). Posttraumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108- 114.

ANEXOS

ANEXO 1
Protocolo da Investigação

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS PELA PESQUISA

INVESTIGADORA:

Liliana Patrícia Marques Barreiras. Estudante da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

ORIENTADOR:

Coimbra: Prof. Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão. Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTIFICA:

1. TITULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “*Sintomatologia de pós-stress traumático em pessoas com lesões vertebro-medulares*”.

1. Fundamentação e Objetivos:

O principal objetivo deste estudo centra-se na exploração da relação entre os sintomas de pós-stress traumático e a lesão medular, considerando o efeito das experiências peri-traumáticas, do suporte social e do lócus de controlo na reabilitação.

2. Procedimentos:

Depois de obtidas as devidas autorizações, os participantes serão convidados a participar nesta investigação respondendo aos seguintes instrumentos:

- 1) Questionário Socio-Demográfico, onde são solicitados dados biográficos sobre o participante;
- 2) PTSD Checklist – Versão Civil: Tem como objetivo avaliar e diagnosticar a severidade de sintomas de pós-stress traumático;
- 3) Questionário de Experiências Peri-traumáticas: o objetivo deste questionário é constatar a existência de uma relação significativa entre acontecimentos de vida traumáticos e as eventuais respostas dissociativas, analisando o tipo de respostas que os indivíduos apresentavam durante o acontecimento traumático;

4) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): Tem como objetivo a avaliação da satisfação sentida pelo indivíduo relativamente ao suporte social apercebido;

5) *Brief Symptom Inventory* (BSI): Tem como objetivo avaliar nove dimensões de sintomatologia psicopatológica e três Índices Globais, sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional;

6) Escala de Locus de controlo na Reabilitação: tem como objetivo compreender as diferenças individuais no ajustamento à lesão medular.

O Tempo calculado para a avaliação do participante é de cerca de uma hora, de acordo com as características e ritmos do sujeito.

3. Relatório à Instituição: as informações assim obtidas sobre cada paciente serão transmitidas aos responsáveis clínicos, passando a integrar o processo clínico do paciente se assim for decidido por esse responsável.

Consentimento Informado:

Todos os participantes deverão assinar uma folha de consentimento informado (caso aceitem participar) depois de esclarecidos todos os objetivos, procedimentos e tarefas a realizar. O consentimento Informado envolve as seguintes informações:

Consentimento Informado

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido assume que:

- 1. Esclarecimento:** Obteve todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa.
- 2. Sigilo profissional:** Que os dados pessoais dos participantes sob responsabilidade da instituição serão mantidos em sigilo e que os resultados gerais obtidos através desta investigação serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho antes expostos.
- 3. Consentimento:** O Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em poder do participante e outra com o investigador responsável.

III - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pela investigadora, conforme o indicado nos itens I a II, aceito participar voluntariamente no Projeto de Investigação supra citado, sob a responsabilidade da referida no inciso II deste documento.

Coimbra, _____ de _____ de 2014

Assinatura do participante

Investigadora Responsável: Liliana Patrícia Marques Barreiras

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. Nome:

2. Idade: ____ 3. Género: M F 4. Nacionalidade: _____

5. Escolaridade: _____ 6. Profissão: _____

7. Rendimentos:

7.1. Do sujeito:

- Igual ou abaixo dos 485€
- Entre 486€ e 600€ inclusive
- Entre 601€ e 1000€ inclusive
- Entre 1001€ e 1500€ inclusive
- Acima dos 1501€

7.2. Do agregado familiar, incluindo o sujeito:

- Igual ou abaixo dos 485€
- Entre 486€ e 600€ inclusive
- Entre 601€ e 1000€ inclusive
- Entre 1001€ e 1500€ inclusive
- Acima dos 1501€

8. Estado Civil:
- Solteiro(a)
 - Casado(a)
 - União de facto
 - Divorciado(a)
 - Viúvo(a)

9. Composição do agregado familiar:

11. Consumo de substâncias tóxicas: Sim Não
Tabaco Álcool Drogas Outro: _____

12. Antecedentes de psicopatologia (no próprio):
Já recorreu a psiquiatra ou psicólogo? Sim Não
Se sim, qual o motivo: _____
Por quanto tempo: _____

13. Quadro Clínico: - Tetraperlegia - Paraplegia

14. Nível da Lesão: _____

15. Classificação ASIA: - Completa (A) - Incompleta (B,C,D)

16. Data da lesão: ___ / ___ / ___

17. Causa da lesão:

17.1. Traumática:

Acidente de viação Acidente de Mergulho Queda
Arma de fogo Outra Especifique: _____

17.2. Não traumática:

Tumoral Infecção Vascular Outra Especifique:

18. Sintomas logo após a lesão:

Alterações do sono Alterações na alimentação
Alterações de humor Outros: _____

PTSD CHECKLIST (PCL) - VERSÃO CIVILWeathers *et al.* (1993)

Versão traduzida e adaptada por Gonçalves, Lima & Marques Pinto (2006)

Avaliação do Acontecimento Traumático

INSTRUÇÕES: O seguinte questionário descreve sintomas ou queixas que as pessoas por vezes têm após terem vivido uma experiência traumática. Pedimos-lhe agora que concentre a sua atenção no **acontecimento/experiência** que considera ter sido **a mais traumática** para si.

Por favor, leia cada frase que se segue cuidadosamente e assinale em que medida apresentou os seguintes sintomas no **último mês**. Para tal **assinale com um círculo (O) o valor que melhor corresponde à sua opinião utilizando a escala apresentada:**

Escala:

Nada **Um pouco** **Moderadamente** **Bastante** **Extremamente**
 1 2 3 4 5

Em que medida sofreu dos seguintes sintomas:	Nos tempos seguintes ao acontecimento traumático				
	1	2	3	4	5
1. Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes ao acontecimento traumático	1	2	3	4	5
2. Sonhos perturbadores e repetitivos referentes ao acontecimento traumático	1	2	3	4	5
3. Agir ou sentir-se subitamente como se o acontecimento traumático estivesse a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver).....	1	2	3	4	5
4. Sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra do acontecimento traumático	1	2	3	4	5
5. Ter reacções físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra do acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
6. Evitar pensar ou falar sobre o acontecimento traumático, evitar ter sentimentos relacionados com esse acontecimento	1	2	3	4	5
7. Evitar actividades ou situações porque elas lhe relembram o acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
8. Ter dificuldade em lembrar aspectos importantes do acontecimento	1	2	3	4	5

traumático					
9. Perder o interesse por actividades de que antes costumava gostar	1	2	3	4	5
10. Sentir-se distante ou isolado(a) das outras pessoas	1	2	3	4	5
11. Sentir-se emocionalmente adormecido(a) ou incapaz de sentir afecto pelas pessoas que lhe são próximas.....	1	2	3	4	5
12. Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo.....	1	2	3	4	5
13. Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir	1	2	3	4	5
14. Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria.....	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldade em se concentrar.....	1	2	3	4	5
16. Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda	1	2	3	4	5
17. Sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente alarmado/a	1	2	3	4	5

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS AFIRMAÇÕES POR FAVOR.

QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS PERI-TRAUMÁTICAS

Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J. (1997)
Traduzido por Maia, Fernandes & McIntyre (2001)

INSTRUÇÕES: Por favor complete os itens abaixo pondo um círculo à volta da escolha que melhor descreve as suas experiências e reacções durante o acontecimento traumático e imediatamente após essa situação. Se algum dos itens não se aplicar à sua experiência, por favor marque a opção “nada verdadeiro”.

1. Tive momentos de perda de consciência do que se passava – “Fiquei em branco” ou “atordoado” ou de alguma forma senti que não fazia parte do que se estava a passar.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

2. Parecia que estava em “piloto automático” – acabei por fazer coisas que mais tarde percebi que não tinha decidido.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

3. O meu sentido de tempo mudou – parecia que as coisas estavam a acontecer em câmara lenta.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

4. O que estava a acontecer parecia-me irreal – como se fosse um sonho ou se estivesse a ver um filme.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

5. Eu senti-me como se fosse um espectador a ver que me estava a acontecer, como se estivesse a flutuar por cima da cena ou a observá-la de fora.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

6. Houve momentos em que a percepção do meu próprio corpo parecia distorcida ou alterada – sentia-me desligado(a) do meu próprio corpo ou como se fosse maior ou mais pequeno do que o costume.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

7. Senti como se as coisas estavam a acontecer aos outros estivessem a acontecer a mim – por exemplo como eu estivesse preso(a) quando de facto não estava.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

8. Fiquei surpreendido(a) ao saber depois que tinham acontecido muitas coisas naquele momento de que eu não estava consciente, especialmente coisas em que eu normalmente teria reparado.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

9. Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que tive dificuldades em fazer sentido do que estava a acontecer.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

10. Senti-me desorientado(a), isto é, houve momentos em que não tinha a certeza de onde estava ou de que horas eram.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

Ribeiro (1999)

INSTRUÇÕES: A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros,	A	B	C	D	E

partidos políticos, etc.)					
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Escala de Locus Control na Recuperação

(C. Partridge & M. Johnston, 1989; versão portuguesa R. Paixão, 1996)

As questões que se seguem dizem respeito à forma como as pessoas sentem e pensam a sua recuperação face à doença. Não existem, portanto, respostas certas ou erradas.

Para cada uma das questões assinale o quadrado que considera adequar-se melhor à sua situação.

Exemplo: sinto-me bem em casa.

	x			
concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

1) A forma como vou lidar com o meu futuro depende de mim e não do que as outras pessoas possam fazer por mim.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

2) É sempre melhor esperar para ver o que me vai acontecer.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

3) Os médicos são as únicas pessoas que me podem ajudar a recuperar.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

4) O que eu conseguir fazer por mim é que vai marcar realmente a diferença na minha reabilitação.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

5) Os meus esforços não são o mais importante, pois a minha recuperação depende essencialmente da ajuda das outras pessoas.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

6) Os amigos e familiares podem fazer muito pouco para me ajudarem a ultrapassar esta fase.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

7) Nesta situação tudo depende de mim para conseguir a melhor recuperação possível.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

8) A minha contribuição para a minha recuperação não conta muito.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

9) Só os terapeutas (fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais) me podem fazer voltar ao que eu era.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

10) As minhas melhoras dependem mais da minha determinação e força de vontade do que qualquer outra coisa.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

11) Tenho pouco ou nenhum controlo sobre os meus progressos a partir de agora.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

12) Pouco interessa a ajuda que possamos ter - no fim o nosso esforço é que conta verdadeiramente.

concordo muito	concordo	nem concordo nem discordo	não concordo	não concordo mesmo nada

BSI

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1.Nervosismos ou tensão interior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Desmaios ou tonturas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Dores sobre o coração ou no peito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Medo na rua ou praças públicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Pensamentos de acabar com a vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Perder o apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Ter um medo súbito sem razão para isso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Ter impulsos que não se podem controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Dificuldade em fazer qualquer trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Sentir-se sózinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Sentir-se triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Não ter interesse por nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Sentir-se atemorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Sentir-se facilmente ofendido nos seus setimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.Sentir-se inferior aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BSI

L. R. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavarro; 1995

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
23.Vontade de vomitar ou mal estar no estômago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.Dificuldade em tomar decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.Calafrios ou afrontamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.Sensação de vazio na cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.Ter ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.Sentir-se sem esperança perante o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.Ter dificuldade em se concentrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.Falta de forças em partes do corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.Sentir-se em estado de tensão ou aflição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.Ter vontade de destruir ou partir coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outras pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BSI

L. R. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavarro; 1993

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
45.Ter ataques de terror ou pânico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.Entrar facilmente em discussão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.Sentir que não tem valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.Ter sentimentos de culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>