



Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE_2019

**Perturbação de *Stress* Pós-Traumático:
diagnóstico, comorbilidades e risco de suicídio**

Daniela Filipa Matos Dias (email:daniela_fmd@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da
Saúde, Subárea de Psicopatologia e Psicoterapias
Dinâmicas, sob orientação do Professor Doutor Rui Paixão

Agradecimentos

A respeito do presente trabalho de investigação, embora a sua redação seja de carácter individual, várias foram as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse concluído com o sucesso desejado.

Em primeiro agradeço a todos os professores da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, que me deram os alicerces necessários para chegar até aqui. Um agradecimento especial ao Professor Doutor Rui Paixão que foi quem mais me acompanhou nesta reta final, orientou e ensinou acerca do que é a psicologia e tornar-se psicólogo.

Aos meus pais e à minha família que me apoiaram neste percurso, com os quais pude sempre contar e ter uma palavra de confiança no meu trabalho. Lutavam comigo nos meus desafios, confiantes no meu êxito.

A todos os participantes desta investigação ficarei eternamente grata, pois sem eles nada desta investigação seria possível, e embora para muitos deles responder ao protocolo fosse um relembrar e reviver de situações extremamente difíceis carregadas de dor e emoção aceitaram participar e falar-me dessas difíceis posições em que se viram envolvidos. Também isso foi um ensinamento para mim e também por isso lhes agradeço.

A ti, André, por todo o carinho e compreensão pelo menor tempo disponibilizado.

A todos os meus amigos e conhecidos que, perto ou longe, direta ou indiretamente, sempre me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste estudo. Agradeço por todo o incentivo e amizade que sempre manifestaram.

A todos que cruzaram o meu caminho e me fizeram crescer, o meu Muito Obrigada!

Índice Geral

<i>Índice de Tabelas</i>	<i>iv</i>
<i>Lista de Siglas e Abreviaturas</i>	<i>v</i>
<i>Resumo</i>	<i>vi</i>
<i>Abstract</i>	<i>vii</i>
<i>Introdução</i>	<i>1</i>
1 – Enquadramento Teórico	
1.1 – Conceito de Trauma Psíquico	3
1.2 – Conceito de <i>Stress</i>	3
1.2.1 – Síndrome Geral de Adaptação (SGA)	4
1.2.2 – Mecanismos neurobiológicos envolvidos na resposta do organismo humano a situações de <i>stress</i>	4
1.3 – Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático	5
1.3.1 – Evolução do conceito	5
1.3.2 – Definição atual, segundo o DSM-V	7
1.4 – Fatores de risco para o desenvolvimento da PSPT	10
1.4.1 – Fatores sociodemográficos	10
1.4.2 – Fatores individuais	10
1.4.3 – Fatores relacionados com o acontecimento	12
1.5 – Fatores de risco após o acontecimento traumático	13
1.5.1 – Atribuições causais feitas sobre a ocorrência	13
1.5.2 – Ambiente encontrado findada a situação traumática	13
1.5.3 – Fatores que predispõem à cronicidade	14
1.6 – Fatores de proteção da PSPT	14
1.6.1 – Apoio Social	14
1.6.2 – Resiliência	15
1.7 – Comorbilidade	15
1.8 – Ideação Suicida	16
2 – Objetivos	17
3 – Metodologia	18
3.1 – Tipo de Estudo	18
3.2 – Caracterização da amostra	18
3.3 – Instrumentos	19
3.3.1 – Questionário Sociodemográfico	19

3.3.2 – <i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version</i> (PCL-C)	19
3.3.3 – Questionário de Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> (23 QVS)	20
3.3.4 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	21
3.3.5 – Questionário de Ideação Suicida	21
3.4 – Procedimentos de investigação	22
3.5 – Procedimentos de análise e tratamento estatístico	22
4 – Resultados	
4.1 – Análise preliminar dos dados	24
4.2 - Sintomas comórbidos da PSPT	24
4.3 - Ideação suicida na PSPT, no grupo em estudo	26
4.4 - Associação entre variáveis	27
4.5 - Relação entre os fatores do 23QVS e as dimensões do BSI	28
5 – Discussão	30
Conclusão	32
Referências bibliográficas	33
Anexos	
Anexo I – Estatísticas de colinearidade (Tolerância e VIF) para o modelo de regressão	36
Anexo II – Diagnóstico da colinearidade com base nos valores próprios e no índice de condição para o modelo de regressão	36
Anexo III – Estatísticas dos resíduos	36
Anexo IV – Gráfico de dispersão dos resíduos	36
Anexo V - Distribuição dos resíduos em torno da reta	37
Anexo VI - Teste de aderência à normalidade de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para os resíduos	37
Anexo VII - Resumo do modelo de regressão linear	37

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica da amostra	18
Tabela 2 – Coeficientes do modelo de regressão linear dos sintomas comórbidos na PSPT	26
Tabela 3 – Teste entre os grupos em relação ao questionário QCS-R	27
Tabela 4 – Teste de associação entre variáveis tendo em conta o grupo clínico (N=45)	27
Tabela 5 – Relação entre os fatores da escala 23QVS com o total das dimensões psicopatológicas do BSI	28

Lista de Siglas e Abreviaturas

- APA** - *American Psychiatric Association* – Associação Americana de Psiquiatria
- BSI** - Brief Symptom Inventory - Inventário de Sintomas Psicopatológicos
- CID** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
- DSM** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- HHS** - Sistema Hipotálamo-Hipofisário-Supra-renal
- LC-NA** - Sistema Locus Coeruleus-Noradrenalina
- PCL-C** - *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version – Checklist* da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático – Versão Civil
- PSPT** - Perturbação de *Stress* Pós-Traumático
- QCS-R** - Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto
- SGA** - Síndrome Geral de Adaptação
- SNS** - Sistema Nervoso Simpático
- 23QVS** - Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress*

Resumo

Introdução: Os eventos traumáticos, pelas suas características imprevisíveis e impactantes podem levar ao desenvolvimento de perturbações psicológicas, mais comumente a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT).

Objetivos: A finalidade desta investigação é estudar a PSPT comparativamente, considerando os sintomas comórbidos, incluindo a probabilidade de comportamentos suicidários.

Metodologia: De acordo com a *Checklist* para a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático – Versão Civil (PCL-C), foram comparados dois grupos: (1) sujeitos diagnosticados com PSPT (N=45) e (2) sujeitos sem este diagnóstico. Todos os sujeitos são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 53 e os 80 anos. Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados o PCL-C, o BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos), o 23QVS (Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress*) e o QCS-R (Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto).

Resultados: Foi elaborado um modelo de regressão linear onde se verifica que 72.6% da variância total do diagnóstico é explicada pelos sintomas de obsessão-compulsão, depressão e ideação paranoide. No que se refere à ideação suicida, pelo teste *Mann Whitney*, o grupo com a Perturbação é mais propenso a comportamentos suicidários.

Conclusão: Este estudo demonstrou como a qualidade de vida dos indivíduos com PSPT é afetada. Manifestam uma vida sintomática que condiciona a conduta normal do seu dia-a-dia e apresentam probabilidades elevadas de risco de suicídio.

Palavras-chave: Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), trauma, *stress*, comorbilidade, ideação suicida

Abstract

Introduction: Traumatic events due to their unpredictable and impactful characteristics can develop psychological disturbances, especially Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

Objectives: The main goal of this research is to study the PTSD between groups, considering the comorbid symptoms, including the likelihood of suicidal behavior.

Method: Accordingly with the Checklist for Posttraumatic Stress Disorder - Civil Version (PCL-C), two groups were compared: (1) subjects diagnosed with PTSD (N=45) and (2) subjects without this diagnosis. All subjects are males, aged between 53 and 80 years old. For data collection, several instruments were used, namely the PCL-C, the BSI (Brief Symptom Inventory), the 23QVS (Stress Vulnerability Questionnaire) and the QCS-R (Suicide Behavior Questionnaire – Revised).

Results: Linear regression model revealed that 72.6% of the total variance of the diagnosis is explained by the symptoms of obsession-compulsion, depression and paranoid ideation. Regarding the suicidal conception, using Mann Whitney test, the results suggest that the group with this Disorder is more prone to suicidal behavior.

Conclusion: This study demonstrated how the quality of life in individuals with PTSD is affected. They manifest a symptomatic life that conditions the normal conduct of their daily life and presents high probabilities of suicide risk.

Key-words: Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), trauma, stress, comorbidity, suicidal ideation

Introdução

As circunstâncias da vida, embora na maioria das vezes possam seguir uma constância na qual o ser humano está preparado e apto para o seu dia-a-dia, podem também, algumas vezes, sair da rotina habitual e exigir novas adaptações. No meio das numerosas circunstâncias que podem seguir ou não a referida constância, um indivíduo pode proceder adequadamente, adaptando-se à nova situação e exigências que esta acarreta ou não se adaptar, ficando numa situação de eventual grande mal-estar.

Quando uma circunstância inesperada ocorre, é normalmente vivida intensamente pelo indivíduo, fazendo com que este se possa sentir sem recursos para a ultrapassar e superar, uma vez que pode transportar uma exigência alargada que pode imobilizar o indivíduo, o qual entra em *stress* devido à impotência demonstrada face à situação. Nestes casos, em que os indivíduos não reagem ou reagem mal e, conseqüentemente, não desenvolvem estratégias adequadas para as exigências da situação podem vir a desenvolver a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático.

A Perturbação de *Stress* Pós-Traumático é uma Perturbação enquadrada na classe dos traumas e transtornos relacionados com o *stress* identificada no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição, American Psychiatric Association, 2014). É caracterizada por sintomas de temor intenso e pavor que são despoletados por acontecimentos tormentosos que representem algum tipo de intimação à integridade física de um indivíduo (Pereira, 2012).

Esta Perturbação é uma das conseqüências mais comuns a nível psicológico e psiquiátrico quando se presencia um acontecimento angustiante (Pereira, 2012) o que, atendendo ao elevado número de catástrofes que têm vindo a ser reportados diariamente nos meios de comunicação, se torna das perturbações mais importantes nos nossos dias sendo, por isso, fundamental o seu conhecimento.

Neste trabalho é estudada a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático considerando a comorbidade sintomática e o risco suicidário. Encontra-se estruturado em cinco capítulos distintos. No primeiro, referente ao Enquadramento Teórico, são expostos os conceitos e fundamentos necessários à compreensão do tema do presente estudo. O segundo capítulo (Objetivos), descreve detalhadamente o que se pretende investigar. O terceiro capítulo (Metodologia), consiste numa descrição dos instrumentos utilizados para recolha dos dados, bem como da população-alvo e dos procedimentos estatísticos utilizados para tratamento dos resultados. O quarto capítulo (Resultados), apresenta os resultados dos testes utilizados para responder às questões de investigação. O quinto

capítulo é relativo à Discussão dos Resultados, e inclui uma análise mais profunda dos dados obtidos, comparando-os a estudos já realizados. Por último, as Conclusões, sintetizam as principais ilações a retirar desta investigação.

1 – Enquadramento Teórico

1.1 – Conceito de Trauma Psíquico

O conceito de trauma psíquico refere-se a um impacto extremo de um acontecimento *stressante* no funcionamento psicológico do sujeito (Guerreiro et al., 2007). Pode ser entendido como uma ocorrência na vida de um sujeito que se define pela intensidade do acontecimento, pela incapacidade que o indivíduo possa ter de lhe responder de forma apropriada, pelo transtorno que pode provocar e pelos efeitos patológicos que pode causar na estrutura psíquica (Eizirik et al., 2006).

Um acontecimento pode contribuir para um trauma psíquico quando acarreta um aumento de estimulação, num pequeno período de tempo, que se torna demasiado poderoso para ser manuseado de forma normal, podendo o sujeito ver-se impossibilitado de lidar com a experiência e assim desenvolver uma perturbação (Eizirik et al., 2006). Um evento traumático pode ser uma situação que envolva lesões significativas, experiências de morte ou perigo de morte e risco para a integridade física, seja do próprio indivíduo seja de outros, desde que a situação tenha envolvido medo, horror e impotência. Exemplos de eventos que podem resultar em trauma psíquico em um indivíduo podem ser: raptos, atos terroristas, situações de combate, desastres naturais, acidentes de viação, assaltos ou outros atos que envolvam violência física ou risco de vida (Guerreiro et al., 2007). Os traumas experienciados diretamente estão associados a uma maior probabilidade de desenvolver PSPT, bem como a uma acentuada gravidade e longevidade dos sintomas (LeBouthillier et al., 2015).

1.2 - Conceito de *Stress*

O conceito de *stress* está amplamente relacionado com estados emocionais, oriundos de reações a mudanças ocorridas na vida de um indivíduo. O termo foi empregue pela primeira vez no ano de 1936 pelo neuro-endocrinologista *Hans Selye* para relatar uma resposta fisiológica e adaptativa do organismo a qualquer estímulo percebido como temível (Morgado, Cerqueira, & Sousa, 2017). Assim, o *stress* apresenta-se como uma sensação que uma pessoa experiencia quando não possui recursos necessários para fazer face às exigências ou às ameaças ao seu bem-estar (Guerreiro et al., 2007). Perante a exposição a um ou mais eventos *stressantes* um indivíduo pode desenvolver a PSPT (Wimalawansa, 2014).

A questão do controlo face à situação pode ser real e, neste caso, o sujeito não apresenta aptidões ou recursos para ultrapassar as imposições da situação, ou pode ser distorcida, ocorrendo quando o indivíduo possui recursos e aptidões para ultrapassar a situação, porém sente não ser capaz de fazer um uso correto delas ou acredita não serem suficientes para superar a situação (Vaz Serra, 2003).

Quando um indivíduo entra em *stress* desenvolve um combinado de estratégias (centradas no problema, nas emoções ou na aquisição de apoio social) que têm como finalidade resolver a relação desequilibrada criada entre a pessoa e o meio ambiente e, ainda, atenuar as sensações negativas criadas pela situação (Vaz Serra, 2003).

1.2.1 – Síndrome Geral de Adaptação (SGA) ou Síndrome de *Stress*

Conforme mencionado acima, o conceito de *stress* é inerente a qualquer indivíduo e acarreta modificações na estrutura e comportamento humano. Manifesta-se através do chamado Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome de *Stress*, caracterizado por três fases (Filgueiras & Hippert, 1999). A primeira fase é denominada de fase de alarme, sendo caracterizada por manifestações agudas pelas quais o organismo se prepara para fugir ou lutar perante a ameaça; a segunda fase ocorre pela impossibilidade do organismo manter a fase de excitação e tem o nome de fase de adaptação, que permite o desaparecimento das manifestações agudas e uma resistência ao *stress*; a terceira fase intitulada de fase de exaustão é referente a um prolongamento na duração do *stress*, isto é, um período elevado de tempo na primeira fase, que pode originar um colapso do organismo (Guerreiro et al., 2007).

1.2.2 - Mecanismos neurobiológicos envolvidos na resposta do organismo humano às situações de *stress*

A exposição a situações traumáticas, além de poder propiciar o desenvolvimento de um distúrbio psicológico, podem também transformar-se em um preditor de queixas físicas, o que se traduz numa procura elevada de cuidados médicos. Este facto pode estar associado aos mecanismos neurobiológicos incluídos nas respostas ao *stress* (Começanha & Maia, 2011).

Perante um acontecimento traumático, os principais mecanismos neurobiológicos ativados em resposta ao *stress* experienciado são: “o sistema hipotálamo-hipofisário-supra-renal (HHS), o sistema locus coeruleus-noradrenalina (LC-NA) e o sistema nervoso simpático (SNS)” (Guerreiro et al., 2007, p.348).

A ativação do sistema HHS e LC-NA é recíproca, assim, quando um é ativado o outro também o é. Esta ativação leva a respostas comportamentais que auxiliam no ajustamento da homeostasia do indivíduo, aumentando, conseqüentemente, as suas hipóteses de sobreviver. Estes sistemas estimulam, também, a vigia e a atenção. A ativação do SNS, que aumenta a disponibilidade de oxigênio e energia, e ao qual está associado o aparecimento de sintomas vegetativos como aumento da tensão arterial, dilatação bronquiolar, inibição do sistema digestivo, contração do baço, entre outros, também é consequência da ativação do sistema LC-NA (Guerreiro et al., 2007).

Estes sistemas relacionam-se de forma multidirecional com diversos fundamentos neuronais como: a amígdala, responsável por modular as reações de medo, ansiedade e memória emocional; o sistema dopaminérgico mesolímbico que intervém no processo de recompensa e prazer; o córtex pré-frontal mediano, que modula o comportamento executivo complexo e a flexibilidade afetiva (Guerreiro et al., 2007).

Pela secreção da hormona adrenocorticotrófica (ACTH) é produzido o cortisol, que ao ser libertado durante a reação de *stress* mobiliza energia, melhora a função cardiovascular, inibe funções de crescimento e reproduz algumas respostas imunológicas (Guerreiro et al., 2007).

1.3 – Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

A Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, nas palavras de Vaz Serra (2003), “tem um longo passado mas uma curta história” (p.67), baseado nesta premissa serão descritos nos subcapítulos subsequentes a evolução do conceito e a sua definição atual, atendendo ao Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quinta edição (DSM-V, 2014), da Associação de Psiquiatria Americana (APA).

1.3.1 – Evolução do conceito

A Perturbação de *Stress* Pós-Traumático tem um longo passado na medida em que o ser humano tem vindo a ser vítima de inúmeras situações trágicas que têm originado impactos no seu funcionamento físico e psíquico. No entanto, a sua história ainda é curta, pois só veio a ser reconhecida como diagnóstico válido pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) no ano de 1980 e, só a partir de 1992, na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (Vaz Serra, 2003). Porém, no ano de 1952 surgiu na primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-

I) o termo “reação grave ao *stress*”, assinalado como uma “resposta a um trauma grave, com tendência a desaparecer e surgida usualmente numa personalidade normal” (Vaz Serra, 2003, p.68). Esta Perturbação veio a ser incluída com o intuito de relatar sintomas clinicamente significativos em indivíduos vítimas de violação, ataques terroristas, combates em guerras, prisioneiros, entre outras situações (Osório & Maia, 2010).

No DSM-II, existia apenas a designação de “reações de ajustamento” para referir qualquer situação clínica que proviesse de uma reação ao *stress* (Vaz Serra, 2003).

No ano de 1980, foi incluído no DSM-III sob a designação de “Distúrbio de Stress Pós-Traumático” (Vaz Serra, 2003). A edição do DSM-III destaca-se por apresentar uma descrição mais detalhada, explicitando que para a Perturbação ocorrer era necessária uma experiência direta do indivíduo com uma situação tão ameaçadora que fosse inevitável causar-lhe sofrimento (Sbardelloto et al., 2011). Também tem implícito que após o acontecimento exista continuidade na severidade dos sintomas e impacto psicológico consequente dos mesmos (Sendas, 2009). Na terceira edição revista do DSM (DSM-III-TR), ano de 1987, a Perturbação foi mantida (Sbardelloto et al., 2011).

Em 1994, no DSM-IV foi acrescentada a designação clínica de “Distúrbio Agudo de Stress”, sendo nesta edição aumentado o número de situações passíveis de desenvolver a Perturbação. A quarta edição veio, também, especificar que só deve ser feito diagnóstico caso os sintomas ocorram durante, no mínimo, um mês (Vaz Serra, 2003). Na quarta edição revista (DSM-IV-TR), o acontecimento traumático aparece descrito como uma qualquer situação que tenha sido experienciada ou testemunhada e tenha gerado um sentimento de ameaça à vida de um indivíduo ou de ameaça à vida de alguém que lhe seja próximo (Sbardelloto et al., 2011).

A atual edição do DSM (DSM-V), também trouxe alterações para os critérios da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, destacando-se a eliminação das reações de medo, desamparo e horror como forma de resposta à experiência traumática e, a adição do subtipo clínico “sintomas dissociativos”, com o intuito de nomear indivíduos com experiência de despersonalização e desrealização (Walton et al., 2017). Também, a PSPT passou a figurar na classe de traumas e transtornos relacionados ao *stress*, quando até então figurava na classe dos transtornos de ansiedade (Wimalawansa, 2014).

1.3.2 – Definição atual da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, segundo o DSM-V

Quando um indivíduo presencia um incidente eventualmente traumático responde de acordo com aquilo que foram as suas aprendizagens no decorrer do seu desenvolvimento, de acordo com a sua personalidade, de acordo com o contexto onde ocorre o acontecimento e de acordo com as características deste. Assim, o evento traduz alguma subjetividade uma vez que varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser traumático para uns e não para outros, apresentando reações variadas pois estas dependem de características pessoais (Guerreiro et al., 2007). Assim, a característica particular da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático é o desenvolvimento de sintomas individuais após a exposição a um ou vários incidentes traumáticos (DSM-V, 2014). Deste modo, a expressão clínica da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático varia: se alguns indivíduos experienciam sintomas de medo, revivência emocional e comportamental, outros experienciam humor disfórico e cognições negativas, outros demonstram excitação e sintomas reativos, outros apresentam sintomas dissociativos, existindo ainda outros indivíduos que revelam combinações de todos os padrões descritos (DSM-V, 2014). Em casos nos quais o evento *stressor* seja interpessoal ou intencional, a duração e gravidade do transtorno acentua-se (DSM-V, 2014).

O acontecimento traumático pode ser reexperienciado de diferentes formas e comumente existem esforços intencionais dos indivíduos para evitar pensamentos, lembranças, sentimentos, diálogos ou qualquer outra situação que esteja relacionada ao episódio traumático (DSM-V, 2014). Situações que se assemelham ao evento traumático traduzem-se frequentemente num sofrimento psicológico intenso, independentemente do fator que tenha desencadeado esse sentimento (DSM-V, 2014).

Indivíduos com Perturbação de *Stress* Pós-Traumático tendem a irritar-se facilmente, podendo ocorrer comportamentos físicos ou verbais violentos, que podem ser autodestrutivos e automutilantes. Este distúrbio é caracterizado por hipersensibilidade a potenciais ameaças, o que faz com que indivíduos diagnosticados com esta perturbação sejam muito reativos a estímulos inesperados (DSM-V, 2014).

Assim, e atendendo à faixa etária (entre 50 e 80 anos) da presente amostra para que um indivíduo adulto seja diagnosticado com a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, o seu comportamento tem de cumprir os seguintes critérios, de acordo com o DSM-V (2014):

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

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

Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionado ao trabalho.

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

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.
3. Reações dissociativas (p. ex., flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.).
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

C. Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos os seguintes aspectos:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.
- D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:
1. Incapacidade de recordar algum aspeto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
 2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).
 3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).
 5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
 6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
 7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).
- E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:
1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.
 2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
 3. Hipervigilância.
 4. Resposta de sobressalto exagerada.
 5. Problemas de concentração.
 6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).
- F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.
- G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

- H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica (pp. 271 a 272).

1.4 – Fatores de risco para o desenvolvimento da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

Como já foi referido anteriormente há diversas situações indutoras de *stress*, a prevalência de uma Perturbação de *Stress* Pós-Traumático varia consoante a ocorrência em si e os fatores de vulnerabilidade do indivíduo (Vaz Serra, 2003).

O termo fatores de risco está associado a variáveis passíveis de despoletar a ocorrência de um determinado quadro clínico. Seguidamente serão descritos os fatores de risco para o desenvolvimento da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático.

1.4.1 – Fatores sociodemográficos

No que respeita aos fatores sociodemográficos salientam-se três subgrupos: estatuto socioeconómico, grau de instrução e influência do género.

Estudos referem que pessoas mais necessitadas economicamente manifestam um número mais elevado e uma maior gravidade de sintomas. Também o grau de instrução parece estar envolvido como fator de risco para o desenvolvimento da Perturbação, tendo maior predisposição indivíduos com baixo grau de instrução. Tal facto pode dever-se à probabilidade de indivíduos com baixos rendimentos estarem mais expostos a acontecimentos traumáticos e à questão de os indivíduos com características opostas possuírem um acesso mais facilitado a recursos (Vaz Serra, 2003).

No que respeita ao género existem evidências sobre o facto de o sexo feminino estar mais predisposto a desenvolver a Perturbação. Tal pode estar associado à probabilidade mais acentuada de as mulheres serem vítimas de um qualquer tipo de abuso (Vaz Serra, 2003).

1.4.2 – Fatores individuais

Questões mais individuais podem estar associadas a uma suscetibilidade para desenvolvimento da Perturbação, como é o caso da história familiar ou pessoal de transtornos de ansiedade, tipo de acontecimento traumático em si e as suas dimensões e questões relacionadas à inexistência de apoio social ou apoio social inadequado.

No entanto, os fatores de risco estão mais ligados ao indivíduo e ao seu ambiente do que propriamente ao trauma original, sendo de referir como fatores de risco de cariz

individual: acontecimentos traumáticos na infância, ocorrência de circunstâncias não traumáticas indutoras de *stress*, ambiente familiar, existência prévia de transtornos psiquiátricos, influência genética e personalidade do indivíduo (Vaz Serra, 2003).

Acontecimentos traumáticos na infância tendem a tornar-se um padrão repetitivo de comportamento, particularmente ligado ao ambiente social, emocional e físico da família. Ocorrências traumáticas na infância podem propiciar a que o indivíduo transporte consigo riscos e menor capacidade de resistência que podem voltar a torná-lo vítima em adulto, o que torna a vivência de traumas em tenra idade um fator de risco (Wimalawansa, 2014).

A ocorrência de circunstâncias não traumáticas indutoras de *stress* têm implicações negativas para o indivíduo quando este se depara com uma situação traumática, pois as circunstâncias indutoras de *stress*, embora de cariz não traumático, possuem particularidades cumulativas e assim tornam um indivíduo mais suscetível e sensível perante quaisquer outras situações negativas que possam surgir (Vaz Serra, 2003). Tal facto origina que qualquer ameaça percebida, quer seja traumática ou não, seja vivida sob *stress* (Wimalawansa, 2014).

O ambiente familiar evidencia particular relação com o desenvolvimento da PSPT, uma vez que fatores que colocam uma criança em risco e que a tornam vítima de violência como: transtornos psicopatológicos dos pais, falta de supervisão, ambiente familiar conflituoso, desemprego recente e história de consumos (álcool ou drogas), são os mesmos que originam que esta se torne vítima de qualquer tipo de violência futuramente ou que propiciam que esta se torne testemunha de qualquer tipo de violência dirigida a outra pessoa (Vaz Serra, 2003).

A existência prévia de transtornos psiquiátricos quer no próprio indivíduo quer em familiares é considerado, também, um componente de risco para o desenvolvimento da PSPT (Vaz Serra, 2003).

A influência genética é outro indicador que aparece como facilitador para o desenvolvimento da Perturbação. Estudos realizados com gémeos revelam que patologias psicológicas eram representadas de forma idêntica, no entanto, o impacto dos genes pode variar em detrimento da idade, sexo e diferenças culturais (Vaz Serra, 2003). Assim a genética pode surgir como uma sensibilidade ou como maior resiliência para o surgimento da PSPT (Valente et al., 2008).

A personalidade do indivíduo integra um fator significativo para o desenvolvimento da PSPT, pois cada indivíduo constitui um papel moderador na resposta

ao trauma, sendo mediado pela personalidade de cada um, a reação imediata face ao acontecimento traumático, a forma como é processado o acontecimento pela ótica cognitiva, a habilidade para planear formas de apoio social e a exposição a ocorrências traumáticas. Baseado nesta premissa, cada indivíduo tem a sua própria experiência traumática (Vaz Serra, 2003).

1.4.3 – Fatores relacionados com o acontecimento

Os fatores relacionados com o acontecimento dizem respeito à atuação que determinados acontecimentos podem ter no desenvolvimento da PSPT, neste campo destacam-se: o tipo de agressão, o impacto sobre o indivíduo, o grau de conhecimento que a vítima possa possuir acerca do agressor e a dissociação peri-traumática.

Um fator que está fortemente ligado ao trauma é a sua magnitude, deste modo, quanto maior for a agressão mais riscos abarca para um indivíduo desenvolver a PSPT (Wimalawansa, 2014). Dentro das agressões que representam mais riscos destacam-se a violação sexual e outros tipos de abuso sexual e a agressão física violenta. Dentro das agressões que menos riscos representam salientam-se o conhecimento de ocorrências traumáticas sucedidas com outro indivíduo (Vaz Serra, 2003).

O impacto que uma situação traumática causa no indivíduo pode predispor-lo ao desenvolvimento da Perturbação, na medida em que os acontecimentos se tornam traumáticos quando o indivíduo é vulnerável às suas repercussões. Relativamente às particularidades que coadjuvam para que um acontecimento se estabeleça traumático destacam-se: o acontecimento criar uma ameaça grave, súbita e inesperada, o significado subjetivo que lhe é dado, a questão de perdas reais e simbólicas, a presença de cenas fortes que geram horror, a ausência de previsão da ocorrência, a concessão de causa a terceiros, o facto de poderem existir questões médicas incontornáveis que alteram a vida quotidiana dos indivíduos, a perda de recursos e a fase de desenvolvimento em que o indivíduo se encontra (Vaz Serra, 2003).

A questão de a vítima poder conhecer o agressor é um aspeto que pode interferir nas reações perante o trauma como perante a busca pelo tratamento, pois o conhecimento do agressor empobrece a autoestima da vítima, debilita a sua capacidade de resistência, leva à procura de tratamento tardio e fornece sentimentos de culpa (Vaz Serra, 2003).

Indivíduos expostos a acontecimentos traumáticos severos e longos podem desenvolver a perceção de aniquilação mental, entendida como uma perda de autonomia, sem esforço para manter vontade própria e identidade, fazendo com que o indivíduo se

sinta na condição de objeto que o faz tornar-se mais vulnerável (Vaz Serra, 2003).

Pode, também, acontecer uma dissociação peri-traumática que diz respeito a um sentimento de irrealidade experienciado por um indivíduo aquando de um acontecimento traumático. Pode manifestar-se por: perda do sentido do tempo, comportamento automatizado, sentimentos de irrealidade, desligamento do corpo e flutuar por cima do acontecimento, sendo considerado um fator de mau prognóstico. Este sentimento manifesta-se vulgarmente em indivíduos que experienciam um grande horror, do qual pensam não escapar (Vaz Serra, 2003).

1.5 – Fatores de risco após o acontecimento traumático

Findada a ocorrência traumática há fatores que devem ser levados em conta pelas consequências que podem deles advir, como é o caso das atribuições causais feitas sobre a ocorrência, do ambiente encontrado findada a situação traumática e dos fatores que predis põem à cronicidade.

1.5.1 – Atribuições causais feitas sobre a ocorrência

Como foi referido anteriormente, as ocorrências mais destrutivas para o ser humano são as ocorrências imprevisíveis e irreprimíveis. No que concerne às atribuições causais que os indivíduos fazem a si mesmo terminadas essas ocorrências, são normalmente de caráter punitivo e depressivo, tendendo a fazer atribuições internas para o fracasso, como são exemplo as expressões “A culpa é minha”, “Acontece-me de tudo” (Vaz Serra, 2003), que tornam o tratamento da PSPT mais complicado.

1.5.2 – Ambiente encontrado findada a situação traumática

No caso da PSPT é fundamental a não ocorrência de experiências negativas concluída a situação traumática, uma vez que a sua sucessão pode ser prejudicial e pode agravar o problema no que respeita à evolução e ao prognóstico. De acordo com o relatado, tem vindo a ser analisado o conceito de emocionabilidade expressa, formada pelos seguintes componentes: comentários críticos, hostilidade, marcante envolvimento emocional, afetuosidade, comentários positivos. Os comentários críticos bem como a hostilidade são componentes que maior evidência negativa manifestam nos resultados (Vaz Serra, 2003). Deste modo, o apoio funcional familiar ou social inadequado pode favorecer o desenvolvimento da PSPT (Wimalawansa, 2014).

1.5.3 – Fatores que predisõem à cronicidade

Os casos de PSPT manifestam uma tendência para a cronicidade, aliás, como é definido nos critérios da Perturbação. No entanto, também determinados aspetos estão relacionados com a cronicidade, como é o caso do tipo de trauma, da presença de comorbilidade, da reatividade face a ocasiões que relembrem o trauma, das dificuldades nos relacionamentos interpessoais, do predomínio de história familiar em comportamentos antissociais e da presença de sentimentos de culpa, humilhação e rejeição (Vaz Serra, 2003).

1.6 – Fatores de proteção da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

Como foi referido anteriormente há fatores que suportam riscos para o desenvolvimento da Perturbação, porém existem também fatores que auxiliam para que não se desenvolva a Perturbação, um deles é referente ao apoio social e o outro é relacionado a peculiaridades da personalidade normalmente designado de resiliência.

1.6.1 – Apoio social

O termo apoio social refere-se a relações sociais e à sua coesão, aos elos afetivos, ao apoio existente e à prestação de cuidados (Vaz Serra, 2003), deste modo, o apoio social reverte-se numa ação protetora mais forte contra a traumatização (Wimalawansa, 2014). Este termo envolve três componentes: recursos da rede social, comportamento de apoio e avaliação subjetiva de apoio.

Os recursos da rede social referem-se a relações sociais que oferecem um grupo estável que possa prestar cuidados e auxílio quando necessário. Indivíduos com sentimentos de pertença a uma rede social forte tendem a sentir de forma menos acentuada situações de *stress*. No entanto, este tipo de rede social é mais comum em indivíduos com uma personalidade combativa, um bom autoconceito, sentido de competência e locus de controlo interno. O mesmo não acontece com pessoas com falta de recursos sociais que se encontram mais propensas a perdas e possuem recursos baixos para ultrapassar situações de *stress* (Vaz Serra, 2003).

A questão do comportamento de apoio é semelhante à questão do apoio social, porém neste caso a troca de apoio é entre dois indivíduos, um recetor e um dador. O comportamento de apoio refere-se então a uma troca de recursos, que tem como objetivo amplificar o bem-estar do recetor (Vaz Serra, 2003). A questão do senso de pertença revela-se imprescindível para o auxílio ao não desenvolvimento da Perturbação (Anestis

et al., 2017).

Pode ocorrer situações pelas quais o apoio social recebido pode ser distorcido pelo recetor, designado de avaliação subjetiva de apoio, que diz respeito ao significado que um indivíduo confere ao cuidado prestado por um outro indivíduo. Sendo necessária uma relação de confiança por parte do recetor para que esta questão seja protetora (Anestis et al., 2017).

1.6.2 – Resiliência

Como já foi referido, para que a PSPT se manifeste é necessário a ocorrência de um acontecimento traumático, todavia, nem todos os indivíduos que vivenciaram um acontecimento traumático manifestam sintomas de PSPT, tal facto deve-se a fatores da personalidade.

A personalidade resiliente caracteriza-se por recuperar facilmente de adversidades e apresenta atributos individuais de bom prognóstico como é o caso de: abertura de espírito, flexibilidade, competência para aprender com a experiência, tolerância ao *stress*, coragem, criatividade, disciplina, integridade de consciência, sentido de humor e gosto por arquitetar sonhos. Em contrapartida, uma personalidade não resiliente está associada ao aparecimento de sintomatologia após uma ocorrência traumática (Vaz Serra, 2003).

1.7 – Comorbilidade

A comorbilidade é caracterizada predominantemente pela capacidade de duas ou mais patologias se potencializarem, de modo que o seu diagnóstico e prognóstico se vêm afetados. Segundo Pereira, Pedras e Lopes (2012) a PSPT é comumente reconhecida devido à sua comorbilidade.

Atendendo à população em estudo, e de acordo com o DSM-V (2014), “indivíduos com PSPT têm uma probabilidade 80% mais elevada de apresentar sintomas que preencham os critérios de diagnóstico de, pelo menos, uma outra perturbação mental quando comparados com indivíduos sem PSPT” (p. 335). Também Vaz Serra (2003) é da opinião de que após um acontecimento traumático, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático não é o único quadro que pode ocorrer. A Perturbação de *Stress* Pós-Traumático pode, ainda, coexistir com outros transtornos psiquiátricos como é o caso do transtorno de humor, do transtorno bipolar, da depressão e de síndromes de ansiedade (Halimi & Halimi, 2015). Muitos dos acontecimentos diários também podem ser *stressantes* ficando associados ao surgimento de perturbações depressivas ou

ansiosas (Castanho, 2009).

A questão do *stress* está, também, associada a várias doenças psicológicas e físicas, que ao estarem, muitas vezes, ligadas reciprocamente demonstram algum impacto na saúde, nomeadamente na maior procura de cuidados médicos (Castanho, 2009).

1.8 – Ideação Suicida

O suicídio origina grande impacto na vida das pessoas e na sociedade. É uma temática importante face ao elevado número de mortes anuais que ocorrem por esta causa, constituindo-se, assim, num problema grave de saúde pública (Sobrinho & Campos, 2016).

O suicídio é entendido como um comportamento autodestrutivo, premeditado e fatal, usualmente sustentado por influências ambientais, fatores psicológicos, genéticos, sociológicos e culturais. Refere-se a um processo que se inicia no momento em que uma determinada pessoa começa a ter pensamentos de acabar com a própria vida, passando para tentativas suicidárias que, quando repetidas, aumentam significativamente a probabilidade de alcançar o suicídio consumado (Cañón et al., 2016).

Estudos referem que a tendência suicida (incluindo ideação suicida, planos e tentativas) é aumentada entre os indivíduos que experienciam eventos negativos e eventos traumáticos (Panagioti, Gooding, & Tarrier, 2015). Também os traumas de cariz direto, interpessoal e cumulativo parecem evidenciar particular relação com a ideação suicida (LeBouthillier et al., 2015).

2 - Objetivos

O principal objetivo desta investigação é o de conhecer a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático atendendo ao seu diagnóstico e vivências que lhe estão associadas, nomeadamente:

Objetivo 1: Estudar a PSPT, verificando quais os sintomas comórbidos desta Perturbação na amostra em análise.

Objetivo 2: Estudar a ideação suicida na PSPT no grupo em investigação, em comparação com um grupo de controlo.

Objetivo 3: Verificar a existência de diferenças concernentes a padrões atuais (insónias, tabagismo e consumos de álcool) na população com PSPT em estudo, em comparação a um grupo de controlo.

Objetivo 4: Verificar o perfil sintomático da PSPT na amostra em estudo.

3 – Metodologia

Este capítulo tem como objetivo caracterizar os métodos adotados na elaboração do presente trabalho de investigação, mais concretamente no que se refere à natureza do estudo, aos procedimentos de recolha da amostra e à respetiva caracterização, à descrição dos instrumentos utilizados no protocolo para recolha de dados e, por último, aos procedimentos efetuados para análise e tratamento estatístico.

3.1- Tipo de Estudo

O método adotado para dar resposta aos objetivos da presente investigação insere-se numa abordagem predominantemente quantitativa do tipo descritivo-correlacional e comparativa.

3.2 – Caracterização da amostra

A amostra total do presente estudo é constituída por 87 sujeitos divididos por dois grupos, designados: grupo clínico e grupo de controlo. O grupo clínico é composto por 45 indivíduos com diagnóstico de PSPT, de acordo com a avaliação feita através do questionário PCL-C. O grupo de controlo é composto por 42 indivíduos sem diagnóstico de PSPT, segundo o mesmo questionário. O presente estudo é composto unicamente por indivíduos do sexo masculino, sendo este o mais importante critério de inclusão.

A amostra foi recolhida maioritariamente na zona centro, mais concretamente na cidade de Coimbra, Oliveira do Hospital e Gouveia.

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra, considerando os dois grupos em estudo.

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra

	<u>Grupo Clínico (N=45)</u>				<u>Grupo de Controlo (N=42)</u>			
	Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx	M	DP
Idade	53	80	69.24	6.516	50	79	64.62	7.146
Escolaridade	3	12	5.44	2.321	2	12	6.83	3.371
Estado civil			n (%)				n (%)	
Solteiro			-				3 (7.1)	
Casado ou em união de facto			39 (86.7)				39 (92.9)	
Divorciado			4 (8.9)				-	
Viúvo			2 (4.4)				-	
Categorias profissionais								
Especialistas das profissões intelectuais e científicas			1 (2.4)				1 (2.2)	
Administrativo e similares			8 (19.0)				5 (11.1)	
Técnicos e profissionais de nível			2 (4.8)				5 (11.1)	

intermédio		
Serviços e vendedores	7 (16.7)	7 (15.6)
Operários, artífices e trabalhadores similares	11 (26.2)	15 (33.3)
Trabalhadores não qualificados	13 (31.0)	12 (26.7)
Rendimentos		
Entre 500€ a 750€	11 (24.4)	13 (31.0)
Entre 750€ a 1000€	18 (40.0)	8 (19.0)
Entre 1000€ a 1250€	8 (17.8)	8 (19.0)
Entre 1250€ a 1500€	2 (4.4)	4 (9.5)
Entre 1500€ a 1750€	2 (4.4)	2 (4.8)
Entre 1750€ a 2000€	2 (4.4)	5 (11.9)
Mais de 2000€	2 (4.4)	2 (4.8)

Nota. N = Número de sujeitos; Min = Mínimo; Máx = Máximo; M = Média; DP = Desvio-padrão

3.3 – Instrumentos

O protocolo de investigação utilizado para a realização do presente estudo foi constituído pelos instrumentos descritos seguidamente e por um consentimento informado que visava um esclarecimento do estudo e um pedido de participação que garantia o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Para analisar a consistência interna dos instrumentos utilizados realizou-se o *alpha de Cronbach's*.

3.3.1 – Questionário sociodemográfico

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica foi construído especificamente para efeitos desta investigação e teve como propósito obter informações sociodemográficas sobre os sujeitos respondentes, nomeadamente idade, escolaridade, estado civil, suporte social, rendimentos e outros dados de natureza mais clínica e/ou relativos ao consumo de tabáco e álcool. Os dados clínicos incluíram acompanhamentos psiquiátricos ou psicológicos e histórias prévias de tratamentos farmacológicos.

3.3.2 – *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)*

A *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)* foi desenvolvida por Weathers e colaboradores em 1993 (Marcelino & Gonçalves, 2012). Tem como objetivo principal avaliar a vivência de um acontecimento traumático e fazer o diagnóstico da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (Marcelino & Gonçalves, 2012), sendo este último o motivo da sua utilização neste estudo. A PCL-C tem 17 itens e as respostas são dadas numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, onde 1 corresponde a “Nada” e 5 a “Extremamente”. As questões da escala correspondem aos 17 sintomas da

Perturbação de *Stress* Pós-Traumático descritos nos critérios B (reexperienciar), C (evitamento) e D (hiper-ativação) do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais IV, versão revista (Marcelino & Gonçalves, 2012).

A sua cotação é baseada nos critérios indicados. Assim, considerando como sintomático as categorias de 3 a 5 (de moderadamente para cima), é necessário para o diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático uma resposta sintomática a, pelo menos, 1 item “B” (correspondendo às perguntas de 1 a 5), uma resposta sintomática a, pelo menos, 3 itens “C” (correspondendo às questões de 6 a 12) e uma resposta sintomática a, pelo menos, 2 itens “D” (correspondendo às questões de 13 a 17) (Marcelino & Gonçalves, 2012).

O estudo da consistência interna, com as amostras em estudo no trabalho que agora se apresenta, evidencia um $\alpha=.95$

3.3.3 – Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* (23QVS)

O Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* foi elaborado, construído e validado para a população portuguesa por Adriano Vaz Serra, no ano de 2000 (Castanheira, 2013). O 23 QVS é um questionário de autorresposta com 23 questões que permitem avaliar a vulnerabilidade que os indivíduos apresentam face a uma situação instigadora de *stress* (Castanheira, 2013). As respostas são dadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Concordo em absoluto” e 5 a “Discordo em absoluto”. Quanto mais elevado for o valor total adquirido no questionário, mais conjeturável é que o indivíduo apresente vulnerabilidade ao *stress*, atendendo que a cotação é feita de 4 a 0 e que as questões 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 são cotadas de forma inversa, ou seja, de 0 a 4 (Castanheira, 2013).

Um indivíduo é considerado vulnerável se atingir um valor igual ou superior a 43. O 23 QVS é, ainda, dividido em sete fatores: o Fator 1 presente nos itens 5, 10, 16, 18, 19 e 23 refere-se a questões de perfeccionismo e intolerância à frustração; o Fator 2, perguntas 1, 2, 9, 12 e 22 alude à inibição e dependência funcional; o Fator 3, itens 3 e 6 é referente à carência de apoio social; o Fator 4 questões 4 e 21 indica condições de vida adversas; o Fator 5 explícito nas perguntas 5, 8 e 20 é relativo à dramatização da existência; o Fator 6 nas questões 11, 13, 14 e 15 é referente à subjugação; o Fator 7 presente nos itens 7, 13 e 17 é concernente à carência de afeto e rejeição. Desta forma, com a aplicação deste questionário e atendendo ao valor relativo de cada fator é possível perceber qual o aspecto que torna o indivíduo mais vulnerável (Leitão, 2013).

O estudo da consistência interna com as amostras em estudo evidencia uma razoável consistência interna, com um $\alpha=.68$

3.3.4 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos constitui a adaptação portuguesa do *Brief Symptom Inventory* por Canavarro em 1999. É um inventário de autorresposta, com um total de 53 itens, nos quais o indivíduo deve classificar o grau em que cada sintoma o afetou durante a última semana, segundo uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos que engloba uma possibilidade de resposta que vai desde 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) (Simões et al., 2007).

Este inventário avalia sintomas psicopatológicos tendo em conta nove dimensões de sintomatologia: somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), obsessão-compulsão (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), sensibilidade interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), ansiedade fóbica (itens 8, 28, 31, 43 e 47), ideação paranoide (itens 4, 10, 24, 48 e 51) e psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44 e 53). E considera três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS) que avalia a intensidade do mal-estar experienciado com os sintomas assinalados; Índice de Sintomas Positivos (ISP) que oferece a média da intensidade dos sintomas assinalados; Total de Sintomas Positivos (TSP) que representa o número de queixas sintomáticas apresentadas (Simões et al., 2007).

Para se proceder a cotação das nove dimensões psicopatológicas é necessário somar a pontuação obtida em cada item indicado para cada dimensão e, de seguida, dividir esse resultado pelo total de itens pertencentes à dimensão. Para o cálculo do Índice Geral de Sintomas (IGS) deverá atender-se à pontuação de todos os itens e seguidamente dividir essa pontuação pelo total de respostas. O Total de Sintomas Positivos (TSP) obtém-se considerando o total de itens assinalados com uma resposta de pontuação superior a zero. O Índice de Sintomas Positivos (ISP) obtém-se pela divisão do somatório de todos os itens pelo total de itens com resposta superior a zero (Simões et al., 2007).

O estudo da consistência interna com as amostras em estudo evidencia uma consistência interna elevada com um $\alpha=.98$.

3.3.5 – Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R)

O Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto foi desenvolvido por Osman, Bagge, Gutierrez, Konick, Kopper e Barrios no ano de 2001, tendo sido em 2013

adaptado para a população portuguesa (Sobrinho & Campos, 2016). O QCS-R apresenta-se como um questionário breve de autorresposta que comporta quatro questões de resposta múltipla. Estas questões possibilitam: 1) avaliar a ideação suicida e tentativas de suicídio; 2) calcular a ideação suicida recente; 3) estimar a comunicação de intenção suicida; 4) avaliar a probabilidade futura de tentativa suicidária (Sobrinho & Campos, 2016).

O estudo da consistência interna com as amostras em estudo evidencia uma boa consistência interna com um $\alpha=.87$.

3.4 - Procedimentos de investigação

Os procedimentos incluíram um pré-teste após a elaboração do protocolo que teve como objetivo verificar se o mesmo estaria compreensível e adequado aos sujeitos da amostra, considerando as variáveis idade e nível de escolaridade. Foram recolhidos 2 protocolos que evidenciaram a necessidade de algumas alterações semânticas no questionário sociodemográfico. O protocolo foi também avaliado por um terceiro avaliador de modo a verificar a adequação e a pertinência das questões.

A aplicação do protocolo foi realizada entre os meses de Novembro de 2017 a Junho de 2018.

3.5 – Procedimentos de análise e tratamento estatístico

O tratamento estatístico da amostra obtida foi realizado através do programa “*Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*” versão 23.0 da IBM[®].

Para caracterização da amostra, recorreu-se à estatística descritiva. Para verificar a distribuição da amostra foi realizado o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e para analisar a fiabilidade interna de cada instrumento foi realizado o *alpha de Cronbach's*.

Posteriormente foi efetuada uma Análise Exploratória Descritiva por item, de modo a observar as medidas de tendência central e as medidas de dispersão para cada um dos itens dos quatro questionários utilizados na recolha de dados.

Conhecida a distribuição amostral do estudo, seguiu-se o estudo da consistência interna dos instrumentos utilizados. Os valores aceitáveis para este coeficiente distribuem-se entre .70 e .90, presumindo-se que o instrumento que esteja dentro destes valores determina poucos erros, sendo considerado fiável (Peterson, 1994). De forma a

verificar a melhoria do coeficiente com a eliminação de itens, procedeu-se a este cálculo.

Para analisar quais os sintomas comórbidos da PSPT foi definido um modelo de regressão linear, segundo o método *Stepwise*. Realizou-se, também, o teste não paramétrico *Mann-Whitney* para comparação de resultados obtidos no questionário de ideação suicida entre os dois grupos.

O teste do *Qui-Quadrado* foi aplicado para estudar a associação entre variáveis obtidas pelo questionário sociodemográfico. Para terminar o capítulo dos resultados efetuou-se, também, um coeficiente de correlação de *Spearman*, para conhecer a relação entre os fatores de vulnerabilidade ao *stress* da escala 23QVS e o total das dimensões psicopatológicas avaliadas pelo questionário BSI.

4 - Resultados

4.1 – Análise preliminar dos dados

No que diz respeito à análise preliminar dos dados, o pressuposto da normalidade foi analisado recorrendo ao teste de K-S (*Kolmogorov-Smirnov*) com correção de *Lilliefors*, onde se verificou um *p-value* inferior a .05 para todos os itens de todos os questionários utilizados, verificando-se, assim, que a distribuição das variáveis na amostra não é normal. Esta evidencia obrigou ao recurso a testes não paramétricos para o tratamento estatístico.

4.2 - Sintomas comórbidos da PSPT

De forma a modelar as relações entre as variáveis foram estabelecidos modelos de regressão para a previsão de sintomas comórbidos da PSPT através da identificação das variáveis independentes com maior contributo e significância para esses modelos, após validados todos os pressupostos exigidos por estes cálculos.

Um modelo de regressão pode ser usado, apenas, com objetivos de estimação e de inferência das relações funcionais entre a variável dependente e as variáveis independentes, se um combinado de presunções concernentes ao modelo forem válidos. Essas presunções consistem particularmente na homogeneidade dos resíduos, na distribuição normal dos erros e na independência dos resíduos.

Desta forma, foi estudada a independência das variáveis explicativas, que compreende a verificação da existência ou não de Multicolinearidade. Esta análise foi realizada através de dois indicadores: a Tolerância (que mede o grau em que uma variável explicativa é explicada por todas as outras variáveis explicativas que compõem o modelo) e o VIF ($1/\text{Tolerância}$). Para todas as variáveis explicativas o valor da Tolerância é superior a 0.1 e o valor do VIF é inferior a 10 (anexo 1), o que indica inexistência de Multicolinearidade no modelo em análise. Esta afirmação é também consolidada pelo diagnóstico de colinearidade através dos valores próprios (*eigenvalues*) da matriz de correlações entre as variáveis independentes e dos respetivos índices de condição. Considerando que os valores próprios se encontram suficientemente afastados de 0 e que os índices de condição são inferiores a 15 (anexo 2), pode-se afirmar, novamente, a inexistência de Multicolinearidade no modelo em análise.

No que diz respeito às variáveis aleatórias residuais, é esperado que o valor médio dos resíduos seja 0 para que seja cumprido este pressuposto pelo modelo, o que se

verificou (anexo 3). Deve ser observada, igualmente, a variância constante dos resíduos, segundo a qual os resíduos devem manter uma amplitude constante em relação ao eixo horizontal zero, ou seja, não devem mostrar tendências, crescimento ou diminuição, o que indicará a inexistência de Heteroescedasticidade, o que também se verifica (anexo 4).

Quanto ao pressuposto das variáveis aleatórias residuais, foi utilizado o teste *Durbin-Watson* para analisar a inexistência de autocorrelação. O valor estimado obtido por este teste foi de 1.898, o que indica uma fraca probabilidade de existência de autocorrelação no modelo.

Em relação à normalidade das variáveis residuais, pode ser verificada de forma gráfica, caso a distribuição dos resíduos em torno da reta siga uma distribuição normal, o que se confirma (anexo 5).

Posteriormente, procedeu-se à elaboração dos testes de aderência à normalidade onde se verificou através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* um valor de p de .200 (anexo 6), o que permite comprovar que a distribuição dos resíduos em torno da reta segue uma distribuição normal.

Terminada a validação de todos os pressupostos do modelo de regressão linear para os sintomas comórbidos, procedeu-se à elaboração do modelo segundo o método *Stepwise*. Assim, para a variável diagnóstico, foram obtidos três modelos (anexo 7), nos quais o modelo 3 se mostrou mais adequado e no qual 72.6% ($R^2_a = 0.726$) da variância total do diagnóstico é explicado pelos sintomas obsessão-compulsão, depressão e ideação paranoide medidos pelo BSI.

De modo a apurar se o modelo obtido é estatisticamente significativo na previsão dos sintomas comórbidos da PSPT, foi realizado o teste *ANOVA*, no qual se obteve um valor $Z = 77.147$ e no qual a estatística de teste tem associado um valor p de .000, verificando-se que o modelo é altamente significativo.

Assim, o modelo ajustado resultante, baseado nos coeficientes de regressão linear, (tabela 2) é o seguinte:

Diagnóstico = $-.247 + .238$ BSI Obsessão Compulsão + $.162$ BSI Depressão + $.122$ BSI Ideação Paranoide

Tabela 2*Coefficientes do modelo de regressão linear dos sintomas comórbidos na PSPT*

	B	SE B	Beta (β)
Step 3			
Constante	-.247	.074	
BSI Obsessão Compulsão	.238	.059	.438***
BSI Depressão	.162	.068	.301*
BSI Ideação Paranóide	.122	.059	.185*

Nota. $R^2 = .736$, $\Delta R^2 = .726$ ($p < .001$). * $p < .05$; *** $p < .001$

4.3 – Ideação suicida na PSPT, no grupo em estudo

Para comparação dos resultados obtidos no questionário de ideação suicida pelos dois grupos, foi realizado o teste *Mann-Whitney*, que permitiu verificar a existência ou não de discrepância nos resultados e, conseqüentemente, testar se a PSPT é um fator de risco para comportamentos suicidários.

Para tratamento dos resultados foi efetuada uma atribuição de valores para cada resposta. Para a questão número 1, referente à ocorrência de algum pensamento ou tentativa de suicídio, foi atribuída uma pontuação que variou entre 0 para “Nunca” e 6 para “Tentei matar-me, e esperava mesmo morrer”. Na questão número 2, referente à frequência com que pensou matar-se no último ano, os valores atribuídos variaram entre 1 para a resposta “Nunca” e 5 para a resposta “Muito frequentemente”. Para a questão número 3, referente ao facto de já ter comunicado a alguém a vontade de suicidar-se ou de poder vir a suicidar-se, os valores variaram entre 1 (“Não”) e 5 (“Sim, mais do que uma vez, e queria realmente fazê-lo”). Na última questão do questionário, questão número 4, referente à probabilidade de poder vir a suicidar-se algum dia, para uma resposta de “Nunca” foi atribuído o valor zero e para a resposta “Muito provável” o valor seis, tendo uma possibilidade de resposta entre 0 e 6. Deste modo valores médios mais elevados estão associados a maiores tendências suicidas.

A análise dos resultados foi realizada através do teste *Mann-Whitney*, no qual se verifica que o grupo com Perturbação obteve valores de risco e pensamento suicidas significativamente superiores comparativamente ao grupo sem diagnóstico de Perturbação, conforme se verifica através da tabela 3 para as quatro questões avaliadas.

Tabela 3*Teste entre os grupos em relação ao questionário QCS-R*

	Grupo de controlo (42)		Grupo clínico (45)		U de Mann Whitney
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
QCS-R 1	1.02	.154	2.84	1.186	54.000***
QCS-R 2	1.00	.000	2.24	1.004	273.000***
QCS-R 3	1.00	.000	2.02	1.500	588.000***
QCS-R 4	.36	.692	2.62	1.302	139.500***

Nota. ***p<.001

4.4 – Associação entre variáveis

Foi realizado o teste do *Qui-Quadrado* de forma a analisar a associação entre duas variáveis, em função do diagnóstico, de forma a analisar informação obtida pelo questionário sociodemográfico. Assim, foi investigado se o diagnóstico da PSPT está associado ao acompanhamento psiquiátrico, ao uso de terapêuticas farmacológicas, a distúrbios na qualidade do sono e a consumos mais elevados de álcool.

Quanto à associação com o acompanhamento psiquiátrico, a contagem revela que os indivíduos com diagnóstico recorrem mais vezes a acompanhamento psiquiátrico (p<.001). No que se refere à utilização de terapêuticas farmacológicas, o grupo sem diagnóstico na sua maioria não recorre a medicação, já o grupo com diagnóstico apresenta valores acima dos esperados na utilização de antidepressivos e ansiolíticos (p≤.001).

Tendo em consideração as dificuldades em dormir, verifica-se que a dificuldade em quase todos os dias predomina no grupo com diagnóstico, ultrapassando a contagem esperada, o que também acontece nas respostas semanalmente e anualmente (p≤.001).

Acerca dos consumos de álcool, embora tenham sido mais os indivíduos com diagnóstico da Perturbação a responder que não consomem em comparação ao grupo sem diagnóstico da Perturbação, os consumos diários e semanais predominaram no grupo com PSPT. Já o consumo ocasional verificou-se mais no grupo sem o diagnóstico. No entanto, atendendo ao nível de associação entre a variável diagnóstico e consumos de álcool, esta revelou-se significativa (p<.05).

Tabela 4*Teste de associação entre variáveis tendo em conta o grupo clínico (N=45)*

	Qui-Quadrado de Pearson		
	Valor	gl	Significância
Acompanhamento psiquiátrico	24.133 ^a	1	.000
Terapêuticas farmacológicas	19.685 ^b	4	.001
Dificuldades em dormir	17.567 ^c	4	.001
Consumos de álcool	9.495 ^d	3	.023

Nota. ^a 0 células (.0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 14.97.

^b. 6 células (60.0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é .97. ^c. 4 células (40.0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1.45. ^d. 0 células (.0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5.79.

4.5 – Relação entre os fatores do 23QVS e as dimensões do BSI

De forma a confirmar se existe uma relação entre os fatores do 23 QVS (perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência de apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação e carência de afeto e rejeição) e as dimensões do BSI (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) efetuou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* entre os resultados obtidos nos fatores avaliados pelo 23QVS e as dimensões avaliadas pelo BSI. Os resultados revelaram que todos os fatores de vulnerabilidade ao stress avaliados pelo 23QVS, à exceção do fator 4 (condições de vida adversas) com a dimensão ideação paranoide, se correlacionam positivamente e significativamente com as dimensões do BSI. Atendendo que valores próximos de 1 indicam uma correlação positiva muito forte entre as variáveis, valores de .7 indicam uma correlação forte, valores entre .3 a .7 indicam uma correlação moderada e valores inferiores a .30 uma correlação fraca, quando a correlação é de valor 0 indica que as variáveis não dependem uma da outra e quando são valores abaixo de 0 significa uma correlação negativa entre as variáveis (Sampaio, 2014). Salientam-se a correlação da dimensão depressão do BSI com o total do 23QVS ($r=.788$), que demonstraram uma correlação forte e a correlação da dimensão somatização do BSI com o fator 4 do 23QVS ($r=.242$), que demonstraram uma correlação desprezível.

Tabela 5

Correlações entre os fatores da escala 23QVS com o total das dimensões psicopatológicas do BSI

	QVS	QVS	QVS	QVS	QVS	QVS	QVS	QVS
rô de Spearman	Total	Fator1	Fator2	Fator3	Fator4	Fator5	Fator6	Fator7
BSI Total	.776***	.514***	.695***	.426***	.316**	.338***	.534***	.645***
BSI Somatização	.695***	.479***	.627***	.365***	.242*	.272*	.511***	.601***
BSI Obsessão Compulsão	.779***	.550***	.666***	.422***	.366***	.396***	.495***	.594***
BSI Sensibilidade Interpessoal	.744***	.439***	.680***	.447***	.319**	.308**	.522***	.647***
BSI Depressão	.788***	.471***	.697***	.457***	.363***	.375***	.562***	.657***
BSI Ansiedade	.701***	.451***	.607***	.356***	.332**	.308**	.495***	.576***
BSI Hostilidade	.732***	.561***	.615***	.406***	.277**	.283**	.463***	.622***

BSI Ansiedade	.619***	.392***	.591***	.332**	.269*	.260*	.438***	.502***
Fóbica								
BSI Ideação	.711***	.560***	.545***	.335**	.165	.328**	.584***	.650***
Paranoide								
BSI Psicoticismo	.699***	.398***	.648***	.412***	.354***	.300**	.479***	.550***

Nota. * p<.05; **p<.01; ***p<.001

5 – Discussão

A presente investigação teve como objetivo principal estudar a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático considerando a comorbilidade sintomática e o risco suicidário.

Numa primeira fase, pretendeu-se estudar a PSPT e conhecer o perfil sintomático dos indivíduos diagnosticados com esta Perturbação pelo questionário PCL-C. A regressão linear foi utilizada para descobrir a comorbilidade no grupo em estudo, verificando-se que 72.6% ($R^2_a = 0.726$) da variância total do diagnóstico é explicado pelos sintomas obsessão-compulsão, depressão e ideação paranoide, tal como são medidas pelo questionário BSI. Estes resultados são consonantes com os resultados de estudos anteriores, onde se observa que a dimensão depressão apresenta muitas vezes comorbilidade com a PSPT (LeBouthillier et al., 2015). Vários estudos, inclusivamente, chegam a considerar a existência de uma ligação recíproca de vulnerabilidade entre a PSPT e a depressão (Pereira, Pedras, & Lopes 2012). Ainda neste contexto, Zambrano-Erazo et al. (2017), referem que a PSPT é um quadro clínico de identidade dissociativa que se faz acompanhar por distúrbios emocionais, especialmente depressão, ansiedade e apatia que provocam uma deterioração da qualidade de vida dos indivíduos com esta Perturbação. Sintomas paranoicos delirantes, têm também, vindo a apontar comorbilidade com a PSPT, embora esta relação pareça não ser, ainda, muito clara (Pereira, Pedras, & Lopes 2012).

Na presente investigação, além de o grupo clínico ter sido selecionado a partir do diagnóstico de PSPT, estes também apresentam características clínicas específicas diferentes do grupo de controlo, mais concretamente no que se refere: a recurso a acompanhamento psiquiátrico, ao uso mais ativo de terapêuticas farmacológicas, a dificuldades em dormir (insónias) e consumos mais regulares de álcool. A associação foi verificada utilizando o teste do *Qui-Quadrado* entre a variável diagnóstico e cada uma das variáveis já mencionadas. Atendendo que a população clínica desta amostra perfaz um total de 47 indivíduos, verifica-se que muitos dos indivíduos diagnosticados se encontram sem acompanhamento. Segundo Wimalawansa (2014), tal facto pode constituir um maior risco para a manutenção da PSPT e, conseqüentemente, para a existência de comportamentos suicidários. De acordo com Lommen et al. (2016), também os problemas de sono são uma constante na maioria dos indivíduos diagnosticados com PSPT. Segundo os mesmos autores, a questão das insónias pode acabar por se tornar um mecanismo envolvido no desenvolvimento e manutenção desta Perturbação. No que se

refere ao álcool, estudos indicam que há uma relação significativa com a exposição ao trauma (Pedras & Pereira, 2013). Distúrbios de sono, dificuldades de concentração, perda de interesse por atividades, incapacidade de sentir emoções positivas e humor negativo persistente são situações comumente relatadas por indivíduos com PSPT. Estas questões estão associadas a uma manutenção da PSPT (Lommen et al., 2016).

Entre os indivíduos diagnosticados com PSPT, 50% a 90% apresentam problemas psicológicos, nomeadamente: ansiedade, depressão, abuso de substâncias, dificuldades na criação e manutenção de relações interpessoais, sintomas físicos e deficiências cognitivas (Pereira, Pedras, & Lopes 2012). Além dos factos apresentados, a Perturbação induz dano no funcionamento social e profissional do funcionamento do indivíduo (Vaz Serra, 2003). A PSPT afeta, também, domínios cognitivos, como é o caso do processamento de informação, evocação, consolidação e armazenamento, incapacidade de planear e organizar (Zambrano-Eraza et al., 2017).

Numa segunda face, foi testada a possibilidade do risco suicidário ser mais comum e intenso no grupo clínico. Para a verificação desta probabilidade foi utilizado o teste *Mann-Whitney*, que comparou os resultados obtidos no questionário de ideação suicida (QCS-R) entre os grupos (clínico e controlo). Os resultados apresentaram *scores* mais elevados para a população com PSPT, em comparação à população sem PSPT. Estes resultados mais elevados correspondem a respostas positivas de pensamentos suicidários, de maior comunicação de tentativa de suicídio e de maior probabilidade de vir a suicidar-se futuramente. Estes resultados sugerem, assim, a existência de um risco acrescido para comportamentos suicidários por parte dos indivíduos diagnosticados com a Perturbação. Halimi e Halimi (2015) referem que a PSPT está associada à ideação suicida e tentativa de suicídio, entendendo essa associação como um importante problema de saúde pública. Também Panagioti, Gooding, & Tarrier (2015) referem que a questão do suicídio foi considerada um problema grave entre indivíduos diagnosticados com PSPT e que, neste contexto, existem evidências segundo as quais a PSPT é apontada como central na ideação suicida. Outros estudos realizados, sugerem que os níveis de stress, quando excessivamente intensos, podem provocar ao indivíduo desejo de morte como forma de escape ao sofrimento psicológico presente (Sobrinho & Campos, 2016).

Conclusão

O presente estudo, subordinado ao tema Perturbação de Stress Pós-Traumático (diagnóstico, comorbilidades e risco de suicídio) demonstra que toda a mente é suscetível ao trauma. No entanto, o impacto desta será diferente dependendo das estruturas egóicas e resiliência de cada indivíduo e das ocorrências em si que determinam a rápida ou lenta reestruturação do psiquismo. Demonstra, igualmente, que a PSPT é uma patologia comórbida que afeta, por esse motivo, vários níveis do funcionamento familiar, social e profissional de indivíduos que dela padecem.

Neste estudo, a PSPT aparece associada a uma sintomatologia psicopatológica marcadamente obsessiva-compulsiva, depressiva e de ideação paranoide. No que se refere a variáveis sociodemográficas e saúde atual, foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível de recurso a acompanhamento psiquiátrico, ao uso mais ativo de terapêuticas farmacológicas, a dificuldades em dormir (insónias) e consumos mais regulares de álcool, entre os dois grupos em estudo. Por último, os resultados desta investigação revelam que a PSPT está associada a um risco acrescido de comportamentos suicidários, que remete para a necessidade de maior atenção e cuidado destes, e para com estes, indivíduos.

Os principais limites desta investigação incluem: elevada faixa etária da maioria dos participantes e do seu baixo nível de escolaridade, com implicações na compreensão e interpretação do questionário; o tamanho reduzido da amostra (N=87) e a metodologia transversal. A ausência de grupos de controlo com outras psicopatologias específicas, embora o foco da investigação fosse a PSPT no geral, também pode limitar esta investigação, de modo que se recomenda para estudos futuros o tratamento desta abordagem mais específica.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anestis, J. C., Harrop, T. M., Green, B. A., & Anestis, M. D. (2017). Psychopathic Personality Traits as Protective Factors against the Development of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in a Sample of National Guard Combat Veterans. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(2), 220–229.
- Cañón, S. C., Garcés Palacios, S., Echeverri Díaz, J., Bustos González, E., Pérez Uribe, V., & Aristizabal López, M. A. (2016). Autopsia psicològica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Arch. Med*, 16(2), 410–421.
- Castanheira, F. (2013). *A Relação entre a Resiliência e a Vulnerabilidade ao Stresse : estudo numa organização de práticas positivas* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, Portugal.
- Castanho, A. (2009). *Stress E Sintomas De Stress Pós-Traumático a Psp Nas Missões Internacionais* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada, Portugal.
- Começanha, R., & Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4(2), 123–131.
- Eizirik, M., Schestatsky, S., Knijnik, L., Terra, L., & Ceitlin, L. (2006). Countertransference and psychic trauma. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(3), 314-320.
- Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polémica em torno do conceito de estresse. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 19(3), 40–51.
- Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J. L., & Galvão, F. (2007). Estresse pós traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Med Port.*, 20, 347–354.
- Halimi, R., & Halimi, H. (2015). Risk among Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder: The Impact of Psychosocial Factors on the Escalation of Suicidal Risk. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 52(3), 263–266.
- LeBouthillier, D., McMillan, K., Thibodeau, M., & Asmundson, G. (2015). Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 28(1), 183–190.
- Leitão, C. (2013). *Síndrome de Burnout: A realidade entre diferentes especialidades*
**Perturbação de Stress Pós-Traumático:
 diagnóstico, comorbilidades e risco de suicídio**
 Daniela Dias (email:daniela_fmd@hotmail.com) 2019

- Médico-Cirúrgicas em Hospitais do Norte de Portugal* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Lommen, M. J. J., Grey, N., Clark, D. M., Wild, J., Stott, R., & Ehlers, A. (2016). Sleep and Treatment Outcome in Posttraumatic Stress Disorder: Results From an Effectiveness Study. *Depression and Anxiety*, *33*(7), 575–583.
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. P. (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.
- Morgado, P., Cerqueira, J., & Sousa, N. (2017). *Resposta neuronal ao stresse*. Minho: Lidel - Edições Técnicas.
- Osório, C., & Maia, Â. (2010). As Consequências Ao Nível Da Saúde Psicológica Da Participação Na Guerra. *Revista De Psicologia Militar*, *19*, 279–304.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2015). A Prospective Study of Suicidal Ideation in Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Perceptions of Defeat and Entrapment. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(1), 50–61.
- Pedras, S., & Pereira, M. da G. (2013). Experiências adversas, trauma, TEPT e comportamentos de risco na população e em veteranos de guerra. *Temas Em Psicologia*, *21*, 139–150.
- Pereira, A. (2012). *Trauma e Perturbação de Stress Pós- Traumático* (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida de Lisboa, Portugal.
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Lopes, C. (2012). Posttraumatic Stress, Psychological Morbidity, Psychopathology, Family Functioning, and Quality of Life in Portuguese War Veterans. *Traumatology*, *18*(3), 49–58.
- Peterson, R. A. (1994). Coefficient Alpha. *Encyclopedia of Research Design*, *21*, 381–391.
- Sampaio, N. (2014). Aplicações da Correlação e Regressão Linear. AEDB, SEAC.
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., & Kristensen, C. H. (2011). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico - USF*, *16*(1), 67–73.
- Sendas, S. (2009). *Elaboração de significado das histórias de vida de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático* (Dissertação de Doutoramento). Escola de Psicologia da Universidade do Minho,
- Perturbação de Stress Pós-Traumático:
diagnóstico, comorbilidades e risco de suicídio**
Daniela Dias (email:daniela_fmd@hotmail.com) 2019

Portugal.

- Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M., & Almeida, L. (2007). Instrumentos validados para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, (3), 304-330.
- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Perceção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), 47-60.
- Valente, N. L. M., Fiks, J. P., Vallada, H., & Mello, M. F. de. (2008). Evolucionismo e genética do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 30(1), 1-19.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio do Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Walton, J. L., Cuccurullo, L. A. J., Raines, A. M., Vidaurri, D. N., Allan, N. P., Maieritsch, K. P., & Franklin, C. L. (2017). Sometimes Less is More: Establishing the Core Symptoms of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 30(3), 254-258.
- Wimalawansa, S. J. (2014). Causes and Risk Factors for Post- Traumatic Stress Disorder : the Importance of Right Diagnosis and Treatment. *Asian Journal of Medical Sciences*, (2), 1-13.
- Zambrano-Erazo, S., Guzmán-Villa, D., Hurtado-González, C., Seminec, D., & Cruz-Cifuentes. (2017). Neuropsychological abnormalities in patients diagnosed with post-traumatic stress disorder. *Biomedical Research*, 28(6), 2609-2616.

Anexos

Anexo I - Estatísticas de colinearidade (Tolerância e VIF) para o modelo de regressão

	Modelo	Tolerância	VIF
	(Constante)		
3	BSI Obsessão Compulsão	.274	3.652
	BSI Depressão	.202	4.943
	BSI Ideação Paranoide	.402	2.487

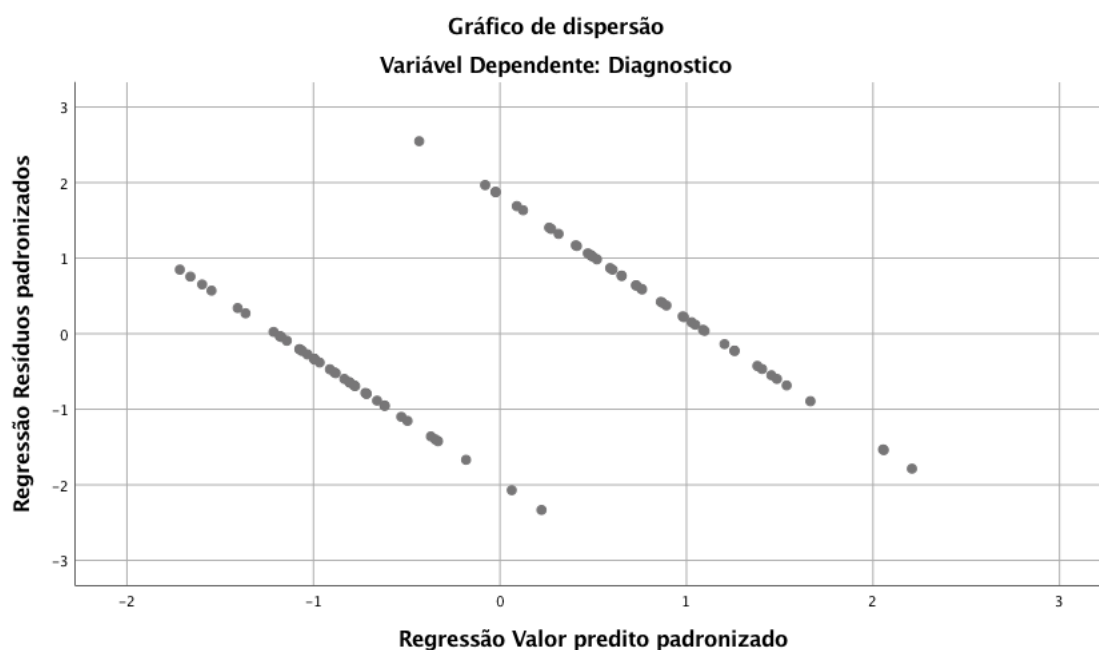
Anexo II - Diagnóstico da colinearidade com base nos valores próprios e no índice de condição para o modelo de regressão

Modelo	Dimensão	Autovalor	Índice de condição	Proporções de variância			
				(Constante)	BSI Obsessão Compulsão	BSI Depressão	BSI Ideação Paranoide
3	1	3.676	1.000	.01	.00	.01	.01
	2	.221	4.075	.40	.02	.11	.00
	3	.067	7.428	.10	.41	.01	.63
	4	.036	10.174	.50	.57	.88	.37

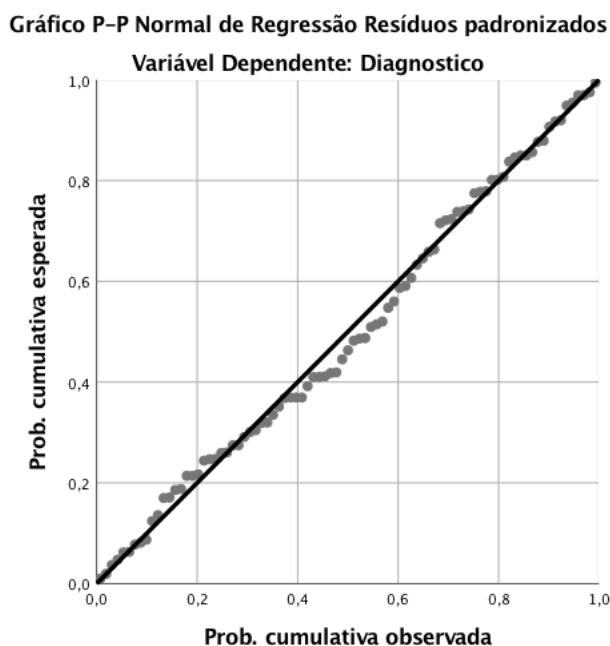
Anexo III - Estatísticas dos resíduos

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	N
Valor previsto	-.22	1.47	.52	.431	87
Valor previsto padrão	-.24	1.51	.52	.434	87
Resíduo	-.613	.670	.000	.258	87
Resíduo padrão	-.695	.693	-.002	.273	87

Anexo IV - Gráfico de dispersão dos resíduos



Anexo V - Distribuição dos resíduos em torno da reta. O eixo das abcissas representa a probabilidade acumulada dos resíduos e o eixo das ordenadas representa a probabilidade acumulada que se observaria no caso dos resíduos possuírem distribuição normal.



Anexo VI - Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov para os resíduos

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	df	Sig.
Studentized Deleted Residual	.064	87	.200

Anexo VII - Resumo do modelo de regressão linear

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	.819 ^a	.671	.667	.290
2	.850 ^b	.722	.716	.268
3	.858 ^c	.736	.726	.263

^a Preditores: (Constante), BSI Obsessão Compulsão

^b Preditores: (Constante), BSI Obsessão Compulsão, BSI Depressão

^c Preditores: (Constante), BSI Obsessão Compulsão, BSI Depressão, BSI Ideação Paranoide