



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Como Esquecer Aquilo Que Não
Queremos?

Esquecimento Dirigido na PPST - A
Doença dos Cuidadores de Doenças

Cátia Alves

Orientador de Dissertação:
Prof.º Doutor Victor Pimentel Cláudio

Coorientador de Dissertação:
Prof.ª Doutora Teresa Garcia-Marques

Coordenador de Seminário de Dissertação:
Prof.ª Doutora Teresa Garcia-Marques

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicocriminologia

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Victor Cláudio e coorientação de Teresa Garcia-Marques, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicocriminologia.

Para a minha mãe!

Agradecimentos

O espaço limitado desta secção não me permite seguramente, agradecer como devia, a todas as pessoas que, ao longo desta caminhada me apoiaram e ajudaram a cumprir com os objetivos propostos. Assim, deixo apenas algumas palavras, muito poucas, mas carregadas de reconhecido agradecimento.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Victor Cláudio, por ter aceite desde o início este desafio. Foram muito importantes as suas palavras e entusiasmo, quer nesta orientação quer em outros momentos em que tive a honra de o escutar.

Á Professora Teresa Garcia-Marques, como não poderia deixar de ser, o meu muito obrigado por me ter “ensinado a pescar”. Apesar de dura, esta etapa não poderia ter tido outro caminho.

Ao Professor Pereira da Silva o meu muito obrigado pelo bichinho que deixou sobre esta temática e pela força dada na realização deste estudo.

Ao João Santos e ao João Barreto, meu querido afilhado, pelo apoio dado nos caminhos da estatística!

Á Tânia pela paciência, pelas palavras, pela grande ajuda e até pelos abraços!

Aos Corpos de Bombeiros que participaram neste estudo. Aos Comandantes pela disponibilidade e amabilidade na sua realização e aos bombeiros que tão amavelmente despenderam do seu tempo para participar. O meu muito obrigado! Sem vocês não teria sido possível!

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha mãe, a minha estrela guia. Tudo isto se deve a ti! Ao teu esforço! Obrigada por me permitires e incentivares a crescer! Sem ti, sem o teu apoio e exemplo, dificilmente conseguiria chegar até aqui.

À minha avó velhinha e ao meu papá o meu obrigado, por tudo nesta vida. O vosso sorriso é a minha motivação!

Como não poderia deixar de ser, o meu enorme obrigado, à minha Família Feliz, por acreditarem sempre em mim. Obrigada por cada palavra de carinho, motivação e preocupação. A união faz a força e isto é prova vida disso! Obrigado Família!

Aos meus amigos, os verdadeiros, devo-vos um pedido de desculpas por todas as ausências, todas as angústias partilhadas. Conforme prometido, o meu muito obrigado a cada um de vós. Estou de regresso!

Para terminar, gostaria de te agradecer a ti que estiveste o tempo todo do meu lado, incondicionalmente. Mesmo nos tempos mais difíceis fizeste-me acreditar que chegaria ao fim. Pelas alegrias, momentos felizes, desânimos, angústias e essencialmente pela compreensão. Desculpa todo o tempo ausente, prometo que agora terás a tua namorada de volta! Amo-te!

A todos os demais, o meu muito obrigado por todo o apoio e incentivo!

Resumo

Os profissionais expostos a situações de emergência pré-hospitalar atuam em situações de grande risco que exigem respostas rápidas e atendimentos eficazes. Embora na sua maioria sejam sentidas como recompensadoras, a exposição recorrente a incidentes críticos poderá representar uma experiência traumática e desencadear o desenvolvimento de Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST). Indivíduos com sintomatologia de PPST apresentam distúrbios na memória mais especificamente nos seus processos de inibição.

Neste estudo analisamos esses défices através do recurso ao paradigma do esquecimento dirigido com profissionais de emergência pré-hospitalar que manifestavam sintomatologia de PPST (n=13), que não manifestavam sintomatologia de PPST (n=11) e um grupo ambíguo (n=16). A nossa hipótese é de que se verifique um menor efeito de esquecimento dirigido no grupo com sintomatologia de PPST, ou seja, que evoque um menor número com instrução de esquecimento do que o grupo sem sintomatologia e que este défice nos processos de inibição depende da carga emocional das palavras (positivas, negativas e traumáticas).

Os nossos resultados não corroboram as hipóteses em estudo não verificando diferenças entre os grupos relativamente ao efeito de esquecimento dirigido. Quanto à valência das palavras apuramos que todos os sujeitos evocam igualmente as palavras de diferente tipo, todos recordam mais palavras traumáticas.

Palavras-Chave: PPST; Trauma; Stresse; Tripulantes de Ambulância; Esquecimento Dirigido

Abstract

Professionals exposed to situations of pre-hospital emergency work in high risk situations that require quick responses and effective care. Although most of these are experienced as rewarding, the repeated exposure to critical incidents may represent a traumatic experience and trigger the development of Disorder Post-Traumatic Stress (PTSD). Individuals with symptoms of PTSD exhibit disturbances in memory more specifically in their inhibition processes.

In this study we analyze these deficits through the use of directed forgetting paradigm with prehospital emergency professionals who manifested symptoms of PTSD (n = 13), which did not manifest symptoms of PTSD (n = 11) and a mixed group (n = 16). Our hypothesis is that if you make a smaller directed forgetting effect in the group with symptoms of PTSD, ie, resembling a smaller number with instruction forgetting than the group without symptoms and that this deficit in the processes of inhibition depends on the load emotional words (positive, negative and traumatic).

Our results do not support the hypotheses under study not checking differences between the groups regarding the effect of directed forgetting. As the valence of the words found that all subjects also evoke the words of different kind, all remember most traumatic words.

Key-words: PTSD; Health Professionals; Trauma; Stress; Directed forgetting

Índice

Introdução	1
Método	7
Participantes	7
Design	9
Instrumentos	9
Materiais	13
Procedimento	14
Resultados	16
Estudo Psicométrico dos Instrumentos	16
Análise dos Resultados	19
Teste das Hipóteses	24
Relação das Palavras Evocadas com as Escalas Clínicas	29
Discussão	30
Referências	33
Anexos	40
Anexo I – Revisão de Literatura	41
Anexo II – Características da Amostra	62
Anexo III – Questionário Sociodemográfico	64
Anexo IV – Materiais	65
Anexo V – Carta de Apresentação	72
Anexo VI – Consentimento Informado	73
Anexo VII – Estudo Psicométrico dos Instrumentos	74
Anexo VIII – Teste das Hipóteses	102
Anexo IX – Teste das Hipóteses QEDP	109
Anexo X – Correlações	114

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características Psicométricas do BSI – Teste da normalidade de Shapiro-Wilk, assimetria e achatamento, valores máximo e mínimo	16
Tabela 2 – Características Psicométricas do NMADS – Teste da normalidade de Shapiro-Wilk, assimetria e achatamento, valores máximos e mínimo	17
Tabela 3 – Características Psicométricas da PCL-C – Teste da normalidade de Shapiro-Wilk, assimetria e achatamento, valores máximos e mínimo	18
Tabela 4 – Percentis da PCL-C	19
Tabela 5 – Médias, Desvio-Padrão obtidos no PCL-C	20
Tabela 6 – Médias, Desvio-Padrão e valores mínimos e máximos obtidos no QEDP	21
Tabela 7 – Médias e Desvio-Padrão do BSI pelos sujeitos Com Sintomatologia, Sem Sintomatologia e Ambíguos	22
Tabela 8 - Médias e Desvio-Padrão do NMADS pelos sujeitos Com Sintomatologia, Sem Sintomatologia e Ambíguos	23
Tabela 9 - Médias e Desvio-Padrão e valores máximos e mínimos obtidos na tarefa de esquecimento dirigido pelos sujeitos Com Sintomatologia, Sem Sintomatologia e Ambíguos	24
Tabela 10 - Médias e Desvio-Padrão e valores máximos e mínimos obtidos na tarefa de esquecimento dirigido tendo em conta as séries pelos sujeitos Com Sintomatologia, Sem Sintomatologia e Ambíguos	25
Tabela 11 – Médias e Desvio-Padrão e valores máximos e mínimos obtidos na tarefa de esquecimento dirigido pelos sujeitos com sintomas de experiência dissociativa peritraumática e pelos sujeitos sem sintomatologia de experiências dissociativas peritraumáticas	27
Tabela 12 – Médias e Desvio-Padrão e valores máximos e mínimos obtidos na tarefa de esquecimento dirigido tendo em conta as séries pelos sujeitos com sintomas de experiência dissociativa peritraumática pelos sujeitos sem sintomatologia de experiências dissociativas peritraumáticas	28

O ser humano é vulnerável a inúmeros acontecimentos nefastos, alguns dos quais imprevisíveis e incontroláveis, que dependendo da sua gravidade poderão repercutir alterações no modo de funcionamento do indivíduo nomeadamente a Perturbação de Pós-Stresse Traumático (PPST) e a dissociação peritraumática (APA, 2013; Carvalho & Maia, 2009a; Maia, 2007; Pinto, Gonçalves & Lima, 2012).

O interesse por esta temática surge por altura da Segunda Guerra Mundial e, desde a sua inclusão nas classificações internacionais psiquiátricas, que assistimos ao seu emprego nas mais variadas situações como em vítimas de abuso sexual, abuso físico, catástrofes naturais e nos vários profissionais envolvidos nas situações de emergência pré-hospitalar (Lazarus, 1993; Maia & Fernandes, 2003).

Particularmente, os profissionais em emergência pré-hospitalar são expostos a situações de grande stresse onde são exigidas respostas eficazes em tempos demasiado curtos o que constitui uma ameaça tanto para a sua saúde como para a qualidade dos serviços prestados (Ângelo, 2010; Vara, Queirós & Kaiseler, 2013). Providenciar os cuidados médicos essenciais na barreira entre a vida e a morte, a exposição a doenças infecciosas, os corpos mutilados, os gritos de socorro, as expressões aflitas e, muitas vezes as condições precárias de atuação são exemplos de situações, com diferente valência emocional, a que esta população é exposta (Alexander & Klein, 2001; Maia & Fernandes, 2003). Ao pensarmos nestes profissionais concebemo-los como indivíduos treinados e especializados e não pensamos que eles próprios possam ser afetados por estes problemas. Contudo, esta exposição a incidentes críticos recorrentes impossibilita a recuperação da equipa de socorrismo podendo mesmo despoletar uma resposta de stresse onde se verificam grandes alterações fisiológicas e emocionais que, no seu extremo, poderão representar uma experiência traumática (Alexander & Klein, 2001; APA, 2002; Maia, 2007).

A literatura que se debruça sobre a temática demonstra que os acidentes rodoviários, as emergências médicas, principalmente as que envolvem crianças ou vítimas conhecidas dos tripulantes, são identificados como os eventos mais críticos (Alexander & Klein, 2001; Bryant & Harvey, 1996; Clohessy & Ehlers, 1999; Maia, 2007). No estudo de Bryant e Harvey (1996) mais de metade dos bombeiros participantes reportara já ter experienciado situações ameaçadoras. O estudo de Carvalho e Maia (2009a) com bombeiros portugueses mostrou que no último ano 98,3% da população em estudo havia experienciado pelo menos um acontecimento adverso. Em média, cada participante relatou um total de 14,02 situações

adversas e, na última semana 3,52. Um outro estudo neste sentido é de Marcelino (2012) e mostra que 42% dos bombeiros inquiridos refere ter experienciado um evento significativo ao longo da vida e 65% confirma já ter sido expostos a um acontecimento potencialmente traumático no desenvolvimento das suas funções profissionais.

O problema em si não será tantas vezes a própria segurança física estar ameaçada mas a perceção de ameaça relativamente à impotência sobre as condições e a incapacidade de gerir o trauma, tanto físico como emocional, experienciado pela vítima (Bryant & Harvey, 1996). É efetivamente esta ausência de controlo do incidente crítico que será determinante para o desenvolvimento de sintomatologia de PPST (Bryant & Harvey, 1996; Casado-Blanco & Castellano-Arroyo, 2013; Fullerton, Ursano & Wang, 2004; Lima, 2013). E apesar de ser substancial o número de profissionais de emergência pré-hospitalar com necessidade de suporte para conseguir lidar com os eventos adversos provenientes da sua atividade profissional, é reduzida a percentagem que procura ajuda (Clohessy & Ehlers, 1999; Marcelino, Figueiras & Claudino, 2012).

A Perturbação de Pós-Stress Traumático é caracterizada por sintomas de re-experienciação (*e.g.*, pensamentos intrusivos, pesadelos recorrentes, sentir ou agir como o acontecimento estivesse ainda a ocorrer e angústia), evitamento (*e.g.*, incapacidade de sentir, amnésia para partes do trauma, entre outros) e de hiper-vigilância (*e.g.*, problemas do sono, irritabilidade, raiva, dificuldades de concentração, reação de alarme hiperativa). Esta resposta pode surgir durante a exposição, a seguir ou após um período de tempo variável (Maia & Fernandes, 2005).

Todavia, a literatura mostra que apesar de esta exposição aumentar a probabilidade de desenvolvimento desta perturbação, existem indivíduos com capacidade para desenvolver mecanismos de funcionamento adequados à situação e assim, não apresentam reações psicopatológicas ao evento (Maia, 2007). A percentagem de sintomatologia de PPST nesta população mostra-se bastante reduzida apesar de os processos de dissociação peritraumática estarem, na maioria dos estudos, presente em mais de metade dos sujeitos (Carvalho & Maia, 2009a, 2009b; Guimaro, Caiuby, Santos, Lacerda & Andreoli, 2013; Marcelino & Figueiras, 2007; Marcelino, Figueiras & Claudino, 2012, Marcelino, 2012). A investigação realizada com voluntários do terramoto de 2010 no Haiti (Guimaro, Caiuby, Santos, Lacerda & Andreoli, 2013) apurou um número de sintomatologia abaixo do ponto de corte indicativo de diagnóstico da Perturbação de Pós-Stresse Traumático e uma relação significativa entre esta

psicopatologia e a sintomatologia dissociativa. Em Portugal, os estudos (Carvalho e Maia, 2009b; Marcelino, 2012; Marcelino & Figueiras, 2007) mostram sintomas compatíveis com o diagnóstico de PPST em menos de 15% da população.

Estas observações podem ser explicadas devido à grande dificuldade em diagnosticar PPST pela ausência de sintomatologia suficiente e pela forma complexa de se manifestar de forma isolada, incitando outros diagnósticos (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003; APA, 2013; Maia, 2007, 2011; Marcelino, Figueiras & Claudino, 2012; Pereira, Pedras, Lopes, Pereira & Machado, 2010).

Como podemos perceber, a compreensão do impacto da adversidade deve atender a um conjunto de fatores, quer de risco, quer de proteção que se tornam muito importantes para o desenvolvimento de estratégias preventivas e programas de intervenção (Carvalho e Maia, 2009a). Os fatores de risco e de proteção são consideradas estratégias de coping que funcionam como mediadores emocionais, no sentido em que resultados positivos estão associados à utilização de determinadas estratégias de coping e, resultados negativos associados a outros (APA, 2013; Bryant & Harvey, 1996; Casado-Blanco & Castellano-Arroyo, 2013; Ferreira, 2010; Lazarus, 1993; Lima 2013; Maia, 2007; Marcelino, Figueira & Claudino, 2012; McNally, 2006; Vogt, King & King, 2010).

A PPST é fundamentalmente uma perturbação da memória uma vez que se trata da lembrança constante de acontecimentos traumáticos, que causam sofrimento emocional, da incapacidade em recordar informação autobiográfica, incluindo da própria experiência traumática (APA, 2013; Brewin, 2010; McNally, 2003, 2006; Jelinek, Jacobsen, Kellner, Larbig, Biesold, Barre & Moritz, 2006). Citando Damásio (2010) a Perturbação de Pós Stress Traumático “*é um inconveniente efeito secundário de uma capacidade que a outros níveis tem as melhores vantagens*” (p. 168).

O défice de memória apresentado por estes indivíduos tem-se verificado em tarefas desenvolvidas em laboratórios onde se corrobora a reduzida capacidade em recordar itens recentemente estudados em testes explícitos e uma tendência significativa em produzir falsas memórias (Brewin *et al.*, 2007 citado por Baumann, *et al.*, 2013). Para Pergher, Stein e Wainer (2004) tanto na população depressiva como na população com perturbação de pós-stress traumático existe um mecanismo de evitação de memórias dolorosas que resulta em processamentos mnemónicos generalizados a outros acontecimentos que não apresentam ameaça.

O que parece realmente existir nestes indivíduos é uma falha nos processos de inibição refletido pela dificuldade em selecionar informação relevante e suprimir a irrelevante ou que não se adequa (Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006; Cláudio, 1994, 2002; Soriano & Bajo, 2007). Este processo de inibição deveria ter um carácter adaptativo desencadeando processos de supressão ou de bloqueamento de informação proporcionando a aquisição de novas informações. O processo de supressão atua na informação antiga para que esta não interfira na nova informação e, por outro lado, evita o surgimento de informações dolorosas para o sujeito. O processo de bloqueamento da informação, como o nome indica, bloqueia o acesso a determinada informação quando outra, da mesma categoria é ativada por alguma razão pelo sujeito (Cláudio, 1994, 2002).

Subjacentes a estas diferenças ao nível dos processos inibitórios estão as diferenças na memória de trabalho que é determinada pela capacidade de controlar a atenção e evitar interferências cognitivas (Soriano & Bajo, 2007).

O paradigma do esquecimento dirigido desenvolvido por Bjork tem sido bastante utilizado em investigações acerca da perturbação de pós-stress traumático na medida em que permite explorar as alterações cognitivas inerentes à patologia como a capacidade de evocação de informação seletiva e esquecimento de informações irrelevantes bem como a capacidade de distinguir o material apresentado de itens semelhantes mas não apresentados (Bailey & Chapman, 2012; Baumann, M., Zwissler, B., Schalinski, I., Ruf-Leuschner, M., Schauer, M. & Kissler, J. 2013; Cláudio, 1994).

Nas tarefas de esquecimento dirigido são apresentados determinados itens seguidos de instrução de relembrar uns, e/ou esquecer outros. Posteriormente a memória é testada nas duas condições, de recordação e esquecimento. Normalmente os participantes reproduzem mais as palavras cuja instrução foi de recordar do que as palavras cuja instrução foi de esquecimento (Baumann, *et al.*, 2013; Geraerts e McNally, 2008). Contrariamente, as falsas memórias são produzidas mais facilmente na condição de esquecer do que na condição de relembrar (Baumann, *et al.*, 2013). Para relembrar uma nova informação é necessário que o indivíduo consiga esquecer a informação antiga e consiga que estas não interfiram uma com a outra. O paradigma do esquecimento dirigido atua precisamente no estudo acerca da capacidade de esquecer informação recente e reter a informação que é relevante (Baumann, *et al.*, 2013; Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006).

Brewin e Andrews (1998, citado por Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006) ao estudar os processos de inibição em indivíduos com o diagnóstico de PPST, perceberam uma tendência para esquecer as palavras de valência negativa comparativamente às positivas. O que nos mostra a dificuldade destes indivíduos lidarem com informações de conotação negativa.

Por sua vez, Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand e Thomas (2006) corroboraram esta dificuldade de inibição pelo reduzido efeito de esquecimento dirigido nestes indivíduos e, os défices de memória explícita, mostrando que indivíduos com PPST relembram um menor número de palavras com instrução de recordar, bem como menos palavras no final da tarefa, comparativamente ao grupo de controlo. Por outro lado, apurou que este défice nos processos de inibição depende da carga emocional das palavras na medida em que, as palavras traumáticas apresentaram particular relevância que não aquela das palavras neutras.

Em estudos com vítimas de abuso sexual na infância verifica-se uma capacidade superior de atenção seletiva para se libertar de sinais relacionados com o trauma e, esquecer acontecimentos que os perturbam. É de notar a utilização de um estilo de codificação de evitação ou dissociativa o que, por um lado facilita a capacidade de libertação de eventos ameaçadores e, por outro lado, resulta numa pobre codificação de informação de valência negativa e, cuja instrução foi de esquecimento (Geraerts & McNally, 2008; Terr, 1994, citado por Baumann, *et al.*, 2013). Relativamente a esta codificação de evitamento McNally e seus colaboradores (2001) verificaram que aqueles que alegavam ter esquecido o abuso em si, devem esquecer mais as palavras relacionadas com trauma do que propriamente os participantes com memórias contínuas do abuso ou sem história de abuso na infância.

McNally, Metzger, Lasko, Clancy e Pitman (1998, citado por Geraerts & McNally, 2008) corroboram as hipóteses mostrando que o grupo de sobreviventes de abuso sexual na infância exhibe um défice na memória mas apenas para palavras positivas e neutras pois as palavras traumáticas são recordadas incluindo aquelas cuja instrução foi de esquecer. Ao nível dos grupos em estudo – mulheres com história de abuso e PPST, mulheres com história de abuso e mulheres sem histórias de abuso ou PPST – foram recordadas mais palavras com instrução de recordar independentemente da sua valência.

Em indivíduos com perturbação aguda de stresse verifica-se uma menor evocação de palavras relacionadas com trauma, com a instrução de esquecimento, comparativamente aos

participantes expostos a acontecimentos traumáticos mas sem o diagnóstico da perturbação (Moulds & Bryant, 2002, 2005, citado por Baumann, *et al.*, 2013). Sobre o impacto emocional do estímulo, os estudos indicam que nos indivíduos traumatizados o nível de esquecimento geral bem como o nível de esquecimento de informação de cariz emocional ou ameaçador, em particular, é muito superior (Baumann, *et al.*, 2013).

Zwissler e colaboradores (2012, citado por Baumann, *et al.*, 2013) encontraram relativamente ao estudo do esquecimento dirigido em vítimas da guerra civil no Uganda, um efeito de esquecimento dirigido apenas no grupo de indivíduos sem PPST enquanto Baumann, e colaboradores (2013) no estudo com imigrantes refugiados na Alemanha não encontraram diferenças entre os grupos.

Porém, Zoellner e colaboradores (2003 citado por Baumann, *et al.*, 2013) não encontraram evidências de processos evitação ou codificação intrusiva nas informações ameaçadoras/traumáticas no grupo com PPST na medida em que não foram registadas diferenças entre o número de itens ameaçadores/traumáticos evocados pelo grupo com PPST comparativamente ao grupo de controlo.

O estudo de McNally, Clancy e Shacter (2001) com mulheres que relataram experiências de abuso sexual na infância e mulheres que acreditavam ter memórias reprimidas de abuso sexual na infância (estados depressivos, ansiedade na relação com o sexo oposto) não verificou qualquer défice nos processos de evitação de material relacionado com o abuso. Aqueles com diagnóstico evocaram muito bem palavras traumáticas e os outros não demonstraram desvios na capacidade de esquecimento dessas palavras.

Por sua vez, Moulds and Bryant (2002, citado por Braumann, *et al.*, 2013) mostram que indivíduos sexualmente abusados na infância apresentam bons resultados em esquecer material perturbador.

Para Zoellner, Foa e Sacks (2003) não se verificam diferenças entre indivíduos com sintomatologia e aqueles sem sintomatologia de PPST na medida em que os primeiros não recordam mais palavras traumáticas que os outros. Ao nível da evocação, indivíduos com PPST registam um menor número de palavras, mas na tarefa de reconhecimento o desempenho entre grupos não diferiu.

Devilley, Ciorciari, Piesse, Sherwell, Zammit, Cook e Turton (2007) pretenderam estudar o efeito da valência das palavras administradas e não encontraram diferenças entre o tipo de

palavra e os níveis de dissociações peri-traumáticas (baixo ou alto) que a literatura indica como factor de predisposição ao desenvolvimento de PPST (Maia, 2007).

Segundo McNally, Clancy e Schacter (2001) as alterações cognitivas manifestadas pelos sobreviventes podem surgir de uma incapacidade de aceder às informações sobre o trauma e não de uma codificação dissociativa.

Parece-nos que ainda não é claro o facto de os indivíduos recentemente expostos a um evento potencialmente traumático exibirem um esquecimento superior de palavras relacionadas com o trauma enquanto aqueles com PPST parecem mostrar uma disfunção na capacidade de expulsar esse material (Geraerts & McNally, 2008). O método da lista de esquecimento dirigido apresenta-se mais adequado para recolher dados sobre as dificuldades de acesso a informações com valência afetiva (Myers, Brewin, & Power, 1998, citado por McNally, Clancy & Schacter, 2001).

A realização deste estudo surge no âmbito da investigação sobre processos de inibição da memória em indivíduos com sintomatologia de Perturbação de Pós-Stress Traumático através do Paradigma do Esquecimento Dirigido usando palavras de conotação positiva, negativa e traumática e, comparando-os com grupos sem sintomatologia e ambíguos.

A nossa hipótese em estudo prende-se com o facto dos processos de inibição apresentam défices em indivíduos com sintomatologia de Perturbação de Pós-Stress Traumático registando este um maior número de evocações de palavras com instrução de esquecimento que o grupo sem sintomatologia. Por outro lado pretendemos verificar se este défice nos processos de inibição depende da carga emocional das palavras mostrando, os indivíduos com sintomatologia de Perturbação de Pós-Stress Traumático uma maior tendência a esquecer palavras com uma conotação negativa e traumática que aquelas com valência positiva.

Método

Participantes

O estudo contou com a participação de 43 sujeitos dos quais, três protocolos foram excluídos de análise, por não reunirem os critérios de inclusão e por não terem dado como concluída a tarefa proposta. Os participantes foram selecionados por conveniência de um grupo de bombeiros pertencentes ao Tabela ativo, tripulantes de ambulância há pelo menos

dois anos e com posto igual ou superior a 3.^a classe. Os dados foram recolhidos junto de três corporações de bombeiros do distrito de Lisboa (Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários do Dafundo, Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Alcabideche e Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Barcarena).

Como critério geral de inclusão na nossa amostra foi estipulada a ausência de psicopatologia diagnosticada, a utilização de psicofármacos e/ou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, informação acedida por inquérito direto.

A nível etário os sujeitos distribuíram-se entre a idade mínima de 19 anos e máxima de 63 (Anexo II). Observamos que 50% dos participantes tinham idades compreendidas entre os 19 e os 30 anos, enquanto a outra metade se distribuía entre os 31 e os 63 anos, inclusive. A média etária apresentada foi de 31.48 anos com um desvio padrão de 9.77. Quanto ao género apurou-se que a percentagem de participantes do género masculino (67.5%) foi bastante superior ao género feminino (32.5%) (Anexo II).

Relativamente às habilitações literárias a maior percentagem de sujeitos (87.5%) frequentou o ensino obrigatório e apenas 12,5% refere frequência de ensino superior. Quanto à situação profissional 75 % participantes referiu estar empregado, 17.5% encontrava-se sem emprego, 2.5% referiu ser reformado e 5% da amostra referiu encontrar-se a estudar. Os indivíduos empregados encontravam-se distribuídos pelas profissões de Bombeiro (37.5%), Tripulante de Ambulância de Socorro (12.5%), Administrativo (2.5%), Eletromecânico (2.5%), Escriturário (2.5%), Militar (2.5%), Motorista (2.5%), Operador de Caixa (2.5%), Nadador Salvador (2.5%), Tripulante de Ambulância de Emergência (2.5%) e Transportador (2.5%) (Anexo II).

Quanto ao tempo de funções na corporação verificou-se que esta se distribuía entre os dois e os 31 anos, inclusive. Observámos que metade da amostra variava entre os dois e os 8 anos de funções e a restante entre os nove e os 31 anos, inclusive. A média registada foi de 10.21 anos com um desvio-padrão de 7.49 (Anexo II).

No que concerne ao tempo de funções de tripulante de ambulância apuramos que, na nossa amostra, se distribuía entre os dois anos e os 32 anos. Metade dos participantes em estudo referia entre dois a sete anos de funções. Os restantes distribuíram-se entre os oito e os 32 anos de funções. Apresentavam uma média de anos de funções como tripulante de ambulância de 9.53 com um desvio-padrão de 7.24 (Anexo II).

Design

O estudo é quasi experimental, definindo-se três grupos naturais pela presença ou não de um conjunto de sintomas ou ambiguidade dos mesmos (accedendo a variáveis de sintomatologia de perturbação de stress pós-traumático, dissociação peritraumática, depressão e psicopatologia) que realizam uma tarefa experimental composta por duas sessões com três condições experimentais: 2(sessão sem vs. com esquecimento) x 3 (palavras traumáticas, palavras positivas e palavras negativas).

O delineamento é assim 3 (grupos) x 2 (sessões) x 3 (palavras) com os dois últimos fatores manipulados intra-sujeitos.

Instrumentos

Do protocolo de avaliação dos participantes, fazia parte um conjunto de questionários, de entre eles, o Questionário Sócio Demográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory – BSI); a Nova Escala Multidimensional da Depressão (NMADS); a Checklist de PTSD – versão civilis (Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version PCL-C) e o Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire - QEDP).

Em relação às variáveis sociodemográficas, obtidas através do questionário sociodemográfico, foram recolhidas informações relativas à idade, ao género, às habilitações literárias, situação profissional e tempo de funções em emergência pré-hospitalar (Anexo III).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory – BSI). Este inventário originalmente criado por L. Derogatis (1982, citado por Canavarro 1999, 2007) foi adaptado e aferido para a população portuguesa por Canavarro (1999). A sua finalidade consiste na avaliação de sintomas psicopatológicos segundo nove dimensões de sintomatologia: Somatização (que inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), Obsessões-Compulsões (que inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), Sensibilidade Interpessoal (composta pelos itens 20, 21, 22 e 42), Depressão (que inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), Ansiedade (com os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), Hostilidade (composta pelos itens 6, 13, 40, 41 e 46), Ansiedade Fóbica (com os itens 8, 28, 31, 43 e 47), Ideação Paranoide (com os itens 4, 10, 24,

48 e 51) e Psicoticismo (com os itens 3, 14, 34, 44 e 53). Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma dimensão clínica sendo apenas considerados nas pontuações dos índices. De entre estes, o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos (TSP).

Este inventário de autorresposta é administrado individualmente e deve ser dada especial atenção ao facto de que para cada item o participante deverá escolher o que melhor descreve a forma como aquele problema o perturbou nos últimos sete dias.

A cotação desta escala é feita através da soma dos valores obtidos (0-4) em cada item de cada dimensão psicopatológica. A soma obtida deve ser seguidamente dividida pelo número de itens a que o indivíduo respondeu nessa dimensão. O cálculo de cada índice obedece a normas específicas. Para calcular o IGS deve somar-se as pontuações de cada item e dividir-se pelo número total de respostas. O TSP é obtido através da contagem do número de itens assinalados com uma resposta positiva, ou seja, diferente de 0. Por último, o ISP calcula-se através da divisão da soma de todos os itens pelo TSP.

Os vários estudos psicométricos desenvolvidos validam a existência de nove dimensões distintas: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo. Devido às características do próprio instrumento a autora optou pela avaliação da fiabilidade dos índices e não da totalidade da escala (Canavarro, 1999, 2007). O comportamento dos itens na escala revela uma homogeneidade tanto ao nível dos itens ($r > .20$) como nas várias escalas e uma boa capacidade para diferenciar indivíduos perturbados emocionalmente daqueles da população em geral (Canavarro, 1999, 2007). Esta escala tem também apresentado uma boa consistência interna com estimativas de α de Cronbach nas várias dimensões sintomatológicas entre os 0.7 e os 0.8, com exceção das escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo (Canavarro, 1999).

No presente estudo foi encontrado uma boa consistência interna com estimativas de α de Cronbach entre os 0.64 e os 0.97 e uma grande homogeneidade dos itens com as dimensões ($r > 0.40$).

Nova Escala Multidimensional da Depressão (NMADS) é uma escala de likert que visa avaliar a sintomatologia depressiva. Esta escala de autorresposta foi criada em 2012 por

Cheung e Power (2012) e recentemente traduzida para a população portuguesa por Silva (2012). Esta escala é constituída por 52 itens distribuídos por quatro dimensões, de entre elas, a dimensão Emocional (do primeiro item ao item 12), a dimensão Cognitiva (do item 13 ao item 24 bem como do item 49 ao 52), a dimensão Somática (do item 25 ao item 36) e por último a dimensão Interpessoal (do item 37 ao item 48).

Cada item corresponde a sintomas ou formas de sentir e pretende-se que o sujeito identifique o grau da sua ocorrência nas duas últimas semanas utilizando para o efeito uma escala de cinco pontos, sendo que um corresponde a “nunca”, dois a “raramente”, três a “frequentemente”, quatro a “muito frequentemente” e cinco a “sempre”.

Os estudos psicométricos referentes à NMADS validaram os três constructos que a escala se propõe avaliar. Esta escala tem ainda apresentado boas qualidades psicométricas nomeadamente, uma boa consistência interna global com estimativas de α de Cronbach de 0.96 (Pereira, 2012) e de 0.87 (Cheung & Power, 2012). Nas várias dimensões sintomatológicas apresenta estimativas de α de Cronbach entre os 0.83 e os 0.91 (Pereira, 2012; Cheung & Power, 2012).

No presente estudo foi encontrada também uma boa consistência interna com estimativas de α de Cronbach entre os 0.90 e os 0.97.

Checklist de PTSD – Versão Civis (PCL-C) que tem estrutura de escala de likert e visa avaliar a experiência de um evento potencialmente traumático e diagnóstico de Perturbação de Pós-Stress Traumático. Esta escala foi inicialmente desenvolvida por Weathers, Liz, Herman, Huska e Keane (1993, citado por Marcelino & Gonçalves, 2012) e adaptada para a população portuguesa por Marcelino e Gonçalves (2012). Este instrumento tem originalmente 17 itens tendo sido utilizada apenas com 16¹. Os itens correspondem

¹ Devido a um problema técnico o item seis não constou dos protocolos de avaliação. São vários os estudos que mostram que este item não é o mais sensível da dimensão a discriminar os sujeitos (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996; Forbes, Creamer & Biddle, 2001). Por outro lado, o estudo de validação de Bringhenti, Luft e Oliveira (2010) mostrou que o item em causa apresenta cargas fatoriais reduzidas o que indica uma baixa proporção de variância explicada no conjunto da escala. Também nos foi possível apurar que a dimensão evitamento possui itens com maior especificidade (Blanchard, *et al.*, 1996; Forber, *et al.*, 2001) e correlação com o próprio fator (Lang & Stein, 2005; Miles, Marshall & Schell, 2008). Ainda assim verificamos através dos estudos de validação de Blanchard e colaboradores (1996) e Forbes e colaboradores (2001) que, quer a nível específico da dimensão evitamento, quer a nível global da própria escala, este item expressa uma contribuição para a eficiência do diagnóstico bastante reduzida. Estes elementos reunidos ao facto da dimensão evitamento ser a dimensão com mais itens da escala, se ter verificado com os dados em estudo que a consistência interna da escala não expressou diferenças significativas, aliados à utilização da cotação de forma continua e não por critérios e dada a importância da escala na própria investigação, optamos por manter o seu uso tendo em consideração que pode causar uma variabilidade mas não invalidar a própria escala.

exatamente aos sintomas da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) descritos nos critérios A (experiência de um evento traumático), B (re-experienciação) do primeiro item ao item cinco, C (evitamento) do item seis ao item 11 e critério D (híper-ativação) do item 12 ao 17, do DSM-IV-TR. As respostas são dadas segundo uma escala de cinco pontos, em que um é “nada” e cinco corresponde a “extremamente”.

A escala pode ser cotada de três formas: (1) como uma medida contínua de severidade dos sintomas através do somatório das respostas aos itens, podendo esta variar entre 17 e 85 pontos; (2) através dos *scores* dos três critérios com o cálculo da média aritmética de cada dimensão e, (3) pela presença de critérios de diagnóstico de PPST com a inclusão dos sintomas (item com score igual ou superior a 3) e seguindo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (pelo menos um sintoma do critério B, pelo menos três sintomas do critério C e pelo menos dois sintomas do critério D (Marcelino e Gonçalves, 2012).

Esta escala tem apresentado boas qualidades psicométricas nomeadamente, uma boa consistência interna global com estimativas de α de Cronbach superiores a 0.87 e nas várias dimensões sintomatológicas validadas em diversos estudos (Marcelino & Gonçalves, 2012)

No presente estudo foi encontrado um α de Cronbach total de 0.90 para a PCL-C e de 0.86, 0.69, 0.84 para os critérios B, C e D, respetivamente.

Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) visa avaliar as respostas dissociativas durante a experiência de um acontecimento potencialmente traumático, um sintoma subsequente ao desenvolvimento da Perturbação de Pós-Stress Traumático (Maia, Moreira & Fernandes, 2009). Este questionário trata-se da adaptação portuguesa da Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire de Marmar, Weiss e Metzler (1996) por Maia, Moreira e Fernandes (2009).

Este instrumento é constituído por uma escala tipo likert formado por dez itens com uma escala de resposta de cinco pontos sendo que um corresponde a “nada verdadeiro” e cinco a “muitíssimo verdadeiro”. Tal como a versão original é composta pelas dimensões avaliativas de sentido alterado do tempo, despersonalização, desrealização, imagem do corpo alterada e, entre outras respostas dissociativas que podem ocorrer durante um acontecimento potencialmente traumático.

Permite duas formas de cotação (1) como um valor contínuo, em que quanto mais elevada for a pontuação, maior será a experiência dissociativa e, (2) um valor de corte. Neste tipo de cotação uma pontuação média na escala QEDP igual ou superior a 1.5 indica a presença de experiências peritraumáticas significativas (Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt & Foreman, 1996, citado por Maia, Moreira & Fernandes, 2009).

Esta escala unifatorial tem apresentado boas qualidades psicométricas nomeadamente, uma boa consistência interna global com estimativas de α de Cronbach de 0.87 (Maia, Moreira & Fernandes, 2009). No presente estudo foi encontrado um α de Cronbach total de 0.87 para o QEDP.

Materiais

Para a realização da tarefa de Esquecimento Dirigido foi concebida uma lista de palavras relacionadas com o Trauma, Positivas e Negativas. Este processo foi constituído em 6 fases.

Inicialmente e por forma a constituir uma lista de palavras relacionadas com a palavra trauma, solicitou-se a 20 pessoas que dissessem o maior numero de palavras relacionadas com a palavra trauma. Obteve-se uma lista com um total de 80 palavras que, numa fase seguinte, foram avaliadas quanto à sua relação com a palavra trauma, numa escala de um (nada relacionado) a sete (muitíssimo relacionado). Participaram nesta fase 46 indivíduos e foram selecionadas 28 palavras segundo esse critério (Anexo IV).

Numa fase posterior, foram retiradas do estudo de Garcia-Marques (2003) 20 palavras com maior valência positiva e negativa. Por forma a excluir qualquer relação destas com a palavra trauma, foi gerada uma nova lista de palavra e conseqüentemente avaliada a sua relação com a palavra trauma, através da mesma escala 1-7. Participaram nesta tarefa 72 pessoas. Relativamente à valência das palavras foram extraídas nove palavras negativas e 20 palavras positivas. O número limitado de palavras com valência negativa tornou necessária a pesquisa de mais palavras desta natureza. Desta vez foram retiradas do estudo de Garcia-Marques (2003) 20 palavras negativas. Procedeu-se a nova avaliação com 42 participantes (Anexo IV).

Reunidas as palavras negativas e as palavras traumáticas foi balanceado o grau de negatividade de ambos os grupos tendo sido conseguida, no final, uma diferença de 0.13.

Do total das 140 palavras analisadas foram selecionadas para este estudo 42 palavras e, constituídas aleatoriamente duas séries de palavras. Cada série foi composta por sete palavras traumáticas, sete palavras positivas e sete palavras negativas. Assim, a 1ª série foi composta pelas palavras: *Aranha, Vampiro, Dor, Bolo, Tortura, Amigo, Fezes, Entulho, Prisão, Fada, Anjo, Ranho, Campo, Flor, Despiste, Cinza, Medo, Borboleta, Suicídio, Mosquito e Abuso*. Por sua vez, a 2ª série foi composta pelas palavras: *Chocolate, Fantasma, Joia, Planta, Acidente, Verme, Choque, Fogo, Sol, Assalto, Fardo, Enxofre, Livro, Harpa, Violência, Morte, Bruxa, Arvore, Guerra, Veneno, Masmorra*.

Procedimento

Para a realização deste estudo foram contactados os respetivos comandantes de cada associação humanitária de bombeiros voluntários convidados a participar de forma a serem solicitadas as autorizações para recolha de informações junto dos profissionais. A cada um foi enviada uma carta de apresentação (Anexo V) onde foi explicado os objetivos do estudo e a população alvo.

A aplicação deste protocolo de avaliação decorreu numa única sessão individual nas instalações das respetivas corporações de bombeiros voluntários de cada participante. Foram asseguradas as condições necessárias no que concerne ao conforto e isolamento de ruídos externos.

Inicialmente foi agradecida a participação dos voluntários e entregue um consentimento informado (Anexo VI) que explicou a natureza e os objetivos gerais do estudo, assegurou o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Em seguida cada participante preencheu o questionário de dados demográficos e foi esclarecido quanto aos procedimentos do estudo. Solicitou-se ainda ao participante que procurasse relaxar e descontraír e que apenas se iniciaria a tarefa quando considerasse que estaria preparado.

Para a realização da tarefa de esquecimento dirigido recorreu-se à utilização de um computador onde seriam projetados os 42 slides correspondentes às palavras Traumáticas, Positivas e Negativas das duas séries. As palavras surgiam em cor preta num fundo branco

respeitando um tempo de intervalo entre slides de dois segundos e um tempo de exposição de cada palavra de três segundos.

Antes da primeira série foram dadas as seguintes instruções aos participantes: *“Vai ver palavras, quero que as leia com atenção e as aprenda para depois as repetir”*. No final desta série é dada a instrução de esquecimento dirigido e posteriormente apresentada a segunda série de palavras: *“Até agora estive a treinar, quero que esqueça estas palavras. Leia com atenção e aprenda, para depois repetir, as palavras que vai ver de seguida”*.

Depois da apresentação da segunda serie foi dada ao participante a tarefa de distração que, numa parte da amostra consistiu em contar em ordem decrescente do número 250 para o número 0 e, para outra parte da amostra consistiu na apresentação dos mesmos números em ordem inversa e foi pedido que carregassem na tecla do espaço sempre que visualizassem um número impar. Esta tarefa terá uma duração de três minutos para se avaliar apenas a memória de trabalho.

A seguir é pedido ao participante para escrever numa folha branca as palavras que recorda, sendo que cada participante terá cinco minutos para a realização desta tarefa.

Terminada a tarefa de esquecimento dirigido é entregue um conjunto de questionários a cada participante e solicitado o seu preenchimento com a máxima honestidade possível sublinhando o fator de confidencialidade e anonimato das informações recolhidas bem como a ausência de caracter avaliativo de cada questão.

A disposição dos instrumentos avaliativos foi fixa para todos os participantes sendo que a entrevista iniciava com preenchimento do questionário sociodemográfico seguida da tarefa de esquecimento e do preenchimento do conjunto de questionários (PCL-C; QEDP; BSI; NMDAS). Tal demoraria cerca de 25 minutos podendo variar, consoante o tempo despendido pelo participante na evocação das palavras e respetivo preenchimento dos questionários.

No final, agradeceu-se a colaboração dos participantes e informou-se acerca da disponibilidade total relativamente a esclarecimentos acerca do estudo.

Resultados

Esta análise inicia-se com o estudo psicométrico dos instrumentos utilizados para, numa segunda fase procedermos à análise dos resultados das escalas clínicas. Por último, foram analisados os resultados da tarefa de esquecimento dirigido.

Estudo Psicométrico dos Instrumentos

Devido ao facto da amostra em estudo ter uma dimensão bastante reduzida e as medidas utilizadas possuírem um total de itens significativo não foi viável a realização de uma Análise Fatorial Confirmatória. No entanto efetuou-se a análise da sensibilidade dos itens, seguida da sensibilidade e fiabilidade das dimensões constituintes e da fiabilidade da própria escala.

Inventário de sintomas psicopatológicos (Brief Symptom Inventory – BSI). A análise da fiabilidade do instrumento demonstrou que a escala mede, de forma consistente e reproduzível o constructo a que se propõe (α de Cronbach = 0.97).

Na análise da sensibilidade dos itens, observamos que estes possuem uma variabilidade reduzida de respostas na medida em que apenas alguns itens apresentam respostas que vão desde o “discordo totalmente” ao “concordo totalmente”.

Na análise da sensibilidade das dimensões (Tabela 1), foi possível observar, que nenhuma destas segue uma distribuição normal apesar de apresentarem valores de assimetria e achatamento, que não excedem de forma consideravelmente significativa o pressuposto da normalidade ($|sk| < 3$; $|ku| < 8$), á exceção da escala clínica Ansiedade Fóbica ($sk = 3.16$; $ku = 10.80$). Através da Tabela 1 foi possível constatar que a escala clínica Ideação Paranoide, Sensibilidade Interpessoal e Obsessão-Compulsão, foram as dimensões que obtiveram uma variância mais alargada.

Tabela 1.

Características Psicométricas do BSI - Teste da normalidade de Shapiro-Wilk, assimetria e achatamento, valores máximos e mínimo.

	SW	Sig.	sk	ku	Mínimo	Máximo
IGS	0.82	0.00	1.63	2.39	0	2.23
TSP	0.94	0.04	0.63	0.47	0	0.44

ISP	0.91	0.00	0.35	1.67	0	2.88
Somatização	0.66	0.00	1.93	2.05	0	1.14
Sensibilidade Interpessoal	0.72	0.00	2.11	4.35	0	3.50
Hostilidade	0.80	0.00	1.62	2.15	0	3.20
Ansiedade	0.82	0.00	1.57	2.49	0	1.83
Ansiedade Fóbica	0.45	0.00	3.16	10.80	0	1.60
Depressão	0.79	0.00	1.69	3.19	0	2.83
Ideação Paranoide	0.87	0.00	1.24	1.21	0	3.60
Psicoticismo	0.71	0.00	1.99	3.69	0	3.00
Obsessão-Compulsão	0.80	0.00	1.95	5.56	0	3.50

A análise da fiabilidade de cada dimensão mostrou uma boa consistência interna com estimativas de α de Cronbach em cada dimensão compreendidas entre os 0.7 e os 0.9.

Apesar dos nossos dados psicométricos não irem ao encontro dos apresentados em estudos anteriores, decidimos pela aplicação deste inventário devido à sua pertinência no nosso estudo bem como pelos resultados bastante consistentes que têm sido apresentados.

Nova escala multidimensional da depressão (NMADS). Através da análise da fiabilidade do instrumento apurou-se que, este mede de forma consistente e reprodutível o fator de interesse, na medida em que, foi encontrado um α de Cronbach total de 0.97 para o NMADS (Anexo VII).

Apesar da maioria dos dados se situar no nível de concordância de “discordo totalmente”, pode considerar-se que os itens captam uma variabilidade aceitável de respostas. Ao nível das dimensões e como podemos perceber através do recurso ao Tabela 2, todas seguem uma distribuição normal conseguindo uma variabilidade de respostas. A dimensão Somática foi a escala que registou maior variação de respostas (Anexo VII).

Tabela 2.

Características Psicométricas das dimensões da NMADS - Teste da normalidade de Shapiro-Wilk, assimetria e achatamento, valores máximos e mínimo.

	SW	Sig.	sk	ku	Mínimo	Máximo
Emocional	0.93	0.13	0.79	0.09	1.00	3.33
Cognitiva	0.85	0.00	1.50	3.24	0.81	3.25

Somática	0.82	0.00	1.98	7.21	0.44	3.83
Sensibilidade Interpessoal	0.84	0.00	1.33	3.42	1.00	3.42

Quanto à análise da fiabilidade de cada dimensão, foi possível observar que estas apresentam uma boa consistência interna. Particularmente obteve-se na dimensão emocional uma estimativa de α de Cronbach de 0.92, na dimensão cognitiva 0.90, na dimensão somática 0.90 e por último, na dimensão interpessoal obteve-se 0.91 (Anexo VII).

Checklist de PTSD – versão civil (PCL-C). A análise da fiabilidade do instrumento demonstrou uma boa consistência interna (α de Cronbach = 0.97).

A análise da sensibilidade dos itens evidenciou grande variabilidade de respostas com exceção dos itens 9 e 11 (Anexo VII).

Ao nível das dimensões (Tabela 3) foi possível verificar uma variação de respostas aceitável tendo sido registado no critério D a maior variação de respostas.

Tabela 3.

Características Psicométricas da PCL-C - Teste da normalidade de Shapiro-Wilk, assimetria e achatamento, valores máximos e mínimo.

	SW	Sig.	sk	ku	Mínimo	Máximo
Critério B	0.89	0.00	1.09	0.50	1.00	4.40
Critério C	0.83	0.00	1.18	0.44	1.00	3.00
Critério D	0.88	0.00	1.30	2.10	1.00	4.83

A análise da fiabilidade de cada dimensão mostrou uma boa consistência interna com estimativas de α de Cronbach em cada dimensão compreendidas entre os 0.6 e os 0.8 (Anexo VII).

Apesar dos resultados apresentados, estudos psicométricos realizados anteriormente e inclusivamente com esta população em específico, tem demonstrado boas qualidades psicométricas tanto ao nível da sensibilidade como da fiabilidade e validade (Marcelino & Gonçalves, 2012). Os resultados obtidos neste estudo podem ter sido influenciados tanto pelo seu carácter situacional como por efeitos de desajustamento social manifestada pelos participantes.

Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP). A análise da fiabilidade do instrumento em causa mostrou que este mede, de forma consistente e reprodutível o constructo (α de Cronbach = 0.87).

Na análise da sensibilidade dos itens, através da análise descritiva de cada um destes, foi possível observar-se que estes possuem uma grande variabilidade de respostas, com exceção do item cinco. Foi ainda observado que metade dos participantes respondeu aos itens com o nível de concordância no “nada verdade” e “algo verdade”. O valor de maior concentração dos dados situa-se no “nada verdade” (Anexo VII). Os itens captam uma variabilidade reduzida de respostas.

O facto de a literatura indiciar que este tipo de sintomatologia estará relacionada com o desenvolvimento do PPST e devido aos resultados psicométricos encontrados em estudos anteriores decidimos optar pela sua administração no presente estudo.

Análise dos Resultados

Os três grupos em estudo foram criados através dos percentis da PCL-C (Tabela 4): com sintomatologia em PPST (scores na escala \geq a 32.70), sem sintomatologia (scores na escala \geq 21.00) e o grupo Ambíguo (scores \geq 21.00 \leq 32.70).

Tabela 4.
Percentis da PCL-C

Estatísticas		
<hr/>		
Total		
N	Válido	40
Média		28,45
Erro de média padrão		1,594
Mínimo		17
Máximo		59
Percentis	30	21,00
	70	32,70
<hr/>		

Para a caracterização da amostra, procedeu-se ao estudo descritivo de cada medida utilizada tendo em conta os grupos em estudo.

A caracterização sintomatológica da amostra foi precedida da transformação dos dados em *ranks* para possível computação da ANOVA. A comparação entre grupos foi conseguida através do recurso ao teste Post Hoc de Tukey.

Ao nível da Checklist de PTSD Todos os participantes, à exceção de um, referiram pelo menos um sintoma de PPST. A dimensão de re-experienciação foi a que apresentou mais sintomas (Tabela 5).

Tabela 5.
Médias, Desvio-Padrão obtidos no PCL-C.

	Com		Sem		Ambíguo	
	Sintomatologia		Sintomatologia		n = 16	
	n = 13		n = 11			
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP
Total Sintomas	40.85	6.93	18.82	1.69	25	3.33
Reexperienciação	2.11	0.88	1.95	0.97	2.06	0.89
Evitamento	1.46	0.45	1.47	0.56	1.55	0.66
Hiperativação	1.66	0.62	2.12	0.82	1.97	1.04

As médias obtidas nesta escala diferem consoante o grupo ($F_{(2,37)} = 16.60$; $p = .000$ $\eta^2 = 0.88$). Através do recurso ao teste Post Hoc de Tukey verificamos nos sujeitos Com Sintomatologia uma média de sintomas superior à registada pelo grupo Ambíguo. Os dados registados pelo grupo Com Sintomatologia variaram entre o valor mínimo de 32 e o valor máximo de 59, inclusive. Por sua vez os sujeitos Ambíguos registaram médias entre os valores de 21 e 31. O grupo Sem Sintomatologia foi o que registou os valores mais inferiores, entre o valor mínimo de 17 e o valor máximo de 20.

No QEDP, como esperávamos, as médias dos três grupos também diferem ($F_{(2,37)} = 7.66$; $p = .002$ $\eta^2 = 0.29$). O Teste de Tukey demonstrou, e como podemos ver no Tabela 6, que a média obtida pelo grupo dos sujeitos Com Sintomatologia verificou-se ser superior ($p = .023$) à média do grupo Ambíguo e à média encontrada no grupo Sem Sintomatologia ($p = .002$).

O grupo de participantes Com Sintomatologia de PPST apresentou os valores mais elevados de dissociações, compreendidos entre um mínimo de 0.20 e o máximo de 2.90, inclusive. O grupo de sujeitos Ambíguos distribui-se entre os valores mínimo de 0.40 e 1.70.

Os sujeitos Sem Sintomatologia registaram valores entre o 0 e o 1.90, o que nos mostra a presença de sintomatologia dissociativa também neste grupo. Metade dos sujeitos situavam-se no valor de 0.20.

Tabela 6.

Médias, Desvio-Padrão e valores mínimos e máximos obtidos no QEDP

	\bar{x}	DP	Mínimo	Máximo
Com sintomatologia	1.64	0.91	0.20	2.90
Sem Sintomatologia	0.54	0.70	0	1.90
Ambíguo	0.69	0.52	0.04	1.70
Total	0.96	.085	0	2.90

Através da análise do BSI, com recurso ao Tabela 7, foi possível apurar diferenças significativas ($F_{(2,37)} = 9.05$; $p = .001$; $\eta^{2P} = 0.38$) relativamente ao Índice de Total de Sintomas Positivos. O grupo Com Sintomatologia expressou um número total de sintomas (TSP) superior ao apresentado pelo grupo Ambíguo ($p = .002$). E, o grupo Sem Sintomatologia, apresentou um total de sintomas positivos, inferior ao primeiro grupo ($p = .002$).

Igualmente na análise do Índice de Sintomas Positivos verificamos diferenças entre as médias dos três grupos ($F_{(2,37)} = 4.93$; $p = .013$ $\eta^{2P} = 0.21$). Os sujeitos Com Sintomatologia registaram valores superiores ao grupo Sem sintomatologia ($p = .023$). Os sujeitos Ambíguos distribuíram-se entre 0 e 2.18, que apesar de superior ao ISP apresentado pelo grupo Sem Sintomatologia, é inferior aos dados referentes ao grupo Com Sintomatologia ($p = .029$).

Relativamente ao Índice Geral de Sintomas os três grupos diferem entre si ($F_{(2,37)} = 8.91$; $p = .001$ $\eta^{2P} = 0.33$). Neste índice o grupo Com Sintomatologia também registou médias superiores às dos restantes grupos (Tabela 6).

Ao nível das várias escalas clínicas do BSI, foi possível observar que os sujeitos Com Sintomatologia de PPST apresentaram médias superiores relativamente aos restantes grupos em todas as escalas clínicas, com maior destaque nas dimensões Ideação Paranoide e Obsessão-Compulsão. Embora os sujeitos Ambíguos apresentassem uma média superior, na maioria das escalas em relação aos sujeitos Sem Sintomatologia de PPST, esta diferença não

se mostrou significativa. Ambos os grupos, Com Sintomatologia e Ambíguo apresentaram médias superiores à registada pelos sujeitos Sem Sintomatologia de PPST.

Tabela 7.

Médias e Desvio-Padrão do BSI pelos sujeitos Com Sintomatologia, Sem Sintomatologia e Ambíguos

	Com Sintomatologia n = 13		Sem Sintomatologia n = 11		Ambíguo n = 16		F
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	
TSP	27,61 ^{a b}	11.44	11.18 ^a	6.24	13.25 ^b	8.41	9.05
ISP	1.75 ^{a b}	0.59	1.09 ^a	0.43	1.18 ^b	0.43	4.93
IGS	0.99 ^{a b}	0.64	0.35 ^a	0.25	0.34 ^b	0.32	8.91
Somatização	0.38 ^a	0.44	0.03 ^a	0.06	0.14	0.19	5.09
Sensibilidade	1.15 ^{a b}	1.02	0.27 ^a	0.35	0.45 ^b	0.72	4.81
Interpessoal							
Hostilidade	1.47 ^{a b}	1.04	0.38 ^a	0.26	0.47 ^b	0.49	10.04
Ansiedade	0.78 ^{a b}	0.54	0.17 ^a	0.10	0.32 ^b	0.24	10.46
Ansiedade	0.37 ^a	0.50			0.01 ^b	0.05	6.940
Fóbica							
Depressão	0.97 ^{a b}	0.56	0.24 ^a	0.32	0.37 ^b	0.68	6.19
Ideação	1.66 ^{a b}	1.13	0.59 ^a	0.43	0.73 ^b	0.66	6.75
Paranoide							
Psicoticismo	1.06 ^{a b}	0.96	0.17 ^a	0.29	0.27 ^b	0.45	7.65
Obsessão-	1.15 ^a	0.94	0.38 ^a	0.36	0.52	0.43	5.32
Compulsão							

Nota. A presença da mesma letra significa diferença significativa ($p < .05$) dos dois grupos na mesma variável.

Relativamente à Nova Escala Multidimensional da Depressão e através do Tabela 8 é possível observar que a escala Emocional foi a única a evidenciar diferenças consoante o grupo ($F_{(2,37)} = 6.09$; $p = .005$ $\eta^2 = 0.25$). Tendo em conta os resultados obtidos, e como esperávamos, o grupo Com Sintomatologia mencionou a existência de mais sintomas nesta escala comparativamente aos restantes grupos.

Nas quatro dimensões é também o grupo de sujeitos Com Sintomatologia que regista médias mais elevadas (Tabela 8), seguido do grupo Sem Sintomatologia nas dimensões de Somatização ($\bar{x} = 1.40$; DP = 0.31) e Cognitivo ($\bar{x} = 1.32$; DP = 0.24).

Na escala da Sensibilidade Interpessoal, embora o grupo de sujeitos Com Sintomatologia tenha registados os valores mais elevados, entre os valores de 1 e 3.42, os restantes grupos apresentam uma média semelhante (Tabela 8). Ainda assim o grupo Ambíguo apresentou médias inferiores ao grupo Sem Sintomatologia nas dimensões Somatização, Cognitivo e Emocional (Tabela 8).

Tabela 8.
Médias e Desvio-Padrão do NMADS pelos sujeitos Com Sintomatologia, Sem Sintomatologia e Ambíguos

	Com Sintomatologia		Sem Sintomatologia		Ambíguo		F
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	
NMADS_Total	1.85	0.69	1.42	0.26	1.39	0.37	2.02
Emocional	2.14 ^a	0.73	1.64	0.48	1.46 ^a	0.35	6.09
Somatização	1.70	0.78	1.40	0.31	1.30	0.42	2.42
Sensibilidade Interpessoal	1.93	0.78	1.38	0.41	1.38	0.37	1.23
Cognitivo	1.70	0.65	1.32	0.24	1.30	0.40	1.43

Nota. A presença da mesma letra significa diferença significativa ($p < .05$) dos dois grupos na mesma variável.

Relação entre o PPST e variáveis sociodemográficas

Com recurso aos dados recolhidos computámos algumas correlações de Pearson para perceber a associação entre a medida de PPST (PCL-C) e as variáveis sociodemográficas de anos de funções na corporação de bombeiros, anos de funções como tripulantes de ambulância e idade etária.

Não corroborando com as nossas expectativas, não foram encontradas relações entre a existência de sintomatologia e a idade etária dos participantes ($r = -.155$; $p = .339$), os anos de atividade nas corporações de bombeiros ($r = .116$; $p = .481$), os anos de funções em emergência pré-hospitalar ($r = .174$; $p = .284$) ou o género ($r = .29$; $p = .069$).

Teste das Hipóteses

Para análise das hipóteses em estudo, utilizou-se como variável dependente o total de palavras evocadas, computámos uma ANOVA mista associada ao delineamento do estudo (Anexo VIII), realizando testes Post Hoc de Tukey (Anexo VIII), para melhor perceber o padrão de dados.

Através desta análise, apurámos que os grupos diferem no número total de palavras recordado ($F_{(2,37)} = 3.83$; $p = .031$; $\eta^2 = 0.17$). Verificámos que o grupo Ambíguo evocou um maior número de palavras ($\bar{x} = 9.75$; $DP = 3.00$), seguido do grupo Com Sintomatologia ($\bar{x} = 8.23$; $DP = 3.09$). Dos três grupos em estudo, o grupo Sem Sintomatologia recordou menos palavras ($\bar{x} = 6.91$; $DP = 2.34$). Contrariamente ao expectado, essas diferenças não se registam nos grupos Com Sintomatologia e Sem Sintomatologia (tukey test: $p = .567$), mas sim entre os grupos Sem Sintomatologia e Ambíguo (tukey test: $p = .027$).

O efeito principal da variável intra-sujeitos sugere, como seria de esperar, que o total de palavras evocadas difere consoante se trate de palavras positivas, negativas ou traumáticas ($F_{(1,37)} = 4.68$; $p = .031$ $\eta^2 = 0.17$).

No Tabela 9 todos os participantes em estudo evocam mais palavras traumáticas do que palavras de outras valências. As negativas foram as menos evocadas pelos participantes ($\bar{x} = 1.15$; $DP = 0.92$).

Tabela 9.

Médias e Desvio-Padrão e valores máximos e mínimos obtidos na tarefa de esquecimento dirigido pelos sujeitos Com Sintomatologia, Sem Sintomatologia e Ambíguos

		\bar{x}	DP	Mínimo	Máximo
	Com Sintomatologia	1.85	1.07	0	4
Palavras	Sem Sintomatologia	2.00	1.61	0	4
Positivas	Ambíguo	2.56	1.75	0	6
	Total	2.18	1.52	0	6
	Com Sintomatologia	0.85	0.80	0	2
Palavras	Sem Sintomatologia	1.09	0.94	0	3
Negativas	Ambíguo	1.44	0.96	0	3
	Total	1.15	0.92	0	3
	Com Sintomatologia	3.31	1.44	1	6
Traumáticas	Sem Sintomatologia	2.00	1.10	1	4

Ambíguo	3.38	1.50	1	6
Total	2.98	1.48	1	6

Contrariamente ao esperado, os grupos no geral não diferem na forma como se recordam diferencialmente das palavras, visto que, não existe um efeito de interação entre o tipo de palavra e grupo ($F_{(2,37)} = 1.33$; $p = .278$; $\pi = 0.27$). Todos os sujeitos evocam igualmente as palavras de diferente tipo, todos recordam mais palavras traumáticas. Ainda assim se torna interessante, evidenciar que os participantes Com Sintomatologia são os que evocam menos palavras positivas e negativas. Quanto à recordação de palavras traumáticas este grupo evoca um número bastante semelhante ao grupo Ambíguo ($\bar{x} = 3.38$; $DP = 1.50$), ainda assim superior ao registado pelo grupo Sem Sintomatologia ($\bar{x} = 2.00$; $DP = 1.10$).

A ausência de efeito principal associado às sessões sugere que a presença ou a ausência de esquecimento dirigido (Tabela 10), não promove diferenças relativamente ao número total de palavras evocadas ($F_{(1,37)} = 2.31$; $p = .137$; $\pi = 0.317$). No entanto a presença de uma interação deste facto com os grupos sugere que os grupos registam médias diferentes, consoante o total de palavras evocado em cada série ($F_{(2,37)} = 3.97$; $p = .027$ $\eta^2 = 0.18$). As diferenças encontradas registaram-se entre os grupos Sem sintomatologia e o grupo Ambíguo (tukey test: $p = .025$).

Tabela 10.

Médias e Desvio-Padrão e valores máximos e mínimos obtidos na tarefa de esquecimento dirigido tendo em conta as séries pelos sujeitos Com Sintomatologia, Sem Sintomatologia e Ambíguos

			\bar{x}	DP	Mínimo	Máximo
Série 1	Palavras Positivas	Com Sintomatologia	.92	0.95	0	2
		Sem Sintomatologia	1.64	1.63	0	4
		Ambíguo	1.56	1.55	0	5
		Total	1.38	1.40	0	5
	Palavras Negativas	Com Sintomatologia	0.38	0.65	0	2
		Sem Sintomatologia	0.55	0.69	0	2
		Ambíguo	0.56	0.63	0	2
		Total	0.50	0.64	0	2
	Palavras Traumáticas	Com Sintomatologia	1.00	0.91	0	3
		Sem Sintomatologia	0.55	0.69	0	2
		Ambíguo	1.13	1.20	0	4

		Total	0.93	0.99	0	4
	Palavras	Com Sintomatologia	0.92	0.64	0	2
	Positivas	Sem Sintomatologia	0.36	0.67	0	2
		Ambíguo	1.00	0.96	0	3
		Total	0.80	0.82	0	3
Série 2	Palavras	Com Sintomatologia	0.46	0.66	0	2
	Negativas	Sem Sintomatologia	0.55	0.52	0	1
		Ambíguo	0.94	0.68	0	2
		Total	0.68	0.66	0	2
	Palavras	Com Sintomatologia	2.31	0.75	1	4
	Traumáticas	Sem Sintomatologia	1.45	0.93	0	3
		Ambíguo	2.25	1.18	1	4
		Total	2.05	1.04	0	4

As instruções para o esquecimento dirigido afetam a recordação diferencial do tipo de palavra promovendo uma interação entre os dois fatores ($F_{(1,37)} = 25.65$; $p = .000$; $\eta^2 = 0.41$). Como é possível observar através do recurso ao Tabela 9, os participantes evocam, no final da tarefa, mais palavras da sessão 1, de valência positiva e negativa, do que da sessão 2. Após instrução de esquecimento as palavras traumáticas são as mais recordadas ($\bar{x} = 2.05$; $DP = 1.04$).

Como antevíamos, depois dos resultados apresentados acima, não foi verificado qualquer efeito de interação entre a serie, o tipo de palavra e o grupo ($F_{(2,37)} = 0.50$; $p = .61$; $\pi = 0.126$). Isto sugere que independentemente do efeito de esquecimento dirigido todos os participantes evocam igualmente as palavras do mesmo tipo.

Teste das hipóteses – análise da escala QEDP. Dadas as evidências acima referidas, decidimos verificar se existiam diferenças entre os grupos com sintomas dissociativos peritraumáticos (Anexo IX) já que a literatura refere este Tabela como antecedente ao desenvolvimento de PPST (Clohessy & Ehlers, 1999; Carvalho & Maia, 2009; Marcelino, Figueira & Claudino, 2012; Lima 2013).

Para análise do total de palavras evocadas, computámos igualmente uma ANOVA mista associada ao delineamento do estudo, procurando verificar se existiam diferenças ao nível do total de palavras evocadas pelos grupos em estudo.

Indo contra o esperado, percebemos que o total de palavras evocadas não difere consoante a presença de sintomas de dissociação peritraumática ($F_{(1,38)} = 2.23$; $p = .143$; $\pi = 1.00$).

Relativamente à valência de palavras, tal como na análise da PCL-C, verificamos que esta influência o total das palavras evocadas pelos participantes ($F_{(1,37)} = 7.89$; $p = .008$ $\eta^2 = 0.17$). Conforme se pode observar no Tabela 10, as palavras traumáticas foram as mais recordadas pelos sujeitos em estudo. As menos referenciadas foram efetivamente as palavras de valência negativa.

Tabela 11.

Médias e Desvio-Padrão e valores máximos e mínimos obtidos na tarefa de esquecimento dirigido pelos sujeitos com sintomas de experiência dissociativa peritraumática e pelos sujeitos sem sintomatologia de experiências dissociativas peritraumáticas

		\bar{x}	DP	Mínimo	Máximo
Palavras Positivas	Com Sintomatologia	1.62	1.19	0	4
	Sem Sintomatologia	2.44	1.60	0	6
	Total	2.18	1.52		
Palavras Negativas	Com Sintomatologia	0.85	0.80	0	2
	Sem Sintomatologia	1.30	0.95	0	3
	Total	1.15	0.92		
Palavras Traumáticas	Com Sintomatologia	3.08	1.26	1	6
	Sem Sintomatologia	2.93	1.59	1	6
	Total	2.98	1.48		

Não conseguimos apurar um efeito de interação entre o tipo de palavra e a experiência de sintomas dissociativos ($F_{(1,37)} = 2.31$; $p = .137$; $\pi = .316$), o que remete para que todos os participantes tenham recordado igual numero de palavras quer se trate de palavras positivas, negativas ou traumáticas.

Analisando o efeito de esquecimento dirigido, não foram registadas diferenças quanto ao numero de palavras evocado de cada lista ($F_{(1,37)} = 2.11$; $p = .154$; $\pi = .294$), tendo também este, sido semelhante nos dois grupos ($F_{(1,37)} = 2.32$; $p = .143$; $\pi = .308$). Ambos recordam igualmente palavras da primeira e segunda série ($F_{(1,37)} = 1.84$; $p = .183$; $\pi = .262$).

Tabela 12.

Médias e Desvio-Padrão e valores máximos e mínimos obtidos na tarefa de esquecimento dirigido tendo em conta as séries pelos sujeitos com sintomas de experiência dissociativa peritraumáticas e pelos sujeitos sem sintomatologia de experiências dissociativas peritraumáticas

			\bar{x}	DP	Mínimo	Máximo
Série 1	Palavras Positivas	Com Sintomatologia	0.92	1.04	0	3
		Sem Sintomatologia	1.59	1.53	0	5
		Total	1.38	1.40		
	Palavras Negativas	Com Sintomatologia	0.31	0.63	0	2
		Sem Sintomatologia	0.59	0.63	0	2
		Total	0.50	0.64		
	Palavras Traumáticas	Com Sintomatologia	0.77	0.83	0	2
		Sem Sintomatologia	1.00	1.07	0	4
		Total	0.93	0.99		
Série 2	Palavras Positivas	Com Sintomatologia	0.69	0.75	0	2
		Sem Sintomatologia	0.85	0.86	0	3
		Total	0.80	0.82		
	Palavras Negativas	Com Sintomatologia	0.54	0.66	0	2
		Sem Sintomatologia	0.74	0.66	0	2
		Total	0.68	0.66		
	Palavras Traumáticas	Com Sintomatologia	2.31	0.95	1	4
		Sem Sintomatologia	1.93	1.07	0	3
		Total	2.05	1.04		

Curiosamente, verificamos um efeito de interação entre o efeito de esquecimento dirigido e o tipo de palavra ($F_{(1,37)} = 48.64$; $p = .000$; $\eta^2 = 0.56$). Como referenciado através do Tabela 11, os sujeitos com sintomas de dissociação peritraumáticas, evocam mais palavras positivas da primeira série e, mais palavras traumáticas da segunda série.

Não apuramos qualquer efeito entre a série de palavras, o tipo de palavra e o grupo ($F_{(1,37)} = 0.93$; $p = .763$; $\eta^2 = .060$) o que nos indica que o efeito de esquecimento dirigido não influencia o tipo de palavras evocada.

Relação das Palavras Evocadas com as Escalas Clínicas

Para analisar a relação existente entre as palavras evocadas e as escalas clínicas utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson (Anexo X).

Relação entre o NMADS e as palavras evocadas. Analisando as relações registadas entre as medidas de depressão e as palavras evocadas, observámos que no caso dos sujeitos Com Sintomatologia existe uma correlação positiva entre o total de palavras evocadas e as dimensões de Emocional ($r = .634, p < .05$) e Cognitiva ($r = .564, p < .05$).

Nos sujeitos Ambíguos registou-se, uma correlação positiva da dimensão Sensibilidade Interpessoal com a evocação de palavras negativas ($r = .638, p < .01$). No grupo de sujeitos Sem Sintomatologia de PPST não se verificou qualquer correlação significativa.

Relação entre a escala de BSI e as palavras evocadas. A análise das correlações entre as dimensões do BSI e os diferentes níveis de análise das palavras evocadas na tarefa de esquecimento dirigido demonstrou a existência de uma correlação positiva entre a escala clínica da Depressão e o total de palavras evocadas de valência negativa nos sujeitos Com Sintomatologia ($r = .832, p < .01$) e nos sujeitos Sem Sintomatologia ($r = -.634, p < .05$).

No grupo de sujeitos Com Sintomatologia verificou-se ainda uma correlação positiva entre o Total de Sintomas Positivos e as Palavras Negativas ($r = .566, p < .05$), e, no grupo Sem Sintomatologia, a dimensão Sensibilidade Interpessoal correlacionou-se positivamente com o total de palavras evocadas da primeira série ($r = .842, p < .01$), e a dimensão Hostilidade com o total de palavras evocadas ($r = .621, p < .05$).

No grupo ambíguo observou-se uma correlação positiva entre o Índice de Sintomas Positivos e, por um lado, o total de palavras evocadas ($r = .520, p < .05$) e, por outro lado, com o total de palavras evocadas de valência positiva ($r = .596, p < .05$).

Relação entre a escala QEDP e as palavras evocadas. Na avaliação dos sujeitos Com Sintomatologia, não se verificou nenhuma correlação, entre as palavras evocadas de qualquer das séries e a escala QEDP. O instrumento também não registou qualquer correlação significativa no grupo Sem Sintomatologia. Contudo, registou-se no grupo Ambíguo correlações, entre a medida em causa e o total de palavras ($r = -.753, p < .01$), sem ter em conta o efeito de primazia e recência. E, ainda associações entre o QEDP e, o total de palavras positivas evocadas ($r = -.732, p < .01$), o total das palavras evocadas da 1.ª série ($r = -.682, p < .01$) e o total palavras positivas da 1.ª série ($r = -.520, p < .05$).

Discussão

Os resultados obtidos nesta população de profissionais de emergência pré-hospitalar, não corroboraram a nossa hipótese principal em estudo, de que os sujeitos com sintomatologia de Perturbação de Pós-Stress Traumático utilizam um estilo de codificação de evitação o que, por um lado, se caracteriza pelo maior número de evocações de palavras com instrução de esquecimento e, por outro lado, pela tendência a esquecer palavras com conotação negativa e traumática comparativamente às palavras de positivas.

Iniciando este caminho de análise interpretativa, torna-se importante dar a conhecer que os resultados obtidos no PCL-C concordantes com diagnóstico de PPST foram bastante reduzidos o que contribuiu pela preferência de uma análise contínua da medida. Todavia todos os participantes, à exceção de um, referiram pelo menos um sintoma de PPST, nomeadamente no critério B, referente à re-experienciação do evento. Ainda assim, verificamos na nossa amostra a presença de experiências de dissociação peritraumática durante a exposição a incidentes críticos, o que a literatura refere como fator de risco ao desenvolvimento da perturbação psicológica de PPST (Carvalho & Maia, 2009; Clohessy & Ehlers, 1999; Lima 2013; Marcelino, Figueira & Claudino, 2012).

É ainda importante, quanto ao plano geral, realçar que não encontramos evidências de que a existência de sintomatologia de PPST se encontra relacionada com fatores sociodemográficos como a idade dos participantes, o seu género, anos de função como bombeiro e profissional em emergência pré-hospitalar.

Contrariamente ao que esperávamos, o grupo com sintomatologia de PPST registou um maior número de palavras evocadas seguido do grupo ambíguo. Dos três grupos em estudo, o grupo sem sintomatologia foi o que recordou menos palavras. Os dados verificados vão contra os estudos que demonstram a existência de um défice na memória em indivíduos com PPST, principalmente na capacidade de evocação de itens recentemente estudados (Arriaga, 2010; Barre & Moritz, 2006; Brewin et al., 2007 cit por Baumann, et al., 2013; Jelinek, Jacobsen, Kellner, Larbig, Biesold, 2006).

Quanto ao efeito de esquecimento dirigido, tal como no estudo de Baumann e colaboradores (2013), não encontramos diferenças entre o grupo de participantes com sintomatologia e o grupo de participantes sem sintomatologia. As diferenças encontradas mostram um maior efeito de esquecimento dirigido na população ambígua comparativamente

à população sem sintomatologia. Devido à existência destes dados não nos é possível postular que o efeito de esquecimento dirigido é independente da presença ou não de sintomatologia de PPST. Neste caso específico seria interessante refazer a análise apenas com os dois grupos díspares, pois o grupo ambíguo pode estar de certo modo a enviesar os resultados referentes ao grupo Com Sintomatologia.

Ainda assim, foi possível averiguar que o efeito de esquecimento dirigido tem uma interação com o tipo de palavra em causa. Os dados permitem-nos demonstrar que, os sujeitos evocam mais palavras positivas e negativas cuja instrução foi de esquecer e, mais palavras traumáticas cuja instrução foi de recordar. No entanto, as palavras traumáticas são as mais evocadas pelos sujeitos, quer tenham recebido instrução de esquecimento ou de recordação.

Relativamente ao estudo da valência das palavras constatamos que os participantes evocam de forma diferente, consoante se trate de palavras positivas, negativas ou traumáticas. Um dado curioso partiu realmente deste pressuposto já que, podemos observar que, tal como os sujeitos com sintomatologia recordam mais palavras de valência traumática, assim acontece com os restantes grupos de participantes. Quer isto dizer que, esta sensibilidade para as palavras de valência traumática não é exclusiva dos indivíduos com sintomatologia de PPST. Esta ideia refuta de certa forma a noção de que estes sujeitos utilizam um estilo de codificação de evitação ou dissociativa e apresentam maior capacidade de inibição, defendida por Geraerts e McNally (2008), Pergher, Stein e Wainer (2004) e Terr, (1994, citado por Baumann, et al., 2013).

Diversos autores defendem esta posição demonstrando, com recurso aos seus estudos, a ausência de diferenças, relativamente à evocação de itens ameaçadores evocados por sujeitos com PPST comparativamente a sujeitos sem este diagnóstico, ou a presença de processos de evitação ou codificação intrusiva nas informações traumáticas no grupo com PPST (Clancy e Shacter, 2001; McNally, Metzger, Lasko, Clancy e Pitman, 1998, citado por Geraerts & McNally, 2008; Zoellner e colaboradores, 2003 citado por Baumann, et al., 2013).

Ainda assim tornou-se claro que, os sujeitos com sintomatologia recordam mais palavras de valência traumática como demonstra a literatura (McNally, Clancy e Shacter, 2001; Moulds and Bryant, 2002; citado por Braumann, Zwissler, Schalinski, Ruf-Leuschner, Schauer & Kissler, 2013) comparativamente às palavras positivas e negativas. Os nossos dados vão ainda ao encontro dos encontrados por Brewin e Andrews (1998), mostrando uma tendência para esquecer mais palavras negativas do que aquelas de valência positiva. Por sua

vez, o grupo sem sintomatologia parece recordar mais facilmente palavras positivas do que aquelas negativas. O grupo ambíguo apresenta maior número de evocações de palavras traumáticas e positivas comparativamente aquelas de valência negativa.

Não satisfeitos com os resultados obtidos e, tendo em conta que não analisamos os dados segundo a existência de diagnóstico de PPST, mas sim, a presença de sintomas, decidimos estudar também, a relação entre a existência de experiências dissociativas peritraumáticas e o esquecimento dirigido. Tendo por base uma revisão teórica que nos indica estas experiências como preditores fortíssimos da existência de PPST.

Todavia não conseguimos os resultados esperados na medida em que não verificamos, tal como o estudo de Devilly e colaboradores (2007), diferenças entre a valência das palavras e a experiência de dissociações peritraumáticas, bem como no número de palavras evocadas após as instruções para esquecer ou recordar.

As ideias demonstradas pelo nosso estudo devem ter em conta o ambiente em que foram recolhidas. Apesar de termos optado pela recolha de dados no espaço de conforto de cada participante, o seu quartel, este pode, por seu lado, corresponder a uma fonte de stresse uma vez que a cada alarme suado, os participantes ficavam alerta distraíndo-se da própria tarefa. Outra situação que deve ser tida em conta é que não foi possível garantir que todos os participantes se encontrassem em horário pós-laboral, aquando da realização do estudo. Foi possível perceber que, quando esta situação não foi garantida, a tarefa foi desenvolvida de forma mais aleatória dado o tempo disponível para a sua realização.

A leitura destes resultados deve ter em conta que o presente estudo não contou com indivíduos com diagnóstico de PPST, mas apenas com indivíduos que apresentam sintomatologia da perturbação em si, e que existem relações bastante complexas entre distúrbios ao nível da cognição e memória e outros tipos de psicopatologia. Ainda assim, e em estudos posteriores, seria pertinente o estudo da presença de perturbações de humor já que sabemos que tem grande influência nos processos de memória (Power, *et al.*, 2000).

Quando se tratam de estudos deste cariz e, com populações bastante específicas, é importante ter em conta o efeito da desajustabilidade social. Como é certo a população de bombeiros é uma população bastante específica com uma cultura muito própria, apesar de cada vez mais aberta e inovadora, ainda fechada aos restantes. Verificamos que a tradição dos

“*super heróis*” ainda se encontra muito presente o que, de certa forma, pensamos inibir as respostas de cada participante.

Uma variável a ter em conta neste tipo de estudos, e que, deveria ter sido controlada neste, é realmente a familiaridade das palavras e ainda a sua análise. A subjetividade inerente às próprias palavras e possível sensibilidade dos participantes às mesmas é um fator de difícil controlo. Porém ao alargarmos a recolha de palavras a um número substancial de participantes poderia aumentar a sua precisão. Outra situação que através deste estudo verificamos ser interessante para futuras investigações prende-se com a avaliação dos falsos alarmes.

A dimensão da amostra em estudo a inclusão única de bombeiros voluntários foi identificada como uma grande limitação. Estudos posteriores deveriam abranger outras tipologias de bombeiros, sapadores, municipais e voluntários. De acréscimo, a utilização de medidas de autorresposta deveria ser substituída ou complementada com entrevistas clínicas, fazendo diminuir o efeito de desajustabilidade social.

Apesar de não podermos generalizar os resultados obtidos a outras populações expostas a incidentes críticos, estes tornam-se demasiado importantes para o incremento da investigação nacional sobre estas problemáticas tão experienciadas.

A investigação sobre esta problemática, tal como a própria ciência o mostra, ainda vai no seu início. Um longo caminho ainda terá que ser percorrido. Pensamos ser interessante alargar os propósitos do estudo a outros intervenientes em emergência pré-hospitalar, tais como, técnico de ambulância de emergência (TAE), técnicos operadores de telecomunicações de emergência (TOTE), tripulantes de viaturas médicas de emergência e reanimação e ainda outros agentes de proteção civil, como as forças policiais. Este tipo de investigação dará um manancial de conhecimentos indispensáveis para a intervenção nestes meios.

Referências

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M. & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- Alexander, D. A. & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incident: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 76-81. doi: 10.1192/bjp.178.1.76.

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4.^a Ed. Grenoble.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition) (DSM 5)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Anderson, J. R. (2004). *Psicologia Cognitiva e suas implicações experimentais*. Nova Iorque, Basingstoke: Worth Publishers.
- Ângelo, R. P. C. P. A. (2010). *Psicologia da Saúde Ocupacional dos Bombeiros Portugueses: o papel das exigências e recursos profissionais na promoção do bem-estar psicológico* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia: Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2835>.
- Arriaga, M. (2010). *Memória e atenção em bombeiros com perturbação de pós stress traumático*. Retirado de <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/2090>.
- Baddeley, A. D. (2001). Is Working Memory Still Working? *American Psychologist*, 56(11), 851-864. doi: 10.1037//0003-066X.56.11.864.
- Baddeley, A. D. (2003). Working Memory: Looking Back and Locking Forward. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 829-839. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14523382>.
- Bailey K. & Chapman, P. (2012). When can we choose to Forget? An ERP study into item-method directed forgetting of emotional words. *Brain and Cognition*, 78, 133-147. Retirado de www.elsevier.com/locate/b&c.
- Baumann, M., Zwissler, B., Schalinski, I., Ruf-Leuschner, M., Schauer, M. & Kissler, J. (2013). Directed forgetting in post-traumatic-stress-disorder: a study of refugee immigrants in Germany. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7(94), 1-8. doi: 10.3389/fnbeh.2013.00094.
- Ben, K. S. D., Scotti, J. R., Chen, Y. & Fortson, L. B. (2006). Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters, Work & Stress. *International Journal of Work, Health & Organization*, 20 (1), 37-48. doi: 10.1080/02678370600679512.
- Bennet, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M. & Vetter, N. (2005). Associations between organizational and incidente factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 215-226. Retirado de www.bpsjournals.co.uk.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C. & Forneris, C. A. (1996). Psychometric Properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 669-673. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8870294>
- Brewin, C. R. (2010). Remembering and Forgetting. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick, *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 116-134). Guildford Press.
- Bringhenti, M. E., Luft, C. D. B. & Oliveira, W. F. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático em acidentes de trânsito: validação de escala. *Psico-USF*, 15(2), 193-203. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000200007

- Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1996). Posttraumatic Stress Reactions in Volunteer Firefighters. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 51-62. doi: 10.1002/jts.2490090106.
- Caldeira, C. M. (2011). *Programa de intervenção: perturbação de stress pós-traumático*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0314.pdf>.
- 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, II*, (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa, III* (pp. 305-331).Coimbra: Quarteto Editora.
- Casado-Blanco, M. & Castellano-Arroyo, M. (2013). Transtorno por etrés postraumático en la práctica médico-legal. *Revista Española de Medicina Legal*,39(1), 12-18. Retirado de www.elsevier.es.
- Carvalho, C. & Maia, A. (2009a). Perturbação pós-stress traumático e indicadores de (in) adaptação em bombeiros portugueses. In A., Maia, S. Silva & T. Pires (Orgs). *Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa*. (pp. 277-290) CIPSI edições: Braga.
- Carvalho C. & Maia, A. (2009b). Exposição Adversa, Psicopatologia e Queixas de Saúde em Bombeiros Portugueses. In S. N. Jesus, I. Leal. & M. Resende (Coord), *Experiências e intervenção em Psicologia da Saúde – resumos e textos do Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde I*, 1047-1067. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11200>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Coping With a Traumatic Event for Health Professionals*. Retirado de <http://www.bt.cdc.gov/masscasualties/copingpro.asp>.
- Cláudio, V. (1994). O Processo de esquecimento dirigido e as alterações do estado de humor. *Análise Psicológica*, 2(16), 255-265.
- Cláudio, V. (2002). Da Trama das Minhas Memórias o Fio que Tece a Depressão: Esquecimento Dirigido e Memória Autobiográfica na Depressão Major (Dissertação de Doutoramento) Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Clohessy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance servisse workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251-265. doi:10.1348/014466599162836.
- Cottencin, O., Vaiva, G., Huron, C., Devos, P., Ducrocq, F., Jouvent, R., Goudemand, M. & Thomas, P. (2006). Directed Forgetting in PTSD: A comparative study versus normal controls. *Journal of Psychiatric Research*, 40, pp. 70-80. Retirado de www.elsevier.com/located/psychires.
- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob: Paris

- Damásio, A. (2010). *O livro da Consciência. A construção do cérebro consciente*. Temas e Debates: Círculo de Leitores.
- Devilly, G. J., Ciorciari, J., Piesse, A., Sherwell, S., Zammit, S., Cook, F. & Turton, C. (2007). Dissociative Tendencies and Memory Performance on Directed-Forgetting Tasks. *Psychological Science*, 18(3). Pp.212-217. Brain Sciences Institute, Swinburne University of Technology: Australia. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17444913>
- Everly, S. G. & Mitchell, J. T. (2000). The Debriefing “Controversy” and Crisis Intervention: A Review of Lexical and Substantive Issues. *International Journal of Emergency Mental Health* 2(4), 211-225.
- Ferreira, A. A. F. P. (2010). *Personalidade e Percepção de Stress em Bombeiros* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Retirado de <http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/handle/10437/1257>.
- Forbes, D., Creamer, M. & Biddle, D. (2001). The validity of the PTSD checklist as a measure of symptomatic change in combat-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 977-986. Retirado de www.elsevier.com/locate/brat.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Wang, L. M. S. (2004). Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1370-1376. Retirado de <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3763/1370.pdf>.
- Gauer, G. (2005). *Memória autobiográfica: qualidades fenomenais da recordação consciente e propriedade atribuídas a eventos pessoais marcantes* (Dissertação de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5953>.
- Garcia-Marques, T. (2003). Avaliação da familiaridade e valência de palavras concretas e abstractas em língua portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 1(1), 21-44.
- Geraerts, E. & McNally, R. J. (2008). Forgetting unwanted memories: Directed forgetting and thought suppression methods. *Acta Psychologica*, 127, 614-622. Retirado de http://clinicalcognitionlab.com/pdf/GeraertsMcNally_2008_ActaPsychol.pdf.
- Gomes, R. & Teixeira, F. (2013) Influência dos processos de avaliação cognitiva na actividade laboral de bombeiros portugueses. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 18(2), 309-320. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/25773>.
- Guimaro, M. S., Caiuby, A. V. S., Santos, O. F. P., Lacerda, S. S & Anreoli, S. B. (2013). Sintomas de estresse pós-traumático em profissionais durante ajuda humanitária no Haiti, após o terremoto de 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3175-3181. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/630/63028795008.pdf>.
- Jelinek, L., Jacobsen, D., Kellner, M., Larbig, F., Biesold, K., Barre, K. & Moritz, S. (2006). Verbal and Nonverbal Memory Functioning in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 940-948. doi: 10.1080/13803390591004347.

- Johnson, H. M. (1994). Processes of Successful Intentional Forgetting. *Psychological Bulletin*, 116(2), 274-292. Retirado de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1994-43910-001>.
- Kristensen, C.H., Parente, M. A. M. P. & Kaszniak, A. W. (2006). Transtorno de Estresse Pós-Traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, 25(1), 17-23. Retirado de www.scielo.br/pdf/psuf/v11n1/v11n1a03.pdf.
- Lang, A. J. & Stein, M. B. (2005). An Abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 585-594. Retirado de www.elsevier.com/locate/brat
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A history of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21. Retirado de <http://www.annualreviews.org/>.
- Lima, A. C. D. P. S. (2013). *Alexitima, Burnout, experiências dissociativas peritraumáticas: efeitos na percepção do estado de saúde em bombeiros municipais. Um estudo exploratório à volta do caso particular de Tavira* (Dissertação de Mestrado). ISPA-Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.
- Maia, A. e Fernandes, E. M. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e avaliação de resposta ao trauma. In M. G. Pereira & J. M. Ferreira (Coord), *Stress Traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp.35-54). Climepsi: Lisboa.
- Maia, A., & Fernandes, E. (2005). Avaliação do dano em processo cível: da exposição a trauma ao PTSD. In R. A. Gonçalves & C. Machado (Coord), *Psicologia Forense* (pp. 273-288). Coimbra: Quarteto.
- Maia, A. C. (2007). Factores Preditores de PTSD e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise. In L. Sales (Coord.), *Psiquiatria da Catástrofe* (pp. 263-276). Coimbra: Almedina Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7790/1/FACTORES%20PREDITORES%20DE%20PTSD%20%20e%20crit%C3%A9rios%20de%20selec%C3%A7%C3%A3o....pdf>.
- Maia, A. C., Moreira, S. H. & 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. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n1/a01v36n1.pdf>.
- Maia, A. (2011). Avaliação Psicológica do dano em processo cível. In M. Matos, R. A. Gonçalves & C. Machado, (Eds.), *Manual de Psicologia Forense: Contextos, prática e desafios* (pp. 293-310). Braga: Psiquilibrios.
- Marcelino, D. & Figueiras, M. J. (2007). A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 95-108. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a07.pdf>.
- 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.

- Marcelino, D., Figueiras, M. J. & Claudino, A. (2012). Impacto da exposição a incidentes críticos na saúde e bem-estar psicológico dos tripulantes de ambulância. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1), 110-116. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a10.pdf>
- Marcelino, D. & Figueiras, M. J. (2012). Sintomatologia associada ao trauma após a técnica da escrita terapêutica: um estudo exploratório com bombeiros portugueses. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 95-107. doi: 10.5964/pch.vli1.11.
- Marcelino, D. (2012). *Impacto Psicológico da Prática dos Bombeiros: Trauma, Saúde Mental e Expressão Emocional* (Dissertação de Doutoramento). ISPA, Lisboa, Portugal.
- Martins, J. P. C. (2008). *Aspectos do trabalho emocional estudados nas interações entre colegas e factores facilitadores do bem-estar em bombeiros sapadores* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3404>.
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: The Belknap press/ Harvard University Press
- McNally, R. J., Clancy, S. A. & Schacter, D. L. (2001). Directed Forgetting of Trauma Cues in Adults Reporting Repressed or Recovered Memories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), pp. 151-156. doi 10.1037//0021-843X.110.151.
- McNally, R. J. (2006). Cognitive abnormalities in post-traumatic stress disorder. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(6), pp.271-277. doi:10.1016/j.tics.2006.04.007
- Mendes, S. S., Ferreira, L. R. C. & De Martino, M. M. F. (2011). Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. *Estudos de Psicologia*, 28 (2), 199-208. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/07.pdf>.
- Miles, J. N. V., Marshall, G. N. & Schell, T. L. (2008). Spanish and English Versions of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C): Testing for Differential Item Functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 369-376. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958820/>
- Murta, S. G. & Tróccoli, B. T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia*, 24 (1), 41-51. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a05.pdf>.
- Noris, F. H. & Slone, L. B. (2013). Understanding Research on the Epidemiology of Trauma and PTSD. Special Double Issue of the PTSD Research Quarterly. *PTSD Research Quarterly. Advancing Science and Promoting Understanding of Traumatic Stress*, 24 (2,3). National Center for PTSD Posttraumatic Stress Disorder. Retirado de www.ptsd.va.gov
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – critérios diagnósticos para pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M. & Machado, J. (2010). PTSD, Psicopatologia e Tipo de Família em Veteranos de Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.

- Pergher, G. K., Stein, L. M. & Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista psiquiatria clinica*, 31 (2), 82-90. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a04v31n2.pdf>.
- Pinto, A. M., Gonçalves, S. P. & Lima, M. L. (2012). Stress e Trauma, Continuidades e Descontinuidades: Para uma reflexão sobre a PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1), 49-65. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a05.pdf>.
- Pinto, J. N. D. (2010). *Stress e Emergência Médica. Níveis e factores de stress em profissionais de emergência pré-hospitalar* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga: Porto, Portugal.
- Power, M. J., Dalgleish, T., Cláudio, V., Tata, P & Kentish, J. (2000). The directed forgetting task: application to emotionally valent material. *Journal of Affective Disorders*, 57, 147-157. Retirado de www.elsevier.com/locate/jad.
- Quinlan, C. K., Taylor, T. L. & Fawcett, J. M. (2010). Directed Forgetting: Comparing Pictures and Words. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 64(1), pp. 41-46.
- Silva, A. C. P. (2012). *Nova Escala Multi-Dimensional da Depressão: estudo preliminar para tradução e aferição da escala para a população portuguesa*. (Dissertação de Mestrado). ISPA-IU, Lisboa, Portugal.
- Soriano, M. F. & Bajo, M. T. (2007). Working memory resources and interference in directed forgetting. *Psicológica*, 28, pp.63-85. Retirado de <http://www.uv.es/revispsi/articulos1.07/4SORIANO.pdf>
- Sterud, T., Ekeberg, O. & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 6(82). doi: 10.1186/1472-6963-6-82.
- Valentine, P. (2003). Trauma: Definição, Diagnóstico, Efeitos e Prevalência. . In M. G. Pereira & J. M. Ferreira (Coord), *Stress Traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp.22-33). Climpsi Editores: Lisboa
- Vara, N., Queirós, C. & Kaiseler, M. (2013). Estratégias de coping e emoções como preditoras do risco de burnout em bombeiros. In L.F. Lourenço & M.A. Mateus (Eds.) *Riscos: naturais, antropomórficos e mistos, homenagem ao Professor Doutor Fernando Rebelo* (pp.585-598). Coimbra: Departamento de Geografia da Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra. Retirado de http://www.uc.pt/fluc/depgeo/Publicacoes/livro_homenagem_FRebelo/585_598.
- Vogt, D. S., King, D. W. & King, A. L. (2010). Risk pathways for PTSD. Making sense of the literature. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick, *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 99-115). Guildford Press.
- Zalta, A. K., Fisher, A. J., McLean, C. P., Gilihan, S. J., Mintz, J. & Yehuda, R. (2013). Change in negative cognition associated with PTSD predicts symptom reduction in prolonged exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Retirado de <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/82/1/171/>.

- Zoellner, L. A., Foa, E. B. & Sacks, M. B. (2003). Directed Forgetting Following Mood Induction in Chronic Posttraumatic Stress Disorder Patients. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(2), 508-514. doi:10.1037/0021-843X.112.3.508.
- Wolf, E. J. (2013). The Dissociative Subtype of PTSD: Rationale, Evidence, and Future Directions. *PTSD Research Quarterly. Advancing Science and Promoting Understanding of Traumatic Stress, 24*(4). National Center of PTSD. Retirado de www.ptsd.va.gov.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D. & Freund, R. (2012). A Latent Class Analysis of Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder. Evidence for a Dissociative Subtype. *Arch gen Psychiatry, 69*(7). American Medical Association. Retirado de <http://archpsyc.jamanetwork.com>.

Anexo I – Revisão de Literatura

Stresse e Trauma

O ser humano é vulnerável a inúmeros acontecimentos nefastos, alguns dos quais imprevisíveis e incontroláveis, que dependendo da sua gravidade poderão repercutir alterações no modo de funcionamento do individuo (Maia, 2007). A resposta a estes incidentes críticos, indutores de stresse ou traumáticos, que desafiam o modo de funcionamento do sujeito e a forma como este lida com o evento, pode ser pensada como uma crise que se traduz na quebra da homeostase psicológica do individuo, na falha dos seus mecanismos de coping e na reação negativa de stresse (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003; Everly e Mitchel, 2000).

Através de mecanismos de regressão, o funcionamento racional de constante avaliação cognitiva é tendencialmente substituído por um funcionamento mais emocional, de instintos, desejos e preocupações. A desorganização sentida pelos sujeitos é devida ao caracter momentâneo do trauma e ao facto da resposta ao mesmo se focar em comportamentos de luta ou fuga. Estas respostas permitem uma atuação orientada para a sobrevivência pessoal mas não possibilitam um pensamento refletido acerca do evento em si. Quanto maior for a perceção de perigo, mais emocional será o funcionamento e mais recursos terão que ser mobilizados (Guerreiro, Brito, Baptista & Galvão, 2007; Valentine, 2003).

Quando se fala em eventos potencialmente traumáticos podem reunir-se um conjunto de situações que vão desde assuntos pessoais violentos como o assalto sexual ou o ataque físico a desastres naturais, diagnóstico de doença ameaçadora de vida ou testemunho de alguém a ser assaltado. Estes acontecimentos podem tratar-se de uma experiência pessoal direta, ser observados ou relativos ao conhecimento acerca de um determinado evento vivido por familiares ou amigos (APA, 2004). Segundo dados encontrados no estudo de Kilpatrick e colaboradores (2013, citado por Noris & Solen, 2013) as formas mais comuns de trauma são os casos de violência sexual ou física, acidente ou situação que envolva fogo, morte de um familiar próximo ou de um amigo com recurso a violência, desastres naturais, ameaça ou injúria a um familiar próximo ou amigo e o testemunho de violência sexual ou física.

Perante estes eventos as reações mais comuns podem dar-se ao nível cognitivo, emocional, físico e até comportamental. As respostas podem ser de alguma confusão, desorientação, dificuldade na tomada de decisões, choque emocional, sensação de dormência

ou sobrecarga, sentimento de vazio ou abandonado, incerteza de sentimentos ou labilidade emocional, náuseas, vertigens, tonturas, taquicardia, tremores, cefaleias, fadiga retiradas, silêncios excessivos, humor inadequado, alterações a nível de apetite, entre outras (Centers for Disease Control and Prevention, 2013;Valentine, 2003).

No processo de adaptação a um incidente crítico, o sujeito pode passar por fases de stresse e trauma que, apesar de distintas, são determinadas por fatores cognitivos, motivacionais e relacionais (Lazarus, 1993). Quando o indivíduo consegue lidar com o evento nefasto sem a manifestação de sintomatologia acentuada de desadaptação podemos dizer que se trata de uma reação de stresse. Se, pelo contrário o indivíduo avaliar a situação como mais exigente, ou seja, que não tem esta capacidade funcional para lidar, trata-se de trauma. O trauma psicológico enquadra-se num processo de disfunção dos sistemas de avaliação cognitiva e dos mecanismos de coping, que envolve tanto a perceção do evento como traumático como o surgimento de determinadas reações persistentes e perturbadoras, entre as quais a Perturbação de Pós-Stresse Traumático (PPST) e a dissociação peritraumática (APA, 2013; Carvalho & Maia, 2009a; Maia, 2007; Pinto, Gonçalves & Lima, 2012).

Relativamente á evolução do quadro clínico do trauma, podem ser identificadas três fases distintas: a reação imediata, a reação pós-imediata e o surgimento da Perturbação de Pós- Stresse Traumático (Crocq, 1999). Imediatamente á exposição ao evento o indivíduo pode ter uma reação adaptativa, caracterizada pela focalização da atenção, pela mobilização de energia e pelo início de uma ação de defesa ou fuga, ou ter uma reação de stresse desadaptativo pela sideração que atinge todas as suas faculdades, agitação, fuga impulsiva ou pelos comportamentos automáticos e inadaptados. Num ponto mais extremista o indivíduo pode ainda desenvolver uma reação imediata patológica, nomeadamente uma reação ansiosa, histérica ou fóbica, delirante, maníaca, melancólica, entre outras (Crocq, 1999). Quando esgotadas as estratégias de resposta do indivíduo, pode observar-se um estado de imobilização designado de *freeze*. Esta resposta apresenta-se como defensiva, anestésica da dor e normalmente é apreendida quando existe uma diferenciação de forças, real ou percebida. E é este tipo de resposta que a literatura aponta como base para o desenvolvimento de Perturbação de Pós-Stresse Traumático (Guerreiro, *et al.*, 2007).

Numa fase posterior a esta exposição o indivíduo retoma o seu funcionamento racional, a consciência da dor é recuperada e em circunstâncias normais, quando o evento é processado pelo indivíduo, é colocado na sua memória normal e evocado particularmente através da

exposição a estímulos associados ao trauma. Estas recordações poderão surgir acompanhadas de sensações, sentimentos e pensamentos que estiveram presentes durante a exposição ao acontecimento traumático (Guerreiro, *et al.*, 2007).

Quando se verifica uma reação desadaptada á situação de stresse assiste-se a uma desconexão afetiva do impacto e a uma atuação quase que mecânica e desorientada. As reações que seriam de esperar no imediato aparecem posteriormente sob a forma de inibições e restrições funcionais, com ansiedade, fobia e visões alucinatórias sobre o acontecimento nefasto (Meshulam-Werebe, Andrade & Delouya, 2003).

A PPST desenvolve-se a partir do 30.º dia onde começam a surgir as lembranças ansiogénicas, tradicionalmente nomeada por síndrome de repetição, os sintomas não especificados como a fadiga, a ansiedade e angustia e a eventual alteração da personalidade, essencialmente uma mudança na forma de se exprimirem que assinala a profunda alteração a que a personalidade foi sujeita (Crocq, 1999).

Têm sido vários os modelos concetuais de PPST desenvolvidos consoante a evolução da história do conceito. Inicialmente tratou-se de uma abordagem mais comportamental, posteriormente mais cognitivista e, nos dias de hoje é adotada uma visão interacionista e construtivista da adaptação e psicopatologia (Pinto, Gonçalves & Lima, 2012). Iniciando uma viagem literária pelos diversos modelos podemos perceber que os modelos comportamentais se apresentaram mais limitativos quanto à explicação dos aspetos centrais da PPST como o aparecimento tardio dos sintomas e os sintomas de intrusão, e não contemplaram a intervenção dos fatores cognitivos. Como forma de contrapor esta corrente, os primeiros modelos cognitivistas evidenciaram a intervenção de fatores cognitivos para além de tentarem explicar a sintomatologia persistente e intrusiva (Pinto, Gonçalves & Lima, 2012).

Envergando esta abordagem surge o modelo cognitivista de Ehlers e Clark (2000, citado por Pinto, Gonçalves & Lima, 2012) propondo uma explicação para a PPST complementando as evidências das teorias anteriores. Segundo este modelo, o carater persistente da perturbação resulta de um processamento negativo do acontecimento que causa no individuo sentimentos de ameaça e diversas consequências como avaliações ou sequelas do evento excessivamente negativas. Por outro lado, também é observada uma perturbação na memória caracterizada pela reduzida elaboração do evento e integração de forma inadequada. Este facto pode explicar a dificuldade sentida por estes indivíduos em recordar determinados aspetos dos eventos e a frequência de memórias intrusivas, a re-experienciação e a facilidade de desencadeamento

destas memórias por estímulos internos e externos. A recordação do acontecimento traumático tendo por base uma avaliação negativa do trauma, faz com que as informações que constituem essa recordação sejam congruentes com a avaliação elaborada e impede a recordação de aspetos que a contradigam. Isto impossibilita a modificação dessa avaliação e contribui para a manutenção da sensação de ameaça. Uma outra noção fornecida por este modelo corresponde ao facto das estratégias de coping adotadas se apresentem disfuncionais produzindo os sintomas de PPST como distração, ruminação e evitamento. A utilização destes mecanismos de adaptação impede a modificação das avaliações negativas e a natureza da memória traumática, contribuindo para a persistência da perturbação. Quanto ao surgimento tardio dos sintomas este modelo (Ehlers e Clark, 2000, citado por Pinto, Gonçalves & Lima, 2012) foi o pioneiro na área defendendo que a sua origem reside no facto de existir algum acontecimento que dê um sentido muito mais ameaçador ou, porque os estímulos de recordação do evento traumático mais potentes apenas se encontram disponíveis tempos mais tarde.

Na conceção de Lazarus (1993) o individuo ao perceber um evento nefasto, avalia-o e tende a desenvolver um conjunto de estratégias de coping para lhe fazer face. Este modelo evidencia uma dimensão cognitiva para classificar a situação como ameaçadora e um esforço cognitivo e comportamental para o individuo ser capaz de lidar com o evento (Pinto, Gonçalves & Lima, 2012). O desenvolvimento de PPST depende por um lado da relação transaccional do individuo com o evento e, por outro, dos significados construídos e emoções sentidas. As características individuais, como variáveis motivacionais e cognitivas, de certa forma interagem com as características do próprio evento (*e.g.*, a sua frequência), determinando tanto a resposta adaptativa desenvolvida como a sua gravidade clínica (Lazarus, Deese & Osler, 1952, citado por Lazarus, 1993).

As descrições dos sintomas da Perturbação de Pós-Stresse Traumático datam de há vários séculos mas a sua introdução nas classificações internacionais psiquiátricas acontece séculos mais tarde. Em 1884, Herman Oppenheim (citado por Crocq, 1999) propõe o conceito clínico de “*neurose traumática*” com base nos estados pós-emocionais causados por acidentes ferroviários. Para além desta denominação muitas outras foram utilizadas para descrever a sintomatologia apresentada, maioritariamente em ex-combatentes de guerra, como “*neurose de guerra*”, “*neurose de terror*”, “*fadiga de combate*”, entre outras (Caldeira, 2011). O seu reconhecimento como perturbação nosológica acontece em 1980 com o DSM-III inspirada pela Guerra do Vietnam (Lazarus, 1993).

No DSM-I e DSM-II (Maia, 2003) este diagnóstico era visto como uma vulnerabilidade da pessoa e designada de Grande Reação de Stress e Perturbação Situacional, respetivamente. Para o diagnóstico de PPST era necessário a experiência direta de um evento ameaçador e sintomatologia posterior de re-experienciação, entorpecimento da resposta geral e sintomas inespecíficos (APA, 1980). A classificação da perturbação bem como o seu enquadramento no quadro das perturbações de ansiedade foi mantida na edição revista do DSM-III, no DSM-IV e no DSM-IV-TR (APA, 2002). Sendo que no DSM-IV-TR os sintomas de PPST eram divididos em três categorias: re-experienciação (*e.g.*, pesadelos e flashbacks), evitação de estímulos relacionados com o evento (*e.g.*, sítios e conversas) e hiperestimulação (*e.g.*, irritabilidade) (APA, 2002).

Atualmente na 5.^a edição do DSM (APA, 2013) foram propostas algumas modificações como a inclusão desta perturbação no capítulo das perturbações de Trauma e Stresse, o estabelecimento de critérios de diagnóstico da perturbação a crianças com menos de seis anos e ainda, o estabelecimento da diferença entre um evento traumático e um evento de stresse sem características traumáticas e a exclusão do critério da “*resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror*”. Outras modificações importantes dizem respeito à divisão do critério dos sintomas de evitamento e inação (APA, 2013) e ainda a possibilidade de associação de sintomatologia em vários eventos traumáticos contrariamente ao DSM-III-TR e ao DSM-IV-TR (Noris & Slone, 2013).

A PPST é, desde os seus primórdios, a única doença do foro psicológico que exige um fator de stresse precedente (Albuquerque, *et al.*, 2003).

Desde esta inclusão que a PPST tem assistido à ampliação do seu emprego nas mais variadas situações e com maior prevalência em vítimas de abuso sexual, abuso físico, catástrofes naturais, acidentes de viação e nos vários profissionais de situações de emergência pré-hospitalar (APA, 2013; Maia & Fernandes, 2003; Malmquist *et al.*, 1986, citado por Valentine, 2003).

Ao estudar a prevalência da perturbação na população é importante ter em conta que esta será maior no tempo total da vida comparativamente aos valores apresentados no período exato ou recente da avaliação que normalmente tem em conta o último ano (Noris & Slone, 2013). Nos Estados Unidos da América 70% dos adultos referem já ter experienciado um evento traumático ao longo da vida e apenas 20% destes desenvolverão sintomatologia de PPST (Valentine, 2003). Em Portugal, os dados são semelhantes, Albuquerque e

colaboradores (2003) apurou a taxa de ocorrência de PPST ao longo da vida de 7,87% indivíduos e a taxa de PPST presente na data do questionário de 5,3%. No que concerne aos estudos da diferença entre géneros, estima-se que o predomínio desta perturbação entre o género feminino (Maia & Fernandes, 2003).

Como se pode verificar através destes dados, apesar da exposição a situações adversas aumentar a probabilidade do desenvolvimento desta patologia, nem todas as pessoas manifestam sintomas de PPST. O que pode sugerir que o desenvolvimento de PPST não é uma resposta linear ao trauma e que, existem indivíduos com capacidade para desenvolver mecanismos de funcionamento adequados à situação (Maia, 2007). A forma como o próprio indivíduo organiza e gere a situação a que esteve exposto, constituem indicadores importantes de ajustamento do funcionamento psicológico (Maia, 2007).

Assim, a compreensão do impacto da adversidade deve atender a um conjunto de fatores, quer de risco, quer de proteção que se tornam muito importantes para o desenvolvimento de estratégias preventivas e programas de intervenção (Carvalho e Maia, 2009a). Geralmente os fatores são divididos em pré-trauma, peritraumáticos e pós-trauma (APA, 2013). Ao nível dos fatores pré-trauma devem ser referidos as variáveis psicossociais (*e.g.*, característica dos eventos, atributos preexistentes ou experiências da vítima de trauma e circunstâncias pós-trauma), variáveis ambientais (*e.g.*, características culturais, etnia, suporte social) e variáveis genéticas e biológicas (APA, 2013; Vogt, King & King, 2010). Contudo, as variáveis relativas ao próprio indivíduo (*e.g.*, idade, género, estatuto socioeconómico, entre outros) apesar de significativas não se revelam tão preditores do desenvolvimento de PPST como determinadas variáveis mais próximas ao evento, designadas de peritraumáticas (*e.g.*, gravidade do acontecimento, perceção de ameaça, suporte social, emocionalidade, dissociação peritraumática) (APA, 2013; Maia, 2007; McNally, 2006; Vogt, King & King, 2010). Ao nível do pós-trauma, as avaliações negativas da situação, a adoção de estratégias de coping desadaptadas, a repetida exposição a eventos e a inexistência de suporte social nesta fase, mostram ser fatores de risco (APA, 2013).

Outros autores (Casado-Blanco & Castellano-Arroyo, 2013) referem a personalidade como um fator de predisposição para o desenvolvimento de PPST na medida em que influenciará o modo de elaboração de cada vivência. Os indivíduos com traços de personalidade neuróticos parecem ser mais sensíveis ao stresse, com respostas mais rápidas e intensas o que lentifica o processo de adaptação (Casado-Blanco & Castellano-Arroyo, 2013;

Ferreira, 2010). Apesar de não ser uma relação linear, parece que a PPST pode estar relacionada com a impulsividade, quando esta combina com traços neuróticos na medida em que contribui tanto para a exposição a fatores nefastos, como no desenvolvimento de PPST (Casado-Blanco & Castellano-Arroyo, 2013). Outros fatores podem ser referidos, nomeadamente a capacidade de autocontrolo, autoeficácia através da confiança nas suas capacidades, sentido de coerência interno (Bryant & Harvey, 1996; Casado-Blanco & Castellano-Arroyo, 2013; Marcelino & Figueiras, 2007).

A literatura tem verificado a existência de uma relação significativa entre o número de incidentes experienciados e o desenvolvimento da perturbação pós-stress traumático e, relativamente às características dos próprios sujeitos vários estudos mostram a sintomatologia de dissociação peritraumática como preditor de PPST (Carvalho & Maia, 2009^a; Clohessy & Ehlers, 1999; Lima 2013; Marcelino, Figueira & Claudino, 2012). McNally (2006) salienta ainda que problemas ao nível da memória verbal, quociente de inteligência reduzido e memória supergeneralizada podem ser considerados fatores de risco, consequência direta da exposição ao trauma ou ainda consequência da própria doença em si.

Por sua vez, a utilização de estratégia de coping que parecem não permitir a resolução adequada dos conflitos como a supressão emocional, o pensamento mágico (Carvalho & Maia, 2009a) e o coping antissocial (Monnier, Cameron, Hobfoll & Gribble, 2000, citado por Carvalho & Maia, 2009a) estão diretamente relacionadas a fatores de risco.

De fatores protetores que se encontram na literatura podem enumerar-se o efeito protetor do apoio social, o coping focado na emoção, o coping focado na tarefa (Brown, Mullhern & Joseph, 2002, citado por Carvalho & Maia, 2009a) e o coping pró-social (Alexander & Klein, 2001; Monnier, *et al.*, 2000, citado por Carvalho & Maia, 2009a).

Como é possível deprender acerca dos fatores de risco e de proteção, as estratégias de coping servem como mediadores emocionais. No sentido em que resultados positivos estão associados à utilização de determinadas estratégias de coping e, resultados negativos associados a outros. O efeito da utilização de estratégias de coping pode ser visto de duas formas a que Lazarus (1993) chamou de coping focado no problema e que tendem a ser utilizadas quando o evento é percebido como controlado, resolúvel e de intensidade reduzida e o coping focado na emoção que é maioritariamente utilizado quando o evento é percebido como ameaçador e o sujeito tem poucas possibilidades de resolução. A utilização da estratégia de coping focado no problema é mais benéfica para o funcionamento psicológico uma vez que

leva à resolução das dificuldades e removem as fontes de stresse (Serra, 2005). Adriano Vaz Serra (2005) acrescenta ainda a estratégia focada na interação social segundo a rede de suporte social. Este tipo de estratégia está dependente dos recursos existentes e disponíveis na rede social do indivíduo, do tipo de apoio que está ao seu alcance e ainda da forma como o indivíduo percebe e interpreta o apoio recebido (Serra, 2005).

Relativamente às estratégias de coping não existe uma estratégia que garanta a imunidade dos efeitos nefastos do evento. O ideal será a existência de um conjunto de estratégias flexíveis e passíveis de serem selecionadas quando necessário (Alexander & Klein, 2001).

Ao estudar a temática do trauma torna-se importante diferenciar a psicopatologia imediata, designada nos sistemas nosológicos por Reação Aguda de Stress, da psicopatologia que se inicia nos primeiros três meses podendo se estender por meses ou anos após a experiência potencialmente traumática e que se designa por Perturbação de Pós-Stress Traumático (APA, 2002).

A reação aguda de stresse inicia-se imediatamente após a experiência do evento traumático ou ao fim de algumas horas. O DSM-IV-TR (APA, 2002) propõe que a sintomatologia esteja presente no 1º mês, enquanto o CID-10 (OMS, 1998) sugere que a sintomatologia emerge imediatamente a seguir à experiência e tende a esbater a partir do 3.º dia. Para além do critério temporal o DSM-IV-TR (APA, 2002) assume nesta perturbação a presença de sintomas dissociativos como sensação subjetiva de desligado, embotamento ou ausência de reação emocional, diminuição da consciência do ambiente circundante, desrealização, amnésia dissociativa, re-experienciação, evitamento, ansiedade e ativação aumentada (APA, 2002). Por sua vez o CID-10 (OMS, 1998) especifica um conjunto de sintomas que não permanecem durante muito tempo e incluem depressão, ansiedade, raiva, desespero, hiperatividade e retraimento.

As consequências crónicas deste quadro, a Perturbação de Pós-Stresse Traumático, são alvo de avaliação em processo civil (Maia, 2011). Atualmente a definição de acontecimento traumático é composta por dois grandes pilares denominados por natureza da situação nefasta e consequente resposta da vítima (APA, 2002). Para além deste ponto, o DSM-IV-TR (A.P.A, 2002) inclui os critérios de re-experienciação (*e.g.*, pensamentos intrusivos, pesadelos recorrentes, sentir ou agir como se o acontecimento ainda estivesse a ocorrer e angústia intensa), evitamento (*e.g.*, incapacidade de sentir, amnésia para partes do trauma, entre outros) e sintomas persistentes de hipervigilância (problemas do sono, irritabilidade, raiva,

dificuldades de concentração, reação de alarme hiperativa). Esta resposta psicopatológica pode surgir durante a exposição, a seguir ou após um período de tempo variável (Maia & Fernandes, 2005).

A Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1998) refere que o indivíduo após a exposição a fatores nefastos mentais ou físicos, inicia imediatamente sintomas, como um estado de “atordoamento” acompanhado de tristeza, ansiedade, raiva, desespero, entre outros. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998) é essencial para este diagnóstico os sintomas de recordação repetitiva, intrusiva ou reativação do acontecimento através de memórias e imagens, durante a vigília ou durante o sono. É possível que o indivíduo apresente um afastamento emocional, restrição de sentimentos e evitamento de estímulos associados ao trauma (OMS, 1998). Assim, com base no CID-10 a postulação deste diagnóstico aumenta comparativamente ao DSM-IV-TR (Maia & Fernandes, 2003). Esta perturbação surge posteriormente à exposição ao trauma e pode prolongar-se para além de três meses, fase crónica, podendo durar anos ou até a vida toda.

Torna-se muito difícil o diagnóstico de PPST devido à ausência de sintomatologia suficiente e pela forma complexa de se manifestar de forma isolada, incitando outros diagnósticos (Maia, 2007; Marcelino, Figueiras & Claudino, 2012; Pereira, Pedras, Lopes, Pereira & Machado, 2010). A avaliação desta perturbação deve ter em conta outras perturbações psicológicas que possam decorrer da experiência a situações potencialmente traumáticas (Maia, 2011). Neste caso concreto vemos uma relação com depressão, suicídio, perturbação de pânico, ansiedade generalizada, alcoolismo e toxicodependência, disfunções sexuais e doenças psicossomáticas, podendo ainda emergir uma perturbação da personalidade (APA, 2013; Albuquerque, *et al.*, 2003). Joseph, Williams e Yule (1997, citado por Maia & Fernandes, 2009) verificaram no seu estudo que a população diagnosticada com PPST apresentava com maior probabilidade problemas relacionados com a ansiedade, depressão, abuso de substâncias, problemas do foro cognitivo e de saúde em geral bem como nas relações interpessoais.

Stresse Nos Profissionais De Emergência Pré-Hospitalar

Os tripulantes de ambulância são expostos a situações de grande stresse onde é exigido a maior eficiência em tempos demasiado curtos o que constitui uma ameaça tanto para a sua

saúde como para a qualidade dos serviços prestados (Ângelo, 2010; Vara, Queirós & Kaiseler, 2013). Providenciar os cuidados médicos essenciais na barreira entre a vida e a morte, a exposição a doenças infecciosas, o transporte hospitalar de doentes crônicos ou com doenças terminais são exemplos de situações, com diferente valência emocional, a que esta população é exposta (Alexander & Klein, 2001). Maia e Fernandes (2003) através da sua análise sobre os estudos na área verificaram que em situações de grande destruição como é o caso das catástrofes e desastres naturais são várias as pessoas afetadas pelos corpos mutilados, gritos de socorro e expressões aflitas ou até as condições precárias de atuação.

Perante situações adversas o equilíbrio físico e mental pode ser colocado em causa, ameaçando quer o bem-estar físico quer o bem-estar psicológico. Em inúmeras situações a que estes profissionais são expostos é despoletada uma resposta de stress onde se verificam grandes alterações fisiológicas e emocionais que, no seu extremo, poderão representar uma experiência traumática. O conceito de crise, mostra exatamente este desequilíbrio entre as competências habituais que, face á experiência se torna, insuficientes e ineficazes (Maia, 2007).

A literatura que se debruça sobre a temática demonstra que os acidentes rodoviários, as emergências médicas, principalmente as que envolvem crianças ou vitimas conhecidas dos tripulantes, são identificados como os eventos mais críticos (Alexander & Klein, 2001; Bryant & Harvey, 1996; Clohessy & Ehlers, 1999; Maia, 2007). A origem destas fontes de stress é atribuída a fatores como a impotência sobre as condições, a exaustão ou o equipamento e treino serem inadequados (Bryant & Harvey, 1996).

O problema em si não será tantas vezes a própria segurança física estar ameaçada mas a perceção de ameaça relativamente à incapacidade de gerir o trauma, tanto físico como emocional, experienciado pela vítima (Bryant & Harvey, 1996). É efetivamente esta ausência de controlo do incidente crítico que será determinante para o desenvolvimento de sintomatologia de PPST (Bryant & Harvey, 1996; Casado-Blanco & Castellano-Arroyo, 2013). A existência de uma falha ou responsabilidade humana parece contribuir para o desenvolvimento desta perturbação (Maia, 2007).

A exposição a incidentes críticos é recorrente em emergência pré-hospitalar o que impossibilita a recuperação da equipa de socorrismo. Este tempo de recuperação deve ser tido em conta pela duração de algumas reações pós trauma que podem ir desde semanas até meses (Alexander & Klein, 2001; APA, 2002).

Ainda assim os vários tripulantes de ambulância expressam grandes níveis de satisfação no trabalho apesar de perceberem a sua profissão como muito stressante (Alexander & Klein, 2001; Gomes & Teixeira, 2013). Isto pode estar relacionado com o facto de ser uma atividade bastante gratificante (Gomes & Teixeira, 2013).

No estudo de Bryant e Harvey (1996) mais de metade dos bombeiros participantes reportara já ter experienciado situações ameaçadoras. O estudo de Carvalho e Maia (2009a) com bombeiros portugueses mostrou que no último ano 98,3% da população em estudo havia experienciado pelo menos um acontecimento adverso. Em média, cada participante relatou um total de 14,02 situações adversas e, na última semana 3,52. Um outro estudo neste sentido é de Marcelino (2012) e mostra que 42% dos bombeiros inquiridos refere ter experienciado um evento significativo ao longo da vida e 65% confirma já ter sido expostos a um acontecimento potencialmente traumático no desenvolvimento das suas funções profissionais.

Ao pensarmos nos profissionais de saúde concebemo-lo como indivíduos treinados e especializados em cuidar das doenças dos outros e não pensamos que eles próprios possam ser afetados por esses problemas. Mas esta exposição continuada aumenta a probabilidade de problemas de saúde como sintomatologia de PPST, problemas mentais e somáticos, injúrias, acidentes fatais e doenças infecciosas (Bem, Scotti, Chen & Fortson, 2006; Carvalho & Maia, 2009b; Fullerton, Ursano & Wang, 2004; Gomes & Teixeira, 2013; Maia, 2007; Marcelino, Figueiras & Claudino, 2012; Sterud, Ekeberg & Hem, 2006). Vários são os estudos que tem vindo a apurar a existência, nos tripulantes de ambulância, de dissociações peritraumáticas e sintomas de reação aguda ao stress e Perturbação de Pós-Stresse traumático (Fullerton, Ursano & Wang, 2004; Lima, 2013). Relativamente a outros problemas psiquiátricos a literatura apresenta disfunção social, sintomas somáticos, ansiedade, insónia e ainda depressão severa (Clohessy & Ehlers, 1999).

O aumento das queixas físicas nos indivíduos mais expostos a eventos nefastos parece estar relacionado com as emoções negativas e dificuldade na sua regulação (Carvalho & Maia, 2009b). Apesar dos valores apresentados e dos próprios indivíduos caracterizarem as situações como bastante perturbadoras não procuram ajuda ou recorrem a fármacos (Marcelino, Figueiras & Claudino, 2012). Um número substancial de profissionais de emergência pré-hospitalar mostrou necessidade de suporte para conseguir lidar com os eventos adversos provenientes da sua atividade profissional (Clohessy & Ehlers, 1999). Torna-se assim muito importante que estes profissionais possuam “*competências técnicas*

bem diferenciadas e estratégias de coping que lhe permitam manter o funcionamento adequado nas situações de maior tensão, e o equilíbrio no fim da sua missão” (Maia, 2007b, p.273).

O estudo de Murta e Tróccoli (2007) verificou que os problemas comportamentais (*e.g.*, desmotivação para o trabalho e depressão) são os problemas mais percebidos por esta população como problemas de saúde decorrentes do trabalho, seguidos de problemas em ritmos biológicos (*e.g.*, bruxismo e ausência de horário para as refeições), problemas no aparelho digestivo e problemas osteomusculares. Estes sintomas interferem com o desenvolvimento da própria atividade profissional, com as relações familiares no geral e tornam ainda mais improvável a ajuda necessária à recuperação (Clohessy & Ehlers, 1999). Contudo, a análise do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) no estudo de Carvalho e Maia (2009b) apresentou valores significativamente baixos na maioria das respostas dos participantes. Apenas 17,2% dos participantes apresentou sintomas indicadores de psicopatologia (Carvalho & Maia, 2009b).

Ao nível do comportamento os estudos mostram que pessoas com PPST têm mais comportamentos nocivos à sua saúde (*e.g.*, consumo de álcool, tabaco ou estupefacientes) como desprezo pelos comportamentos de prevenção de doença (*e.g.*, actividades físicas, dietas) (Carvalho & Maia, 2009b).

A percentagem de sintomatologia de PPST nesta população mostra-se bastante reduzida apesar de os processos de dissociação peritraumática estarem, na maioria dos estudos, presente em mais de metade dos sujeitos (Carvalho & Maia, 2009a; Marcelino, Figueiras & Claudino, 2012, Marcelino, 2012). A investigação realizada com voluntários do terramoto de 2010 no Haiti (Guimaro, Caiuby, Santos, Lacerda & Andreoli, 2013) apurou um número de sintomatologia abaixo do ponto de corte indicativo de diagnóstico da Perturbação de Pós-Stresse Traumático e uma relação significativa entre esta psicopatologia e a sintomatologia dissociativa. Em Portugal, os estudos (Carvalho e Maia, 2009b; Marcelino, 2012; Marcelino & Figueiras, 2007) mostram sintomas compatíveis com o diagnóstico de PPST em menos de 15% da população.

Porém, o estudo de Bryant e Harvey (1996) apurou que os indivíduos que experienciaram múltiplos incidentes críticos reportam níveis mais elevados de PPST o que pode ser explicado pelo aumento da vulnerabilidade individual devido ao acumular dos efeitos nefastos. Todavia, os estudos de Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard e Vetter (2005) e Carvalho e Maia

(2009a) revelaram que a frequência de exposição a acontecimentos nefastos não prediz o desenvolvimento de mais sintomas de PPST ao contrário do impacto percebido dos acontecimentos, do coping de supressão e da dissociação peritraumática.

Estas observações podem ser explicadas devido à grande dificuldade em diagnosticar PPST (Marcelino, Figueiras & Claudino, 2012; Pereira, Pedras, Lopes, Pereira & Machado, 2010) e a variação da prevalência da perturbação pode estar relacionada com a variabilidade da amostra (*e.g.*, bombeiros *vs.* Tripulantes de ambulância ou unicamente bombeiros) com a sua dimensão ou até na medida aplicada (Ben, Scotti, Chen & Fortson, 2006).

Relativamente ao tempo de funções o estudo de Ferreira (2010) evidenciou que os indivíduos com menos de nove anos de funções de bombeiro apresentavam um maior nível de stresse comparativamente aos indivíduos a desempenhar a mesma função mas com mais anos de experiência. O que pode ser devido ao aumento da capacidade de desenvolver estratégias de coping adequadas.

Outros estudos (Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard & Vetter, 2005; Marcelino, Figueiras e Claudino, 2012) refutam esta inclinação na medida em que sugerem que a antiguidade e a exposição a eventos potencialmente traumáticos aumentam a probabilidade de consequências na saúde. O estudo de Mendes, Ferreira e De Martino (2011) numa unidade de atendimento pré-hospitalar vem ao encontro desta ideia mostrando que indivíduos com menos de seis meses de trabalho não apresentam stresse e aqueles com mais de 13 meses de funções manifestam alguma sintomatologia. Marcelino (2012) corrobora mostrando uma correlação positiva entre o número de anos de serviço como bombeiro e a exposição ao trauma e consequente sintomatologia de PPST e queixas de saúde.

Efetivamente a literatura tem vindo a demonstrar que uma maior experiência não implica uma maior capacidade para lidar com os eventos nefastos. Por outro lado também é de salientar que esta faixa populacional tem expressado maior relutância em solicitar ajuda comparativamente à população com menos experiência que se tem demonstrado mais alerta para as suas necessidades e sinais precoces de sintomatologia (Alexander & Klein, 2001). Contudo não são encontradas diferenças ao nível de tensão experienciada consoante os postos hierárquicos (Bryant & Harvey, 1996; Pinto, 2010).

Porém, o estudo de Marcelino (2012) indicou uma relação positiva entre a presença de sintomas de PPST, dissociação, distress e queixas de saúde com a exposição a eventos

potencialmente traumáticos, à percepção do trabalho como stressante e insatisfação, autoavaliação negativa da saúde e má relação entre pares. A satisfação no trabalho, a existência de relações entre pares positivas, o maior sentido interno de coerência e a menor instabilidade emocional são variáveis que se encontram positivamente relacionadas com a presença de sintomatologia de PPST (Marcelino & Figueiras, 2007). Segundo Marcelino e Figueiras (2007) “à medida que os sintomas de PTSD aumentam, a capacidade de compreender, perceber, atribuir significado e investir recursos para superar os acontecimentos traumáticos diminuem” (p.105).

Ao nível do género, os estudos encontrados mostram que as mulheres reportam níveis inferiores de stresse o que pode estar relacionado com o maior acesso a suporte social, ao perfeccionismo, tolerância à frustração ou adoção de outros mecanismos de defesa. O estudo de Marcelino (2012) e Marcelino e Figueiras (2007) contrapõe esta ideia não referindo diferenças entre os géneros relativamente a satisfação com o trabalho, percepção de exposição ao trauma, PPST e dissociação. Segundo a autora, o género feminino avalia de forma mais negativa o seu estado de saúde, mais sintomatologia de re-experienciação e hiperativação, piores relações entre pares, mais distress psicológico e menor bem-estar psicológico. Por outro lado, os estudos também evidenciam a ligação maioritariamente do género masculino às intervenções clínicas em contexto de rua (Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard e Vetter, 2005; Pinto, 2010) e maiores consumos de álcool e café (Marcelino, 2012).

Relativamente à zona geográfica de atuação, é possível verificar que os bombeiros de Lisboa e Vale do Tejo apresentam menos anos de serviço e menor exposição a eventos potencialmente traumáticos comparativamente aos bombeiros do Norte do país. Os bombeiros do centro, apresentam maior satisfação no trabalho, relações entre pares mais positivas e consideram o trabalho menos stressante (Marcelino, 2012).

A questão do coping foi estudada por Martins (2008) que verificou a adoção de uma estratégia mais defensiva, verificando-se mais uma resposta de distanciamento dos outros e do trabalho. Porém Murta e Tróccoli (2007) evidenciam que o coping focado no problema é relatado com menor frequência. A adoção de estratégias de coping ativas e pró sociais como a expressão de emoções positivas com os pares contribui para o aumento da autoeficácia para lidar com as exigências profissionais (Ângelo, 2010; Martins, 2008; Vara, Queirós & Kaiseler; 2013). Por outro lado a adoção de estratégias passivas de coping (*e.g.*, evitamento de

problemas) encontram-se relacionadas com níveis mais elevados de exaustão emocional (Martins, 2008; Vara, Queirós & Kaiseler, 2013).

Ben, Scotti, Chen & Fortson (2006) vem demonstrar que variáveis demográficas como tratamentos psicológicos anteriores, idade em que começaram a trabalhar na área e o horror dos eventos são preditores de altos níveis de PPST.

No estudo desta temática torna-se importante perceber o seu mecanismo central por forma ao desenvolvimento de estratégias de intervenção (Zalta, Fisher, McLean, Gillihan, Mintz & Yehuda, 2013), como a escrita expressiva (Marcelino & Figueiras, 2012), a prática de terapia da exposição prolongada para a modificação das crenças erróneas (Zalta, Fisher, McLean, Gillihan, Mintz & Yehuda, 2013). Contudo muitos são os adeptos da prática exclusiva de suporte social, falar com os próprios colegas não guardando para si os seus sentimentos e pensamentos (Alexander & Klein, 2001)

No que concerne à seleção e recrutamento deste tipo de profissionais deve ser tido em conta a capacidade para enfrentar situações de crise e resiliência. Por outro lado, as situações devem ser treinadas e os procedimentos previstos e bem definidos para reduzir tanto o carácter imprevisto e incontrolável das situações como promover respostas mais adequadas do ponto de vista do funcionamento do indivíduo. Quer a rotação dos profissionais como o tempo de descanso para a recuperação são imprescindíveis na prevenção do desenvolvimento de PPST (Maia, 2007).

Perturbação de Pós-Stress Traumático e a Memória

Segundo McNally (2003) a perturbação de pós-stress traumático suscita alterações a nível comportamental, social, cognitivo e neurobiológico.

A PPST é fundamentalmente uma perturbação da memória uma vez que se trata da lembrança constante de acontecimentos traumáticos, que causam sofrimento emocional, em detrimento de acontecimentos da vida diária, talvez em resultado da ocupação da memória com o passado (Brewin, 2010; McNally, 2003, 2006; Jelinek, Jacobsen, Kellner, Larbig, Biesold, Barre & Moritz, 2006). Citando Damásio (2010) a Perturbação de Pós Stress Traumático “*é um inconveniente efeito secundário de uma capacidade que a outros níveis tem as melhores vantagens*”. O que parece realmente existir nestes indivíduos é uma falha nos processos de inibição da informação que deveria ser um processo adaptativo de supressão e bloqueamento da informação (Cláudio, 1994). Todavia, a maioria dos estudos acerca da

temática de trauma e memória tem foco na evocação e no reconhecimento ignorando a tendência involuntária das memórias chegarem à consciência (Brewin, 2010).

O déficit de memória em indivíduos com diagnóstico de PPST tem-se verificado em tarefas desenvolvidas em laboratórios onde se verifica a reduzida capacidade em recordar itens recentemente estudados em testes explícitos e uma tendência significativa em produzir falsas memórias (Brewin et al., 2007 citado por Baumann, et al., 2013). Apesar de serem mais evidentes os défices na evocação imediata e na memória verbal, a memória não-verbal também se manifesta perturbada (Arriaga, 2010; Bremner *et al.*, 1993, citado por Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006; Jelinek, Jacobsen, Kellner, Larbig, Biesold, Barre & Moritz, 2006). Para Pergher, Stein e Wainer (2004) tanto na população depressiva como na população com perturbação de pós-stress traumático existe um mecanismo de evitação de memórias dolorosas que resulta em processamentos mnemónicos generalizados a outros acontecimentos que não apresentam ameaça.

Apesar da vasta literatura demonstrar a resistência ao esquecimento de estímulos afetivos, existem ocasiões, nomeadamente com os eventos traumáticos, onde seria preferível esquecer (Bailey & Chapman, 2012). É importante esquecer a informação que já não é relevante é benéfico para que esta não interfira com a nova informação adquirida (Bailey & Chapman, 2012; Bjork, 1970, citado por Quinlan, Taylor & Fawcett, 2010; Cláudio, 1998).

Esquecimento Dirigido

O paradigma do esquecimento dirigido desenvolvido por Bjork, tem sido bastante utilizado em investigações acerca da perturbação de pós-stress traumático na medida em que permite explorar as alterações cognitivas inerentes à patologia como a capacidade de evocação de informação seletiva e esquecimento de informações irrelevantes bem como a capacidade de distinguir o material apresentado de itens semelhantes mas não apresentados (Bailey & Chapman, 2012; Baumann, M., Zwissler, B., Schalinski, I., Ruf-Leuschner, M., Schauer, M. & Kissler, J. 2013; Cláudio, 1994).

Os processos de esquecimento intencional são influenciados pela utilização de uma estratégia de aprendizagem ou de manutenção para codificar a informação a ser esquecida na memória de trabalho (Baddeley, 2001, 2003; Johnson, 2004). Segundo Johnson (1994) quando não se espera uma instrução de esquecimento a estratégia de aprendizagem é preferida, a informação é avaliada como válida e relevante e incorporada na memória. Quando

surge a instrução de esquecimento, o sujeito invoca processos de esquecimento sob aquela informação ou posterior evocação. Por outro lado, quando se espera uma instrução de recordação é a estratégia de codificação que é utilizada. Quando o item aparece são desenvolvidos mecanismos para manter a informação até à instrução de esquecimento ou recordação. Quando surge a instrução de recordação, procede-se a uma codificação mais elaborada e complexo, por sua vez, quando surge uma instrução de esquecimento, os sujeitos deixam de reunir esforços para a sua codificação (Johnson, 1994).

Nas tarefas de esquecimento dirigido são apresentados determinados itens seguidos de instrução de relembrar uns, e/ou esquecer outros. Posteriormente a memória é testada nas duas condições, de recordação e esquecimento. Normalmente os participantes reproduzem mais as palavras cuja instrução foi de recordar do que as palavras cuja instrução foi de esquecimento (Baumann, *et al.*, 2013; Geraerts e McNally, 2008). Contrariamente, as falsas memórias são produzidas mais facilmente na condição de esquecer do que na condição de relembrar (Baumann, *et al.*, 2013). Para relembrar uma nova informação é necessário que o indivíduo consiga esquecer a informação antiga e consiga que estas não interfiram uma com a outra. O paradigma do esquecimento dirigido atua precisamente no estudo acerca da capacidade de esquecer informação recente e reter a informação que é relevante (Baumann, *et al.*, 2013; Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006).

A literatura indica que o efeito do esquecimento dirigido é influenciado quer pelo estado de espírito de cada participante quer pela valência do material que deve ser esquecido. O estudo de Power, Dalgleish, Cláudio, Tata, Kentish, (2000), através de um método de lista, comparou sujeitos com perturbação de depressão major, perturbação de ansiedade e grupo de controlo com sujeitos saudáveis e evidenciou uma maior facilidade em recordar palavras positivas em indivíduos saudáveis contrariamente aos indivíduos depressivos que mostraram uma maior facilidade em recuperar adjetivos negativos cuja instrução foi de esquecimento.

Esquecimento Dirigido e PPST

Em indivíduos com PPST, notamos que uma das características principais é um défice na memória (McNally, 2003) possível de verificar tanto ao nível da evocação como da memória visual e verbal (Bremner *et al.*, 1993, citado por Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006) ou da memória explícita (Jenkins *et al.*, 1998, citado por Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006). Por outro lado, verifica-se um défice nos processos inibitórios traduzido por uma maior

dificuldade em selecionar informação relevante e suprimir a irrelevante ou que não se adequa à situação (Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006; Cláudio, 1994; Soriano & Bajo, 2007). Subjacente a estas diferenças ao nível dos processos inibitórios estão as diferenças na memória de trabalho que é determinada pela capacidade de controlar a atenção e evitar interferências cognitivas (Soriano & Bajo, 2007).

Brewin e Andrews (1998, citado por Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006) pretenderam estudar os processos de inibição no PPST e, através da tarefa de esquecimento dirigido, perceberam uma tendência para esquecer as palavras de valência negativa comparativamente às positivas. Isto mostra-nos a dificuldade destes indivíduos lidarem com informações de conotação negativa.

O estudo de Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand e Thomas (2006) evidenciou essa dificuldade de inibição destes indivíduos, através dos resultados de esquecimento dirigido inferiores, e os défices de memória explícita mostrando que os indivíduos com PPST relembram um menor número de palavras com instrução de recordar, bem como menos palavras no final da tarefa, comparativamente ao grupo de controlo. Por outro lado, o efeito de esquecimento dirigido com palavras traumáticas demonstrou que este défice nos processos de inibição depende da carga emocional da palavra. Estas palavras terão particular relevância, que não aquela das palavras neutras. O menor efeito de esquecimento dirigido em indivíduos com PPST pode estar relacionado com o défice na inibição de itens cuja instrução seria de esquecer (Cottencin, *et al.*, 2006).

Em indivíduos sexualmente abusados na infância é de notar a utilização de um estilo de codificação de evitação ou dissociativa o que, por um lado facilita a capacidade de libertação de eventos ameaçadores e, por outro lado, resulta numa pobre codificação de informação de valência negativa e, cuja instrução foi de esquecimento (Terr, 1994, citado por Baumann, *et al.*, 2013). A literatura tem vindo a demonstrar que os sobreviventes de abuso sexual com PTSD apresentam uma capacidade superior de atenção seletiva, para se libertar de sinais relacionados com o trauma e, esquecer acontecimentos que os perturbam. Assim, quando administrada a tarefa de esquecimento dirigido deverão recordar menos palavras traumáticas cuja instrução foi de lembrar relativamente a palavras positivas e neutras com a mesma instrução (Geraerts & McNally, 2008).

O estudo de Cloitre e colaboradores (1996, citado por Baumann, *et al.*, 2013) demonstrou uma maior capacidade de evocação de itens cuja instrução foi de recordar em

indivíduos com perturbações da personalidade borderline e histórias de abuso sexual na infância comparativamente aos indivíduos com perturbação de personalidade borderline e sem histórias de abuso sexual na infância.

Relativamente à codificação de evitamento em indivíduos sobreviventes de abusos sexuais na infância, McNally e seus colaboradores (2001) verificaram que aqueles que alegavam ter esquecido o abuso em si, devem esquecer mais as palavras relacionadas com trauma do que propriamente os participantes com memórias contínuas do abuso ou sem história de abuso na infância. Porém, Zoellner e colaboradores (2003 citado por Baumann, *et al.*, 2013) não encontraram diferenças significativas no número de itens ameaçadores/traumáticos evocados pelo grupo com PPST comparativamente ao de controlo ou evidências de processos evitação ou codificação intrusiva nas informações ameaçadoras/traumáticas no grupo com PPST.

Alguns estudos desenvolvidos com indivíduos que apresentavam perturbação aguda de stresse têm verificado que este grupo evoca menos palavras relacionadas com trauma, com a instrução de esquecimento, comparativamente aos participantes expostos a acontecimentos traumáticos sem o diagnóstico da perturbação (Moulds & Bryant, 2002, 2005, citado por Baumann, *et al.*, 2013). Relativamente ao impacto emocional do estímulo, os estudos indicam que nos indivíduos traumatizados o nível de esquecimento geral bem como o nível de esquecimento de informação de cariz emocional ou ameaçador, em particular, é muito superior (Baumann, *et al.*, 2013).

Zwissler e colaboradores (2012, citado por Baumann, *et al.*, 2013) encontraram relativamente ao estudo do esquecimento dirigido em vítimas da guerra civil no Uganda, um efeito de esquecimento dirigido apenas no grupo de indivíduos sem PPST enquanto Baumann, e colaboradores (2013) no estudo com imigrantes refugiados na Alemanha não encontraram diferenças entre os grupos.

Contrariamente ao evidenciado, McNally, Metzger, Lasko, Clancy e Pitman (1998, citado por Geraerts & McNally, 2008) através da administração do método de esquecimento dirigido por item em três grupos – mulheres com história de abuso e critérios de diagnóstico de PPST, mulheres abusadas sexualmente em criança, mulheres sem histórias de abuso ou PPST – evidenciou que o grupo de sobreviventes de abuso com PPST exibiu um défice na memória mas apenas para palavras positivas e neutras pois no que concerne às palavras relacionadas com trauma, estas foram recordadas, incluído aquelas cuja instrução foi de esquecer. Os

grupos recordaram mais frequentemente palavras com instrução de recordar independentemente do tipo de palavras. A literatura indica que indivíduos com PPST apresentam um déficit na capacidade de esquecimento, pelas lembranças intrusivas que produzem consistência no desempenho na tarefa de esquecimento dirigido. Assim, McNally, Clancy e Shacter (2001) estudaram o esquecimento dirigido de palavras relacionadas com trauma em dois grupos que seria expectável que demonstrassem uma capacidade superior para esquecer palavras relacionadas com trauma – mulheres que relataram experiências de abuso sexual na infância e mulheres que acreditavam ter memórias reprimidas de abuso sexual na infância (estados depressivos, ansiedade na relação com o sexo oposto). McNally, Clancy e Shacter (2001) demonstraram que nenhum grupo exibiu capacidade superior para evitar a codificação do material relacionado com o abuso. Os participantes com PPST recordaram muito bem as palavras relacionadas com o trauma e aqueles que relataram memórias reprimidas de abuso sexual não demonstraram desviâncias na capacidade de esquecimento dessas palavras. Independentemente da valência do material, palavras relacionadas com trauma, palavras neutras e palavras positivas, os sobreviventes obtiveram melhores resultados em evocar as palavras cuja instrução seria de recordar comparativamente aquelas cuja instrução seria de esquecimento (McNally, Clancy & Schacter, 2001).

O estudo de Brewin e Andrews (1998) observou uma tendência para esquecer mais palavras com valência negativa do que aquelas de valência positiva.

Segundo McNally, Clancy e Schacter (2001) as alterações cognitivas manifestadas pelos sobreviventes podem surgir de uma incapacidade de aceder às informações sobre o trauma e não de uma codificação dissociativa. O método da lista de esquecimento dirigido apresenta-se mais adequado para recolher dados sobre as dificuldades de acesso a informações com valência afetiva (Myers, Brewin, & Power, 1998, citado por McNally, Clancy & Schacter, 2001).

Para Zoellner, Foa e Sacks (2003) não se verificaram diferenças significativas entre os indivíduos com sintomatologia e aquele sem psicopatologia na medida em que os primeiros não recordaram mais palavras traumáticas do que os outros. Por outro lado, ao nível da evocação os indivíduos com PPST evocaram um menor número de palavras mas, na tarefa de reconhecimento o desempenho entre grupos não diferiu.

Parece ainda não estar claro o facto de os indivíduos recentemente expostos a um evento potencialmente traumático exibirem um esquecimento superior de palavras relacionadas com

o trauma enquanto aqueles com PPST parecem mostrar uma disfunção na capacidade de expulsar esse material (Geraerts & McNally, 2008). Quer isto dizer que este grupo exibe uma capacidade de inibição superior para a recordação de estímulos relacionados com o trauma com instrução de esquecimento bem como de reconhecimento deficitário nas palavras positivas com ambas as instruções (Moulds & Bryant, 2005 citado por Braumann, *et al.*, 2013).

Moulds and Bryant (2002, citado por Braumann, *et al.*, 2013) através do seu estudo de esquecimento dirigido com o método do item demonstrou que os sobreviventes apresentam bons resultados a esquecer o material perturbador. O estudo com sujeitos expostos a assaltos ou a acidentes de automóvel demonstrou que os sujeitos com Reação Aguda ao Stress recordam mais palavras relacionadas com trauma cuja instrução foi de esquecer comparativamente aos sujeitos sem a perturbação.

Porém, Devilly, Ciorciari, Piesse, Sherwell, Zammit, Cook e Turton (2007) não verificaram diferenças significativas entre o tipo de palavra (trauma vs. Neutra) e os níveis de dissociações peri-traumáticas (baixo ou alto) nem no número de palavras evocadas depois das instruções de esquecimento e recordação. A par destes resultados Devilly e colaboradores (2007) verificaram que indivíduos com grandes níveis dissociativos tendem a recordar menos palavras.

Anexo II - Características da Amostra

Estatísticas

Idade

N	Válido	40
	Ausente	0
Média		31,48
Mediana		30,50
Moda		23
Modelo padrão		9,774
Mínimo		19
Máximo		63
Percentis	25	23,25
	50	30,50
	75	36,75

Gênero

	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Masculino	27	67,5	67,5	67,5
Válido Feminino	13	32,5	32,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

~

Habilitações

	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Ensino Obrigatório	35	87,5	87,5	87,5
Válido Ensino Superior	5	12,5	12,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Sit_profissional

	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Empregado	30	75,0	75,0	75,0
Válido Desempregado	7	17,5	17,5	92,5
Válido Reformado	1	2,5	2,5	95,0
Válido Estudante	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Estatísticas

		Anos_CBV	Anos_TAT
N	Válido	39	40
	Ausente	1	0
Média		10,21	9,53
Mediana		8,00	7,00
Modelo padrão		7,494	7,243
Mínimo		2	2
Máximo		31	32
Soma		398	381
25		4,00	4,25
Percentis	50	8,00	7,00
	75	16,00	13,75

Profissão

		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido		10	25,0	25,0	25,0
	Administ	1	2,5	2,5	27,5
	Bombeiro	15	37,5	37,5	65,0
	Electrom	1	2,5	2,5	67,5
	Escritur	1	2,5	2,5	70,0
	Militar	1	2,5	2,5	72,5
	Motorist	1	2,5	2,5	75,0
	Nadador	1	2,5	2,5	77,5
	op.caixa	1	2,5	2,5	80,0
	Seguranc	1	2,5	2,5	82,5
	TAE	1	2,5	2,5	85,0
	TAS	5	12,5	12,5	97,5
	Transpor	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Anexo III – Questionário Sociodemográfico



Questionário Sócio Demográfico

Código de Participante (3ª Letra do seu apelido + Data de Nascimento): _____

Ex. José Almeida nascido a 23/06/85- M230685

1. Género: Masculino Feminino

2. Idade (em anos): _____

3. Habilitações Literárias

Ensino Obrigatório Ensino Superior

4. Situação Profissional:

Empregado (a) Profissão: _____

Desempregado (a)

Reformado (a)

5. É acompanhado em psicologia ou psiquiatria? Sim Não

Se respondeu sim, toma medicação psicofarmacológica? Sim Não

Se respondeu sim, especifique: _____

6. Pertence a alguma corporação de bombeiros? Sim Não

Se respondeu sim especifique o tempo de Funções (em anos): _____

7. Tempo de funções como Tripulante de Ambulância (em anos): _____

Avaliação da Valência Traumática de Palavras da Língua Portuguesa

Resumo:

Neste artigo é apresentada uma lista de 127 palavras que foram avaliadas relativamente à sua relação com trauma por uma amostra de indivíduos selecionados convencionalmente. As palavras foram indicadas pelos participantes segundo a sua relação com a palavra trauma e retiradas do estudo de Garcia-Marques (2003). Os resultados obtidos são demonstrados através de tabelas segundo a dimensão avaliada e as médias, desvios padrões e intervalos de confiança de 95% obtidos.

Palavras-chave: Palavras, Valência, Palavras traumáticas

Abstract:

In this article a set of 127 words was evaluated in perceived relationship to trauma, by a sample of individuals selected is conventionally. The set of words were given by the participants according to their relationship with the word trauma and taken from the study by Garcia-Marques (2003). The results are shown by ascendant order of the values of the referred dimensions. For each word is presented the respective mean, standard desviation and a 95% confidence interval.

Key-words: Words, Valence, Traumatic Words

A utilização de palavras como estímulos e instrumentos de avaliação é cada vez mais frequente na área da psicologia e especialmente no estudo da cognição humana (Leitão, Figueiredo & Almeida, 2010). Citando Garcia-Marques (2003) são inúmeros os investigadores que criam o seu próprio instrumento de estudo mas são raros, aqueles que procedem à sua publicação o que dificulta futuras investigações.

A elaboração de uma lista de palavras traumáticas surge no âmbito de uma dissertação de mestrado cujo objetivo seria a administração de uma tarefa de esquecimento dirigido, constituída por palavras positiva, negativas e traumáticas, em indivíduos com sintomatologia de Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST).

A manipulação da valência do material tem sido muito utilizada e os resultados apresentados muito pertinentes. Diversos estudos têm vindo a mostrar que indivíduos com perturbações depressivas evocam mais facilmente palavras com conotação negativa que palavras com valência positiva (Power, Dalgleish, Cláudio, Tata, Kentish, 2000). Em indivíduos com PPST as evidências empíricas variam entre uma maior capacidade de recordação de palavras com valência traumática e valência negativa comparativamente às de valência positiva ou neutra (Cottencin, Vaiva, Huron, Devos, Ducrocq, Jouvent, Goudemand & Thomas, 2006; McNally, Metzger, Lasko, Clancy e Pitman, 1998, citado por Geraerts & McNally, 2008) e uma valência mais deficitária em evocar palavras traumática (Geraerts & McNally, 2008; McNally, Clancy & Schacter 2001; Moulds & Bryant, 2002, 2005, citado por Baumann, *et al.*, 2013; Terr, 1994, citado por Baumann, *et al.*, 2013).

Método

Participantes

Participaram neste estudo, voluntariamente, cerca de 100 indivíduos escolhidos de forma convencional segundo a sua disponibilidade.

Material

A lista de palavras foi elaborada com base nas palavras apresentadas por Garcia-Marques (2003) tendo em conta a sua relação com a valência positiva e negativa. Deste estudo foram retiradas 20 palavras com maior valência positiva e maior valência negativa.

Procedimento

Os indivíduos envolvidos neste pré-teste foram contactados pessoalmente e solicitada a sua participação numa tarefa de criação de material experimental por forma a servir de base para a dissertação de mestrado em Psicocriminologia que pretendia investigar a temática da Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Inicialmente foi criada uma lista de 80 palavras por um grupo de cerca de 20 indivíduos a quem foi pedido que enunciassem o maior número de palavras que, em sua opinião, se

relacionavam com o conceito de “*trauma psicológico*”. Esta tarefa foi realizada sem tempo limite e demorou cerca de 5 minutos.

Reunidas as 80 palavras foi elaborado um questionário por forma a avaliar em que medida os sujeitos determinavam que aquelas palavras estariam relacionadas com a palavra “*trauma psicológico*” segundo uma escala de sete pontos onde um, representa o ponto de menos relacionado e, o sete, o ponto de muitíssimo relacionado. Participaram nesta fase 46 indivíduos e foram selecionadas 28 palavras segundo este critério.

Numa fase posterior, foram retiradas do estudo de Garcia-Marques (2003) 20 palavras com maior valência positiva e 40 palavras com maior valência negativa para ser avaliada a sua relação com a palavra trauma através da mesma escala de sete pontos. Nesta tarefa participaram cerca de 100 indivíduos.

Resultados

Para cada palavra é apresentada a avaliação da média, o respetivo desvio-padrão e limite inferior e superior do intervalo de confiança para um nível de confiança de 95%. As palavras são apresentadas por ordem crescente de valência.

Tabela 1.

Palavras organizadas por ordem crescente das avaliações médias de valência subjetiva

	Valência			
	Média	Intervalo de confiança 95%	Desvio-Padrão	
Fada	1,42	1,19	1,64	0,946
Joia	1,44	1,20	1,68	1,019
Borboleta	1,53	1,27	1,78	1,087
Harpa	1,56	1,32	1,79	1,005
Planta	1,60	1,28	1,91	1,339
Anjo	1,72	1,39	2,05	1,396
Leve	1,96	1,49	2,42	1,537
Arvore	1,97	1,60	2,34	1,574
Campo	2,00	1,64	2,36	1,538
Mosquito	2,01	1,67	2,36	1,458
Livro	2,06	1,70	2,41	1,509
Negócio	2,09	1,72	2,46	1,240
Viagem	2,16	1,69	2,62	1,551

Amigo	2,17	1,80	2,53	1,547
Oásis	2,17	1,76	2,57	1,720
Alívio	2,22	1,80	2,64	1,396
Roca	2,24	1,73	2,74	1,620
Túnel	2,24	1,76	2,72	1,598
Cavalo	2,24	1,86	2,61	1,588
Praia	2,26	1,83	2,70	1,861
Animal	2,36	1,85	2,86	1,667
Frontalidade	2,40	1,88	2,92	1,724
Embrião	2,42	2,03	2,80	1,651
Entulho	2,47	2,10	2,85	1,592
Idade	2,49	1,92	3,06	1,902
Arpão	2,50	1,91	3,09	1,877
Conhecer	2,56	2,03	3,08	1,752
Barco	2,56	2,07	3,04	1,603
Casa	2,58	2,15	3,02	1,844
Turbilhão	2,62	2,16	3,08	1,527
Fezes	2,63	2,21	3,04	1,756
Armadura	2,69	2,07	3,31	1,994
Fardo	2,74	2,20	3,28	1,726
Emoção	2,78	2,20	3,35	1,917
Verme	2,85	2,47	3,22	1,589
Bruxa	2,85	2,42	3,28	1,821
Abraço	2,87	2,18	3,56	2,292
Enxofre	2,90	2,47	3,34	1,855
Avião	2,91	2,32	3,50	1,964
Criança	3,06	2,55	3,56	2,135
Vampiro	3,08	2,61	3,55	1,998
Veneno	3,09	2,51	3,67	1,940
Vulcão	3,09	2,47	3,71	2,065
Altura	3,11	2,54	3,68	1,910
Apêndice	3,12	2,52	3,72	1,928
Soldado	3,14	2,54	3,74	1,920
Fantasma	3,21	2,60	3,83	1,970
Flecha	3,21	2,64	3,78	1,828
Escuridão	3,22	2,62	3,82	1,999
Cinza	3,28	2,85	3,71	1,833
Bactéria	3,31	2,67	3,95	2,006
Aranha	3,35	2,93	3,76	1,770
Masmorra	3,43	2,80	4,06	2,026
Tiroide	3,47	2,83	4,10	2,106
Ver	3,51	2,88	4,15	2,117
Beco	3,52	2,83	4,22	2,222
Rato	3,57	2,95	4,19	1,990
Intrusão	3,64	3,14	4,15	1,681
Divórcio	3,67	3,05	4,28	2,045
Suplício	3,73	3,21	4,26	1,750
Vassalo	3,74	3,29	4,18	1,899
Crocodilo	3,76	3,07	4,45	2,218
Maca	3,83	3,07	4,60	2,449

Faca	3,98	3,30	4,66	2,181
Prisão	4,00	3,41	4,59	1,954
Risco	4,04	3,50	4,59	1,821
Armadilha	4,10	3,70	4,49	1,688
Injúria	4,11	3,62	4,60	1,641
Choro	4,22	3,71	4,73	1,704
Ferida	4,24	3,82	4,65	1,772
Urgência	4,27	3,67	4,86	1,970
Discussão	4,27	3,73	4,80	1,789
Susto	4,29	3,79	4,79	1,674
Revolta	4,29	3,77	4,80	1,714
Perseguição	4,29	3,66	4,83	1,932
Sentimento	4,29	3,75	4,83	1,804
Angústia	4,29	3,81	4,77	1,604
Órfão	4,31	3,68	4,94	2,098
Passado	4,36	3,82	4,89	1,773
Emergência	4,38	3,81	4,95	1,898
Cair	4,42	3,87	4,98	1,840
Avalanche	4,42	3,99	4,84	1,806
Desespero	4,44	3,87	5,02	1,925
Túmulos	4,47	4,01	4,93	1,964
Triste	4,47	3,98	4,96	1,632
Armas	4,51	3,94	5,08	1,902
Doença	4,53	4,01	5,06	1,753
Despiste	4,56	4,04	5,07	1,700
Explosão	4,58	3,95	5,21	2,105
Fogo	4,64	4,03	5,26	2,036
Queimadura	4,71	4,19	5,23	1,727
Hospital	4,71	4,15	5,28	1,878
Assédio	4,76	4,25	5,26	1,681
Queimada	4,82	4,19	5,46	2,114
Droga	4,82	4,37	5,27	1,901
Força	4,86	4,37	5,35	2,078
Caixão	4,89	4,41	5,37	2,053
Agressão	4,91	4,41	5,41	1,663
Naufração	4,91	4,33	5,49	1,929
Choque	4,91	4,42	5,40	1,635
Abandono	4,93	4,35	5,51	1,935
Incêndio	4,96	4,42	5,49	1,770
Queda	4,96	5,45	5,46	1,678
Atropelamento	4,98	4,48	5,48	1,672
Roubo	5,00	4,50	5,50	1,665
Terror	5,02	4,45	5,60	1,913
Abuso	5,18	4,61	5,75	1,898
Perda	5,18	4,60	5,75	1,910
Assalto	5,18	4,68	5,68	1,655
Cadáver	5,22	4,78	5,66	1,878
Nazi	5,24	4,79	5,68	1,910
Afogamento	5,27	4,69	5,84	1,912
Cancro	5,27	4,68	5,85	1,947

Suicídio	5,27	4,68	5,85	1,947
Sismo	5,31	4,84	5,79	1,579
Violência	5,31	4,81	5,81	1,676
Medo	5,40	5,00	5,80	1,321
Dor	5,44	5,09	5,80	1,179
Assassinato	5,49	4,90	6,07	1,950
Bomba	5,51	5,12	5,91	1,678
Morte	5,58	5,02	6,14	1,865
Esfaqueamento	5,62	5,09	6,15	1,762
Acidente	5,64	5,29	6,00	1,190
Violação	5,73	5,12	6,35	2,038
Guerra	5,82	5,30	6,35	1,749
Tortura	6,27	5,84	6,69	1,405

Discussão

O presente pré-teste permitiu, a partir de uma lista de 80 palavras e a lista de Garcia-Marques (2003) identificar palavras que foram avaliadas como tendo uma conotação traumática.

Referências

- Baumann, M., Zwissler, B., Schalinski, I., Ruf-Leuschner, M., Schauer, M. & Kissler, J. (2013). Directed forgetting in post-traumatic-stress-disorder: a study of refugee immigrants in Germany. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7(94), 1-8. doi: 10.3389/fnbeh.2013.00094.
- Cottencin, O., Vaiva, G., Huron, C., Devos, P., Ducrocq, F., Jouvent, R., Goudemand, M. & Thomas, P. (2006). Directed Forgetting in PTSD: A comparative study versus normal controls. *Journal of Psychiatric Research*, 40, pp. 70-80. Retirado de www.elsevier.com/located/psychires.
- Garcia-Marques, T. (2003). Avaliação da familiaridade e valência de palavras concretas e abstractas em línguas portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 1(1), 21-44. ISPA: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, CRL.

- Geraerts, E. & McNally, R. J. (2008). Forgetting unwanted memories: Directed forgetting and thought suppression methods. *Acta Psychologica*, 127, 614-622. Retirado de http://clinicalcognitionlab.com/pdf/GeraertsMcNally_2008_ActaPsychol.pdf.
- Leitão, J.A.G., Figueira, A.P.C. & Almeida, A.C.F. (2010). Normas de imaginabilidade, familiaridade e idade de aquisição para 252 nomes comuns. *Laboratório de Psicologia*, 8(1), 101-119. ISPA: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, CRL.
- McNally, R. J., Clancy, S. A. & Schacter, D. L. (2001). Directed Forgetting of Trauma Cues in Adults Reporting Repressed or Recovered Memories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), pp. 151-156. doi 10.1037//0021-843X.110.151.
- Power, M. J., Dalgleish, T., Cláudio, V., Tata, P & Kentish, J. (2000). The directed forgetting task: application to emotionally valent material. *Journal of Affective Disorders*, 57, 147-157. Retirado de www.elsevier.com/locate/jad.

Anexo V – Carta de Apresentação

Exmo. Senhor Comandante

Venho por este meio solicitar autorização para proceder à recolha de dados necessária para a realização de um estudo conducente à minha dissertação de mestrado.

Eu, Cátia Micaela Pereira da Silva Garcia Alves, aluna do Instituto Superior de Ciências Sociais e da Vida (ISPA-IU) encontro-me neste momento a concluir o Mestrado em Psicocriminologia.

Neste seguimento, pretendo desenvolver um estudo com a temática da Perturbação de Stress Pós-Traumático nos profissionais de emergência pré-hospitalar com a orientação do Prof. Dr. Victor Cláudio e coorientação da Prof.^a Dra. Teresa Garcia-Marques, ambos docentes da faculdade acima citada.

Este meu estudo terá como unidades de análise bombeiros, com idade superior a 18 anos e com o posto mínimo de bombeiro de 3^a do quadro ativo. Assim, gostaria de solicitar autorização para proceder à recolha de dados necessários.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional sobre o estudo em causa.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade

Com os melhores cumprimentos

Cátia Alves

Anexo VI – Consentimento Informado



Carta de Consentimento Informado

A presente investigação surge no âmbito de uma Dissertação de Mestrado e pretende estudar temáticas relacionadas com os profissionais de emergência pré-hospitalar sob a orientação do Prof. Doutor Victor Cláudio e coorientação da Prof.^a Doutora Teresa Garcia-Marques, ambos docentes do ISPA - Instituto Universitário.

Para este efeito solícito que realize a tarefa apresentada e preencha um conjunto de questionários com a máxima veracidade possível pois para ambos não existem respostas certas. Na realização deste estudo o mais importante é apreender a sua opinião.

Todos os dados recolhidos durante a sessão são confidenciais e utilizados apenas para a realização desta investigação e divulgados em resultados gerais.

A participação neste estudo é de cariz voluntário podendo recusar a sua participação ou desistir da mesma a qualquer momento sem qualquer penalização.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional sobre o estudo em causa, através do seguinte e-mail silva.k8@gmail.com.

Agradeço desde já a sua colaboração

Declaro que tomei conhecimento do objetivo da investigação e dos procedimentos implícitos bem como esclarecido/a sobre todos os aspetos importantes não tendo assim qualquer dúvida. Fui ainda informado/a que a participação é voluntária e sei que tenho liberdade de recusa/desistência sem qualquer penalização.

Assim, aceito participar neste projeto

Data: ___/___/___

O/A Participante

Anexo VII – Estudo Psicométrico dos Instrumentos

Inventário de sintomas psicopatológicos (Brief Symptom Inventory – BSI)

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,973	,971	51

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_1_Ansied	1,42	1,079	36
item_2_Somat	,08	,368	36
item_3_Psicoti	,25	,604	36
item_4_Par	,47	,736	36
item_5_ObsessComp	1,14	1,046	36
item_6_Host	1,25	1,228	36
item_7_Somat	,25	,604	36
item_9_Dep	,03	,167	36
item_10_Par	1,28	1,186	36
item_11	,72	1,003	36
item_12_Ansied	,33	,632	36
item_13_Host	,47	,941	36
item_14_Psicoti	,72	1,210	36
item_15_ObsessComp	,25	,649	36
item_16_Dep	,67	1,069	36
item_17_Dep	,75	,874	36
item_18_Dep	,64	,867	36
item_19_Ansied	,14	,424	36
item_20_SensInterp	,53	,810	36
item_21_SensInterp	,92	1,025	36
item_22_SensInterp	,50	1,056	36
item_23_Somat	,08	,280	36
item_24_Par	,94	1,194	36
Item_25	,72	,974	36
item_26_ObsessComp	,83	1,000	36
item_27_ObsessComp	,75	,906	36
item_29_Somat	,28	,566	36
item_30_Somat	,14	,543	36
item_31_AnsFob	,22	,681	36
item_32_ObsessComp	,56	,877	36
item_33_Somat	,14	,487	36

item_34_Psicoti	,28	,566	36
item_35_Dep	,58	,874	36
item_36_ObsessComp	,94	,984	36
item_37_Somat	,28	,701	36
item_38_Ansied	,33	,632	36
item_39	,19	,624	36
item_40_Host	,67	,986	36
item_41_Host	,67	1,069	36
item_42_SensInterp	,53	,941	36
item_43_AnsFob	,31	,980	36
item_44_Psicoti	,56	1,054	36
item_45_Ansied	,14	,543	36
item_46_Host	,75	1,052	36
item_47_AnsFob	,14	,543	36
item_48_Par	1,28	1,210	36
item_49_Ansied	,28	,513	36
item_50_Dep	,50	1,028	36
item_51_Par	,86	1,150	36
item_52	,67	,862	36
item_53_Psicoti	,64	1,150	36

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_1_Ansied	26,64	798,352	,651	.	,972
item_2_Somat	27,97	829,856	,434	.	,973
item_3_Psicoti	27,81	826,161	,365	.	,973
item_4_Par	27,58	813,336	,603	.	,972
item_5_ObsessComp	26,92	809,621	,478	.	,973
item_6_Host	26,81	780,333	,836	.	,971
item_7_Somat	27,81	826,561	,354	.	,973
item_9_Dep	28,03	839,913	-,077	.	,973
item_10_Par	26,78	789,492	,725	.	,972
item_11	27,33	799,714	,678	.	,972
item_12_Ansied	27,72	818,549	,559	.	,972
item_13_Host	27,58	795,679	,803	.	,971
item_14_Psicoti	27,33	781,657	,829	.	,971
item_15_ObsessComp	27,81	815,761	,621	.	,972
item_16_Dep	27,39	793,787	,735	.	,972
item_17_Dep	27,31	812,561	,519	.	,972
item_18_Dep	27,42	805,907	,661	.	,972
item_19_Ansied	27,92	827,450	,474	.	,972
item_20_SensInterp	27,53	807,685	,670	.	,972

item_21_SensInterp	27,14	792,237	,796	.	,971
item_22_SensInterp	27,56	796,425	,699	.	,972
item_23_Somat	27,97	828,828	,638	.	,972
item_24_Par	27,11	784,044	,804	.	,971
Item_25	27,33	800,571	,683	.	,972
item_26_ObsessComp	27,22	793,206	,799	.	,971
item_27_ObsessComp	27,31	806,104	,627	.	,972
item_29_Somat	27,78	821,263	,543	.	,972
item_30_Somat	27,92	820,479	,593	.	,972
item_31_AnsFob	27,83	816,886	,561	.	,972
item_32_ObsessComp	27,50	798,429	,808	.	,971
item_33_Somat	27,92	832,079	,245	.	,973
item_34_Psicoti	27,78	815,092	,736	.	,972
item_35_Dep	27,47	818,713	,394	.	,973
item_36_ObsessComp	27,11	794,102	,796	.	,971
item_37_Somat	27,78	819,263	,484	.	,972
item_38_Ansied	27,72	819,635	,529	.	,972
item_39	27,86	822,637	,452	.	,972
item_40_Host	27,39	801,273	,662	.	,972
item_41_Host	27,39	792,759	,752	.	,972
item_42_SensInterp	27,53	799,799	,724	.	,972
item_43_AnsFob	27,75	796,821	,748	.	,972
item_44_Psicoti	27,50	792,543	,767	.	,972
item_45_Ansied	27,92	824,307	,468	.	,972
item_46_Host	27,31	799,590	,647	.	,972
item_47_AnsFob	27,92	824,936	,448	.	,972
item_48_Par	26,78	793,663	,647	.	,972
item_49_Ansied	27,78	821,492	,593	.	,972
item_50_Dep	27,56	787,683	,874	.	,971
item_51_Par	27,19	787,933	,773	.	,972
item_52	27,39	798,702	,816	.	,971
item_53_Psicoti	27,42	785,850	,807	.	,971

Estatísticas de escala

Média	Variância	Desvio padrão	N de itens
28,06	839,197	28,969	51

Dimensão Somatização

Statistics

	item_2	item_7					
	_Som	_Som	item_23	item_29	item_30	item_33	item_37
	at	at	_Somat	_Somat	_Somat	_Somat	_Somat

N	Valid	40	39	40	39	39	40	40
	Missing	0	1	0	1	1	0	0
Mean		,08	,23	,18	,26	,15	,13	,28
Median		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Mode		0	0	0	0	0	0	0
Std. Deviation		,350	,583	,675	,549	,540	,463	,679
Skewness		4,983	2,458	5,040	2,108	4,361	3,738	2,703
Std. Error of Skewness		,374	,378	,374	,378	,378	,374	,374
Kurtosis		25,614	4,886	27,779	3,708	21,114	13,173	7,193
Std. Error of Kurtosis		,733	,741	,733	,741	,741	,733	,733
Minimum		0	0	0	0	0	0	0
Maximum		2	2	4	2	3	2	3

Estadísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,708	,742	7

Estadísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_2_Somat	,08	,359	38
item_7_Somat	,24	,590	38
item_23_Somat	,08	,273	38
item_29_Somat	,26	,554	38
item_30_Somat	,16	,547	38
item_33_Somat	,13	,475	38
item_37_Somat	,26	,685	38

Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_2_Somat	1,13	4,009	,399	,828	,684
item_7_Somat	,97	3,540	,371	,541	,690
item_23_Somat	1,13	4,009	,573	,652	,668
item_29_Somat	,95	3,403	,490	,631	,655
item_30_Somat	1,05	3,457	,470	,867	,661

item_33_Somat	1,08	3,750	,400	,406	,680
item_37_Somat	,95	3,240	,406	,448	,688

Dimensão Obsessões – Compulsões

Statistics

		item_5_	item_15_	item_26_	item_27_	item_32_	item_36_
		Obsess	Obsess	ObsessCo	ObsessCo	ObsessCo	Obsess
		Comp	Comp	mp	mp	mp	Comp
N	Valid	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,13	,25	,80	,75	,50	,90
Median		1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00
Mode		0 ^a	0	0	0	0	0
Std. Deviation		1,017	,630	,966	,870	,847	,955
Skewness		,661	2,989	1,501	1,508	1,464	,951
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		,112	9,684	2,431	3,526	,903	,995
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		0	0	0	0	0	0
Maximum		4	3	4	4	3	4

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,855	,861	6

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_5_ObsessComp	1,13	1,017	40
item_15_ObsessComp	,25	,630	40
item_26_ObsessComp	,80	,966	40
item_27_ObsessComp	,75	,870	40
item_32_ObsessComp	,50	,847	40
item_36_ObsessComp	,90	,955	40

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_5_ObsessComp	3,20	11,651	,554	,440	,851
item_15_ObsessComp	4,08	13,199	,641	,470	,838
item_26_ObsessComp	3,53	11,743	,582	,495	,843
item_27_ObsessComp	3,58	11,687	,688	,606	,823
item_32_ObsessComp	3,83	12,046	,641	,604	,831
item_36_ObsessComp	3,43	10,558	,815	,699	,795

Dimensão Sensibilidade Interpessoal

Statistics

		item_20_SensIn terp	item_21_SensIn terp	item_22_SensIn terp	item_42_SensIn terp
N	Valid	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0
Mean		,50	,95	,45	,53
Median		,00	1,00	,00	,00
Mode		0	1	0	0
Std. Deviation		,784	1,037	1,011	,905
Skewness		1,510	1,267	2,725	2,212
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374
Kurtosis		1,612	1,207	7,093	5,444
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733
Minimum		0	0	0	0
Maximum		3	4	4	4

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,837	,835	4

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_20_SensInterp	,50	,784	40

item_21_SensInterp	,95	1,037	40
item_22_SensInterp	,45	1,011	40
item_42_SensInterp	,53	,905	40

Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_20_SensInterp	1,93	6,789	,508	,311	,855
item_21_SensInterp	1,48	5,281	,656	,454	,802
item_22_SensInterp	1,98	4,999	,765	,795	,747
item_42_SensInterp	1,90	5,426	,767	,786	,750

Dimensão Depressão

Statistics

		item_9_ Dep	item_16_ Dep	item_17_ Dep	item_18_ Dep	item_35_ Dep	item_50_ Dep
N	Valid	38	40	40	40	40	40
	Missing	2	0	0	0	0	0
Mean		,03	,65	,75	,63	,60	,55
Median		,00	,00	1,00	,00	,00	,00
Mode		0	0	1	0	0	0
Std. Deviation		,162	1,027	,840	,868	,871	1,061
Skewness		6,164	1,968	1,607	1,080	1,391	1,964
Std. Error of Skewness		,383	,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		38,000	4,015	4,381	-,048	1,172	2,926
Std. Error of Kurtosis		,750	,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		0	0	0	0	0	0
Maximum		1	4	4	3	3	4

Estadísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,830	,770	6

Estadísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_9_Dep	,03	,162	38
item_16_Dep	,66	1,047	38
item_17_Dep	,74	,860	38
item_18_Dep	,61	,855	38
item_35_Dep	,58	,858	38
item_50_Dep	,50	1,007	38

Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_9_Dep	3,08	14,183	-,092	,075	,869
item_16_Dep	2,45	8,308	,778	,711	,761
item_17_Dep	2,37	9,482	,732	,643	,775
item_18_Dep	2,50	9,608	,708	,623	,780
item_35_Dep	2,53	10,094	,599	,479	,803
item_50_Dep	2,61	9,056	,665	,564	,790

Dimensão Ansiedade

Statistics

		item_1_ Ansied	item_12 _Ansied	item_19_ Ansied	item_38_ Ansied	item_45 _Ansied	item_49 _Ansied
N	Valid	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,43	,30	,13	,35	,13	,30
Median		2,00	,00	,00	,00	,00	,00
Mode		2	0	0	0	0	0
Std. Deviation		1,083	,608	,404	,622	,516	,516
Skewness		-,052	1,920	3,484	1,617	4,924	1,482

Std. Error of Skewness	,374	,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis	-1,287	2,623	12,568	1,563	26,127	1,376
Std. Error of Kurtosis	,733	,733	,733	,733	,733	,733
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	3	2	2	2	3	2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,715	,732	6

Inter-Item Correlation Matrix

	item_1_Ansied	item_12_Ansied	item_19_Ansied	item_38_Ansied	item_45_Ansied	item_49_Ansied
item_1_Ansied	1,000	,464	,461	,458	,224	,270
item_12_Ansied	,464	1,000	,261	,461	,532	,033
item_19_Ansied	,461	,261	1,000	,433	,046	,184
item_38_Ansied	,458	,461	,433	1,000	,499	,223
item_45_Ansied	,224	,532	,046	,499	1,000	,144
item_49_Ansied	,270	,033	,184	,223	,144	1,000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item_1_Ansied	1,20	3,138	,569	,398	,671
item_12_Ansied	2,33	4,687	,548	,440	,648
item_19_Ansied	2,50	5,487	,447	,319	,689
item_38_Ansied	2,28	4,461	,627	,460	,623
item_45_Ansied	2,50	5,231	,424	,424	,686
item_49_Ansied	2,33	5,610	,254	,123	,724

Dimensão Hostilidade

Statistics

		item_6_ Host	item_13 _Host	item_40_ Host	item_41_ Host	item_46_ Host
N	Valid	39	40	40	40	40
	Missing	1	0	0	0	0
Mean		1,26	,55	,65	,70	,80
Median		1,00	,00	,00	,00	,50
Mode		1	0	0	0	0
Std. Deviation		1,186	1,011	,975	1,067	1,067
Skewness		,769	1,969	1,474	1,445	1,488
Std. Error of Skewness		,378	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		-,270	3,321	1,153	1,318	1,574
Std. Error of Kurtosis		,741	,733	,733	,733	,733
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		4	4	3	4	4

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,884	,886	5

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_6_Host	1,26	1,186	39
item_13_Host	,49	,942	39
item_40_Host	,67	,982	39
item_41_Host	,67	1,060	39
item_46_Host	,79	1,080	39

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_6_Host	2,62	11,874	,695	,548	,868
item_13_Host	3,38	13,611	,641	,456	,877

item_40_Host	3,21	12,536	,784	,749	,846
item_41_Host	3,21	12,062	,784	,719	,844
item_46_Host	3,08	12,336	,719	,580	,860

Dimensão Ansiedade Fóbica

Statistics

		item_8_	item_28_	item_31_	item_43_	item_47_
		AnsFob	AnsFob	AnsFob	AnsFob	AnsFob
N	Valid	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		,00	,00	,20	,28	,13
Median		,00	,00	,00	,00	,00
Mode		0	0	0	0	0
Std. Deviation		,000	,000	,648	,933	,516
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		0	0	3	4	3
Skewness				3,349	3,590	4,924
Kurtosis				10,781	12,298	26,127

Avisos

Cada uma das seguintes variáveis de componente possui variância zero e é removida da escala: item_8_AnsFob, item_28_AnsFob

Resumo do processamento de caso

		N	%
Válido		40	100,0
Casos Excluídos ^a		0	,0
Total		40	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estadísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_31_AnsFob	,20	,648	40
item_43_AnsFob	,28	,933	40
item_47_AnsFob	,13	,516	40

Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_31_AnsFob	,40	1,272	,694	,494	,212
item_43_AnsFob	,33	,892	,536	,453	,460
item_47_AnsFob	,48	2,102	,227	,102	,771

Escala Ideação Paranoide

Statistics

		item_4_ Par	item_10 _Par	item_24 _Par	item_48 _Par	item_51_ Par
N	Valid	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		,50	1,30	,95	1,38	,85
Median		,00	1,00	1,00	1,00	,00
Mode		0	1	0	0	0
Std. Deviation		,751	1,181	1,197	1,314	1,167
Skewness		1,529	,655	1,422	,679	1,224
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		2,065	-,412	1,315	-,583	,337
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		3	4	4	4	4

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,857	,856	5

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_4_Par	,50	,751	40
item_10_Par	1,30	1,181	40
item_24_Par	,95	1,197	40
item_48_Par	1,38	1,314	40

item_51_Par	,85	1,167	40
-------------	-----	-------	----

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_4_Par	4,48	17,128	,474	,237	,873
item_10_Par	3,68	13,661	,640	,484	,837
item_24_Par	4,03	12,281	,825	,697	,785
item_48_Par	3,60	12,605	,676	,517	,830
item_51_Par	4,13	12,728	,787	,629	,797

Dimensão Psicoticismo

Statistics

		item_3_Psicoti	item_14_Psicoti	item_34_Psicoti	item_44_Psicoti	item_53_Psicoti
N	Valid	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		,28	,73	,33	,58	,63
Median		,00	,00	,00	,00	,00
Mode		0	0	0	0	0
Std. Deviation		,640	1,176	,616	1,083	1,102
Skewness		2,779	1,763	1,762	2,089	1,903
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		8,490	2,458	2,048	3,820	3,035
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		3	4	2	4	4

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,829	,833	5

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
--	-------	---------------	---

item_3_Psicoti	,28	,640	40
item_14_Psicoti	,73	1,176	40
item_34_Psicoti	,33	,616	40
item_44_Psicoti	,58	1,083	40
item_53_Psicoti	,63	1,102	40

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_3_Psicoti	2,25	11,679	,331	,436	,859
item_14_Psicoti	1,80	7,446	,733	,764	,764
item_34_Psicoti	2,20	10,523	,660	,617	,803
item_44_Psicoti	1,95	7,741	,767	,646	,750
item_53_Psicoti	1,90	7,785	,738	,705	,760

Nova escala multidimensional da depressão (NMADS)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,972	,972	52

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
it1	1,87	,704	38
IT2	1,74	,795	38
IT3	1,84	,754	38
IT4	1,58	,793	38
IT5	1,66	,781	38
IT6	1,55	,795	38
IT7	1,42	,599	38
IT8	1,95	,899	38
IT9	1,66	,781	38
IT10	1,87	,875	38
IT11	1,45	,950	38

IT12	1,84	,886	38
IT13	1,61	,823	38
IT14	1,61	,823	38
IT15	1,53	,797	38
IT16	1,55	,795	38
IT17	1,42	,758	38
IT18	1,71	,956	38
IT19	1,47	,797	38
IT20	1,37	,633	38
IT21	1,32	,775	38
IT22	1,29	,694	38
IT23	1,03	,162	38
IT24	1,42	,683	38
IT25	1,66	,847	38
IT26	1,58	,919	38
IT27	1,50	,797	38
IT28	1,34	,745	38
IT29	1,37	,541	38
IT30	1,97	1,127	38
IT31	1,63	,970	38
IT32	1,50	,762	38
IT33	1,58	,722	38
IT34	1,47	,830	38
IT35	1,34	,534	38
IT36	1,32	,620	38
IT37	1,37	,489	38
IT38	1,39	,679	38
IT39	1,29	,515	38
IT40	1,29	,611	38
IT41	1,47	,762	38
IT42	1,42	,826	38
IT43	1,68	,933	38
IT44	1,45	,795	38
IT45	1,32	,620	38
IT46	2,32	1,254	38
IT47	1,50	,830	38
IT48	1,74	1,032	38
IT49	1,74	1,155	38
IT50	1,32	,702	38
IT51	1,63	,998	38
IT52	1,13	,343	38

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
it1	78,18	688,479	,532	.	,972
IT2	78,32	681,087	,649	.	,972
IT3	78,21	682,171	,657	.	,972
IT4	78,47	678,202	,722	.	,971
IT5	78,39	679,597	,699	.	,971
IT6	78,50	671,932	,875	.	,971
IT7	78,63	692,888	,489	.	,972
IT8	78,11	670,962	,792	.	,971
IT9	78,39	688,732	,471	.	,972
IT10	78,18	678,803	,638	.	,972
IT11	78,61	674,137	,681	.	,971
IT12	78,21	674,441	,726	.	,971
IT13	78,45	682,957	,581	.	,972
IT14	78,45	674,849	,774	.	,971
IT15	78,53	677,283	,741	.	,971
IT16	78,50	683,176	,598	.	,972
IT17	78,63	686,185	,551	.	,972
IT18	78,34	671,691	,727	.	,971
IT19	78,58	676,467	,761	.	,971
IT20	78,68	691,303	,509	.	,972
IT21	78,74	689,550	,455	.	,972
IT22	78,76	694,294	,379	.	,972
IT23	79,03	707,594	,119	.	,972
IT24	78,63	683,266	,698	.	,971
IT25	78,39	673,218	,790	.	,971
IT26	78,47	678,797	,606	.	,972
IT27	78,55	678,957	,700	.	,971
IT28	78,71	686,698	,548	.	,972
IT29	78,68	695,195	,461	.	,972
IT30	78,08	676,507	,527	.	,972
IT31	78,42	674,791	,653	.	,972
IT32	78,55	683,713	,611	.	,972
IT33	78,47	676,797	,834	.	,971
IT34	78,58	671,818	,840	.	,971
IT35	78,71	695,563	,454	.	,972
IT36	78,74	700,091	,249	.	,972
IT37	78,68	692,384	,623	.	,972
IT38	78,66	679,583	,807	.	,971
IT39	78,76	691,105	,638	.	,972

IT40	78,76	684,132	,755	.	,971
IT41	78,58	677,277	,776	.	,971
IT42	78,63	678,401	,687	.	,971
IT43	78,37	679,428	,583	.	,972
IT44	78,61	678,408	,715	.	,971
IT45	78,74	693,334	,457	.	,972
IT46	77,74	664,469	,659	.	,972
IT47	78,55	683,335	,567	.	,972
IT48	78,32	672,762	,651	.	,972
IT49	78,32	663,141	,742	.	,971
IT50	78,74	678,469	,812	.	,971
IT51	78,42	674,845	,633	.	,972
IT52	78,92	702,021	,358	.	,972

Dimensão Emocional

Statistics

		it1	IT2	IT3	IT4	IT5	IT6	IT7	IT8	IT9	IT10	IT11	IT12
N	Valid	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,88	1,75	1,85	1,58	1,68	1,58	1,40	1,93	1,65	1,88	1,45	1,83
Median		2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,50	2,00	1,00	2,00
Mode		2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2
Std. Deviation		,686	,776	,736	,781	,764	,781	,591	,888	,770	,853	,932	,874
Skewness		,665	1,169	,653	1,269	1,003	2,290	1,195	1,076	1,064	1,032	2,551	1,329
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		1,235	1,803	,526	1,099	,760	8,390	,525	2,055	,811	,946	6,465	2,937
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	5	3	5	4	4	5	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,919	,919	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
it1	1,88	,686	40
IT2	1,75	,776	40
IT3	1,85	,736	40
IT4	1,58	,781	40
IT5	1,68	,764	40
IT6	1,58	,781	40
IT7	1,40	,591	40
IT8	1,93	,888	40
IT9	1,65	,770	40
IT10	1,88	,853	40
IT11	1,45	,932	40
IT12	1,83	,874	40

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
it1	18,55	41,844	,588	,748	,915
IT2	18,67	39,610	,749	,754	,908
IT3	18,57	40,251	,722	,857	,910
IT4	18,85	39,977	,704	,778	,910
IT5	18,75	40,038	,715	,725	,910
IT6	18,85	39,515	,755	,758	,908
IT7	19,03	43,563	,464	,626	,919
IT8	18,50	37,949	,804	,765	,905
IT9	18,78	41,820	,514	,569	,918
IT10	18,55	39,536	,678	,639	,911
IT11	18,97	39,512	,610	,718	,915
IT12	18,60	39,221	,690	,706	,911

Dimensão Cognitiva

Statistics

	IT13	IT14	IT15	IT16	IT17	IT18	IT19	IT20
--	------	------	------	------	------	------	------	------

N	Valid	40	40	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,60	1,60	1,50	1,55	1,43	1,70	1,50	1,38
Median		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mode		1	1	1	1	1	1	1	1
Std. Deviation		,810	,810	,784	,783	,747	,939	,784	,628
Skewness		1,48	1,48	2,51	1,34	2,21	1,63	2,51	1,48
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		2,11	2,11	9,19	1,24	5,39	3,02	9,19	1,15
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	5	4	4	5	5	3

Statistics

		IT21	IT22	IT23	IT24	IT49	IT50	IT51	IT52
N	Valid	40	39	40	39	40	40	40	40
	Missing	0	1	0	1	0	0	0	0
Mean		1,33	1,28	1,03	1,44	1,73	1,33	1,63	1,13
Median		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mode		1	1	1	1	1	1	1	1
Std. Deviation		,764	,686	,158	,680	1,132	,694	,979	,335
Skewness		3,352	2,659	6,325	1,829	1,694	2,369	1,875	2,357
Std. Error of Skewness		,374	,378	,374	,378	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		13,60	6,926	40,000	4,131	2,187	5,599	3,411	3,741
Std. Error of Kurtosis		,733	,741	,733	,741	,733	,733	,733	,733
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		5	4	2	4	5	4	5	2

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,902	,895	16

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N

item_13_cogn	,61	,823	38
item_14_cogn	,63	,852	38
item_15_cogn	,53	,797	38
item_16_cogn	,55	,795	38
item_17_cogn	,42	,758	38
item_18_cogn	,71	,956	38
item_20_cogn	,37	,633	38
item_19_cogn	,45	,795	38
item_21_cogn	,32	,775	38
item_22_cogn	,29	,694	38
item_23_cogn	,03	,162	38
item_24_cogn	,42	,683	38
item_49_cogn	,74	1,155	38
item_50_cogn	,32	,702	38
item_51_cogn	,63	,998	38
item_52_cogn	,13	,343	38

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_13_cogn	6,53	55,391	,551	,830	,897
item_14_cogn	6,50	52,149	,809	,886	,887
item_15_cogn	6,61	53,813	,716	,884	,891
item_16_cogn	6,58	55,223	,589	,688	,895
item_17_cogn	6,71	55,725	,576	,819	,896
item_18_cogn	6,42	51,548	,755	,774	,889
item_20_cogn	6,76	57,699	,491	,781	,899
item_19_cogn	6,68	53,898	,710	,898	,891
item_21_cogn	6,82	57,884	,368	,881	,903
item_22_cogn	6,84	59,488	,266	,764	,905
item_23_cogn	7,11	62,583	,082	,662	,906
item_24_cogn	6,71	55,563	,667	,791	,893
item_49_cogn	6,39	50,299	,683	,725	,893
item_50_cogn	6,82	54,262	,780	,859	,889
item_51_cogn	6,50	52,743	,627	,738	,894
item_52_cogn	7,00	60,919	,334	,701	,903

Dimensão Somática

Statistics

		IT25	IT26	IT27	IT28	IT29	IT30	IT31	IT32	IT33	IT34	IT35	IT36
N	Valid	40	39	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,68	1,59	1,50	1,33	1,38	1,98	1,63	1,53	1,58	1,48	1,38	1,33
Median		2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mode		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Std. Deviation		,829	,910	,784	,730	,540	1,097	,952	,784	,712	,816	,540	,616
Skewness		1,826	2,042	2,516	2,733	1,044	1,032	1,778	1,425	,844	2,468	1,044	1,762
Std. Error of Skewness		,374	,378	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		5,360	4,856	9,194	7,738	,084	,298	3,288	1,413	-,518	8,039	,084	2,048
Std. Error of Kurtosis		,733	,741	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	4	3	5	5	4	3	5	3	3

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,899	,902	12

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_25_som	,64	,843	39
item_26_som	,62	,907	39
item_27_som	,51	,790	39
item_28_som	,33	,737	39
item_29_som	,36	,537	39
item_30_som	,92	1,061	39
item_31_som	,72	1,025	39
item_32_som	,51	,790	39
item_33_som	,62	,711	39
item_34_som	,49	,823	39
item_35_som	,33	,530	39
item_36_som	,36	,628	39

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_25_som	5,77	34,393	,856	,861	,878
item_26_som	5,79	35,588	,661	,753	,889
item_27_som	5,90	35,989	,733	,823	,885
item_28_som	6,08	37,494	,612	,566	,892
item_29_som	6,05	39,471	,563	,612	,895
item_30_som	5,49	35,467	,552	,593	,898
item_31_som	5,69	34,798	,638	,598	,891
item_32_som	5,90	38,200	,485	,755	,898
item_33_som	5,79	36,536	,758	,791	,885
item_34_som	5,92	34,494	,868	,816	,878
item_35_som	6,08	40,073	,479	,745	,898
item_36_som	6,05	40,787	,297	,464	,904

Dimensão Sensibilidade Interpessoal

		Statistics											
		IT37	IT38	IT39	IT40	IT41	IT42	IT43	IT44	IT45	IT46	IT47	IT48
N	Valid	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,40	1,40	1,33	1,30	1,48	1,43	1,70	1,45	1,33	2,28	1,50	1,75
Median		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
Mode		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1 ^a	1	1
Std. Deviation		,496	,672	,526	,608	,751	,813	,911	,783	,616	1,240	,816	1,006
Skewness		,424	1,453	1,324	1,920	1,621	2,666	1,292	2,706	2,456	,802	1,785	1,489
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		-1,919	,862	,856	2,623	2,309	8,912	,987	10,035	7,925	-,246	2,845	1,982
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		2	3	3	3	4	5	4	5	4	5	4	5

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,910	,917	12

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_37_inter	,40	,496	40
item_38_inter	,40	,672	40
item_39_inter	,33	,572	40
item_40_inter	,35	,622	40
item_41_inter	,45	,749	40
item_42_inter	,43	,813	40
item_43_inter	,70	,911	40
item_44_inter	,48	,784	40
item_45_inter	,30	,608	40
item_46_inter	1,33	1,228	40
item_47_inter	,45	,783	40
item_48_inter	,75	1,006	40

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_37_inter	5,95	42,510	,466	,543	,910
item_38_inter	5,95	38,510	,817	,848	,896
item_39_inter	6,03	40,846	,629	,716	,905
item_40_inter	6,00	39,487	,754	,797	,900
item_41_inter	5,90	38,092	,770	,744	,897
item_42_inter	5,93	38,379	,668	,717	,902
item_43_inter	5,65	37,310	,685	,669	,901
item_44_inter	5,88	39,548	,569	,612	,906
item_45_inter	6,05	41,895	,446	,595	,911
item_46_inter	5,03	34,384	,686	,699	,906
item_47_inter	5,90	38,400	,697	,773	,900
item_48_inter	5,60	35,938	,731	,827	,899

Checklist de PTSD – versão civis (PCL-C)

Critério B

		Statistics				
		It1	It2	It3	It4	It5
N	Valid	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,53	1,78	1,83	2,13	1,93
Median		2,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Mode		2	1	1	2	1
Std. Deviation		1,062	1,000	1,130	1,042	1,269
Skewness		,540	1,290	1,261	,882	1,178
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		-,118	1,428	,591	,314	,121
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5	5

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,864	,864	5

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
It1	7,68	14,481	,526	,460	,873
It2	8,43	13,943	,658	,575	,843
It3	8,38	12,497	,762	,699	,816
It4	8,08	13,199	,735	,662	,824
It5	8,25	11,577	,762	,676	,816

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
It1	2,53	1,062	40
It2	1,78	1,000	40
It3	1,83	1,130	40
It4	2,13	1,042	40
It5	1,95	1,280	40

Critério C

Statistics

		It7	It8	It9	It10	It11
N	Valid	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1,75	1,53	1,25	1,50	1,50
Median		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mode		1	1	1	1	1
Std. Deviation		1,149	,784	,670	,961	,751
Skewness		1,587	2,433	2,896	2,283	1,529
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		1,759	8,868	8,197	5,021	2,065
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		5	5	4	5	4

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,685	,703	6

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
It7	1,75	1,149	40
It8	1,53	,784	40
It9	1,25	,670	40
It10	1,50	,961	40
It11	1,48	,751	40
It12	1,33	,730	40

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
It7	7,08	6,738	,367	,314	,678
It8	7,30	8,010	,366	,322	,659
It9	7,58	8,148	,432	,264	,643
It10	7,33	7,148	,424	,310	,641

It11	7,35	7,515	,528	,362	,611
It12	7,50	7,846	,458	,397	,633

Critério D

Statistics

		It12	It13	It14	It15	It16	It17
N	Valid	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,33	1,60	1,68	1,70	2,48	1,90
Median		1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,50
Mode		1	1	1	1	2	1
Std. Deviation		,730	1,008	1,023	,939	1,261	1,172
Skewness		2,317	1,849	2,074	1,630	,706	1,309
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		4,766	2,994	4,456	3,026	-,480	,904
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		1	1	1	1	1	1
Maximum		4	5	5	5	5	5

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,836	,843	5

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
It13	1,60	1,008	40
It14	1,68	1,023	40
It15	1,70	,939	40
It16	2,48	1,261	40
It17	1,90	1,172	40

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído

It13	7,75	12,141	,665	,642	,796
It14	7,68	11,353	,787	,669	,762
It15	7,65	13,003	,581	,473	,818
It16	6,88	11,548	,547	,440	,835
It17	7,45	11,331	,648	,519	,800

Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP).

Statistics

		item_1	item_2	item_3	item_4	item_5	item_6	item_7	item_8	item_9	item_10
N	Valid	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,20	,83	,88	1,33	,93	,78	,80	1,08	1,18	,68
Median		1,00	,00	1,00	1,00	,50	,00	,00	1,00	1,00	,00
Mode		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Std. Deviation		1,265	1,035	,992	1,347	1,118	1,230	1,159	1,141	1,299	1,141
Skewness		,883	1,099	1,091	,758	,849	1,499	1,244	,828	,841	1,778
Std. Error of Skewness		,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374	,374
Kurtosis		-,208	,688	1,052	-,625	-,711	1,044	,379	-,288	-,395	2,359
Std. Error of Kurtosis		,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733	,733
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum		4	4	4	4	3	4	4	4	4	4

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,872	,879	10

Estatísticas de item

	Média	Desvio padrão	N
item_1	1,20	1,265	40
item_2	,83	1,035	40
item_3	1,08	1,623	40
item_4	1,33	1,347	40

item_5	,93	1,118	40
item_6	,78	1,230	40
item_7	,80	1,159	40
item_8	1,08	1,141	40
item_9	1,18	1,299	40
item_10	,68	1,141	40

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
item_1	8,65	57,413	,682	,650	,852
item_2	9,03	63,769	,438	,510	,870
item_3	8,78	60,333	,361	,248	,885
item_4	8,53	58,358	,578	,650	,861
item_5	8,93	58,789	,702	,661	,852
item_6	9,08	57,917	,676	,856	,853
item_7	9,05	59,690	,617	,830	,858
item_8	8,78	58,230	,721	,712	,850
item_9	8,68	57,353	,663	,755	,854
item_10	9,18	60,302	,591	,566	,860

Anexo VIII – Teste das Hipóteses

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

Tipo_de_lista	Tipo_palavra	Dependent Variable
1	1	Hits_Pos_1
	2	Hits_Neg_1
	3	Hits_Trauma_1
2	1	Hits_Pos_2
	2	Hits_Neg_2
	3	Hits_Trauma_2

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
PTSD 1	Sim	13
	Não	11
	Ambiguo	16

Descriptive Statistics

	PTSD	Mean	Std. Deviation	N
Hits_Pos_1	Sim	,92	,954	13
	Não	1,64	1,629	11
	Ambiguo	1,56	1,548	16
	Total	1,38	1,409	40
Hits_Neg_1	Sim	,38	,650	13
	Não	,55	,688	11
	Ambiguo	,56	,629	16
	Total	,50	,641	40
Hits_Trauma_1	Sim	1,00	,913	13
	Não	,55	,688	11
	Ambiguo	1,13	1,204	16
	Total	,93	,997	40
Hits_Pos_2	Sim	,92	,641	13
	Não	,36	,674	11
	Ambiguo	1,00	,966	16
	Total	,80	,823	40

Hits_Neg_2	Sim	,46	,660	13
	Não	,55	,522	11
	Ambiguo	,94	,680	16
	Total	,68	,656	40
Hits_Trauma_2	Sim	2,31	,751	13
	Não	1,45	,934	11
	Ambiguo	2,25	1,183	16
	Total	2,05	1,037	40

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Tipo_de_lista	Pillai's Trace	,059	2,31 1 ^b	1,000	37,000	,137	,059	2,311	,316
	Wilks' Lambda	,941	2,31 1 ^b	1,000	37,000	,137	,059	2,311	,316
	Hotelling's Trace	,062	2,31 1 ^b	1,000	37,000	,137	,059	2,311	,316
	Roy's Largest Root	,062	2,31 1 ^b	1,000	37,000	,137	,059	2,311	,316
Tipo_de_lista * PTSD	Pillai's Trace	,068	1,34 7 ^b	2,000	37,000	,272	,068	2,695	,272
	Wilks' Lambda	,932	1,34 7 ^b	2,000	37,000	,272	,068	2,695	,272
	Hotelling's Trace	,073	1,34 7 ^b	2,000	37,000	,272	,068	2,695	,272
	Roy's Largest Root	,073	1,34 7 ^b	2,000	37,000	,272	,068	2,695	,272
Tipo_palavra	Pillai's Trace	,572	24,0 15 ^b	2,000	36,000	,000	,572	48,03 0	1,00 0
	Wilks' Lambda	,428	24,0 15 ^b	2,000	36,000	,000	,572	48,03 0	1,00 0
	Hotelling's Trace	1,33 4	24,0 15 ^b	2,000	36,000	,000	,572	48,03 0	1,00 0
	Roy's Largest Root	1,33 4	24,0 15 ^b	2,000	36,000	,000	,572	48,03 0	1,00 0
Tipo_palavra * PTSD	Pillai's Trace	,124	1,22 7	4,000	74,000	,307	,062	4,908	,366

	Wilks' Lambda	,876	1,23 5 ^b	4,000	72,000	,304	,064	4,941	,368
	Hotelling's Trace	,142	1,24 1	4,000	70,000	,302	,066	4,964	,369
	Roy's Largest Root	,141	2,60 8 ^c	2,000	37,000	,087	,124	5,217	,487
Tipo_de_lista * Tipo_palavra	Pillai's Trace	,436	13,8 96 ^b	2,000	36,000	,000	,436	27,79 2	,997
	Wilks' Lambda	,564	13,8 96 ^b	2,000	36,000	,000	,436	27,79 2	,997
	Hotelling's Trace	,772	13,8 96 ^b	2,000	36,000	,000	,436	27,79 2	,997
	Roy's Largest Root	,772	13,8 96 ^b	2,000	36,000	,000	,436	27,79 2	,997
Tipo_de_lista * Tipo_palavra * PTSD	Pillai's Trace	,083	,796	4,000	74,000	,532	,041	3,184	,243
	Wilks' Lambda	,918	,787 b	4,000	72,000	,537	,042	3,147	,240
	Hotelling's Trace	,089	,777	4,000	70,000	,544	,043	3,108	,237
	Roy's Largest Root	,082	1,52 1 ^c	2,000	37,000	,232	,076	3,042	,303

a. Design: Intercept + PTSD

Within Subjects Design: Tipo_de_lista + Tipo_palavra + Tipo_de_lista * Tipo_palavra

b. Exact statistic

c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

d. Computed using alpha = ,05

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Tipo_de_lista	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000
Tipo_palavra	,864	5,275	2	,072	,880	,971	,500
Tipo_de_lista * Tipo_palavra	,824	6,967	2	,031	,850	,935	,500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + PTSD

Within Subjects Design: Tipo_de_lista + Tipo_palavra + Tipo_de_lista * Tipo_palavra

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Tipo_de_lista	Sphericity Assumed	2,775	1	2,775	2,311	,137	2,311	,316
	Greenhouse-Geisser	2,775	1,000	2,775	2,311	,137	2,311	,316
	Huynh-Feldt	2,775	1,000	2,775	2,311	,137	2,311	,316
	Lower-bound	2,775	1,000	2,775	2,311	,137	2,311	,316
Tipo_de_lista * PTSD	Sphericity Assumed	3,236	2	1,618	1,347	,272	2,695	,272
	Greenhouse-Geisser	3,236	2,000	1,618	1,347	,272	2,695	,272
	Huynh-Feldt	3,236	2,000	1,618	1,347	,272	2,695	,272
	Lower-bound	3,236	2,000	1,618	1,347	,272	2,695	,272
Error(Tipo_de_lista)	Sphericity Assumed	44,427	37	1,201				
	Greenhouse-Geisser	44,427	37,000	1,201				
	Huynh-Feldt	44,427	37,000	1,201				
	Lower-bound	44,427	37,000	1,201				
Tipo_palavra	Sphericity Assumed	30,042	2	15,021	17,127	,000	34,254	1,000
	Greenhouse-Geisser	30,042	1,760	17,069	17,127	,000	30,145	,999
	Huynh-Feldt	30,042	1,941	15,477	17,127	,000	33,245	1,000
	Lower-bound	30,042	1,000	30,042	17,127	,000	17,127	,981
Tipo_palavra * PTSD	Sphericity Assumed	4,566	4	1,141	1,302	,277	5,206	,388
	Greenhouse-Geisser	4,566	3,520	1,297	1,302	,280	4,582	,360
	Huynh-Feldt	4,566	3,882	1,176	1,302	,278	5,053	,381
	Lower-bound	4,566	2,000	2,283	1,302	,284	2,603	,264
Error(Tipo_palavra)	Sphericity Assumed	64,901	74	,877				

	Greenhouse-Geisser	64,901	65,124	,997					
	Huynh-Feldt	64,901	71,820	,904					
	Lower-bound	64,901	37,000	1,754					
Tipo_de_lista *	Sphericity Assumed	29,221	2	14,611	17,528	,000	,321	35,056	1,000
Tipo_palavra	Greenhouse-Geisser	29,221	1,701	17,182	17,528	,000	,321	29,810	,999
	Huynh-Feldt	29,221	1,871	15,622	17,528	,000	,321	32,787	1,000
	Lower-bound	29,221	1,000	29,221	17,528	,000	,321	17,528	,983
Tipo_de_lista *	Sphericity Assumed	2,616	4	,654	,785	,539	,041	3,139	,240
Tipo_palavra * PTSD	Greenhouse-Geisser	2,616	3,401	,769	,785	,521	,041	2,669	,221
	Huynh-Feldt	2,616	3,741	,699	,785	,531	,041	2,936	,232
	Lower-bound	2,616	2,000	1,308	,785	,464	,041	1,569	,174
Error(Tipo_de_lista * Tipo_palavra)	Sphericity Assumed	61,684	74	,834					
	Greenhouse-Geisser	61,684	62,927	,980					
	Huynh-Feldt	61,684	69,211	,891					
	Lower-bound	61,684	37,000	1,667					

a. Computed using alpha = ,05

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	Tipo_de_lista	Tipo_palavra	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Tipo_de_lista	Linear		2,775	1	2,775	2,311	,137	,059	2,311	,316
Tipo_de_lista * PTSD	Linear		3,236	2	1,618	1,347	,272	,068	2,695	,272
Error(Tipo_de_lista)	Linear		44,427	37	1,201					
Tipo_palavra	Linear		5,613	1	5,613	4,676	,037	,112	4,676	,558
	Quadratic		24,429	1	24,429	44,127	,000	,544	44,127	1,000
Tipo_palavra * PTSD	Linear		3,183	2	1,591	1,326	,278	,067	2,651	,268
	Quadratic		1,383	2	,691	1,249	,299	,063	2,498	,255
Error(Tipo_palavra)	Linear		44,417	37	1,200					
	Quadratic		20,484	37	,554					

Tipo_de_lista *	Linear	Linear	29,090	1	29,090	25,651	,000	,409	25,651	,999
Tipo_palavra		Quadratic	,131	1	,131	,247	,622	,007	,247	,077
Tipo_de_lista *	Linear	Linear	1,139	2	,570	,502	,609	,026	1,005	,126
Tipo_palavra *		Quadratic	1,477	2	,739	1,385	,263	,070	2,771	,279
PTSD										
Error(Tipo_de_li	Linear	Linear	41,961	37	1,134					
sta*Tipo_palavr		Quadratic	19,723	37	,533					
a)										

a. Computed using alpha = ,05

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	248,411	1	248,411	311,836	,000	,894	311,836	1,000
PTSD	6,321	2	3,161	3,968	,027	,177	7,935	,676
Error	29,474	37	,797					

a. Computed using alpha = ,05

Multiple Comparisons

Measure: MEASURE_1

Tukey HSD

(I) PTSD	(J) PTSD	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Sim	Não	,15	,149	,572	-,21	,52
	Ambiguo	-,24	,136	,197	-,57	,09
Não	Sim	-,15	,149	,572	-,52	,21
	Ambiguo	-,39*	,143	,025	-,74	-,04
Ambiguo	Sim	,24	,136	,197	-,09	,57
	Não	,39*	,143	,025	,04	,74

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = ,133.

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

MEASURE_1

Tukey HSD^{a,b,c}

PTSD	N	Subset	
		1	2
Não	11	,85	
Sim	13	1,00	1,00
Ambiguo	16		1,24
Sig.		,544	,227

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = ,133.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 13,025.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

c. Alpha = ,05.

Anexo IX – Teste das Hipóteses QEDP

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

tipo_palavras	tipo_listas	Dependent Variable
1	1	Hits_Pos_1
	2	Hits_Neg_1
2	1	Hits_Trauma_1
	2	Hits_Pos_2
3	1	Hits_Neg_2
	2	Hits_Trauma_2

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
QEDP 1	Sim	13
2	Não	27

Descriptive Statistics

	QEDP	Mean	Std. Deviation	N
Hits_Pos_1	Sim	,92	1,038	13
	Não	1,59	1,526	27
	Total	1,38	1,409	40
Hits_Neg_1	Sim	,31	,630	13
	Não	,59	,636	27
	Total	,50	,641	40
Hits_Trauma_1	Sim	,77	,832	13
	Não	1,00	1,074	27
	Total	,93	,997	40
Hits_Pos_2	Sim	,69	,751	13
	Não	,85	,864	27
	Total	,80	,823	40
Hits_Neg_2	Sim	,54	,660	13
	Não	,74	,656	27
	Total	,67	,656	40

Hits_Trauma_2	Sim	2,31	,947	13
	Não	1,93	1,072	27
	Total	2,05	1,037	40

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
tipo_palavras	Pillai's Trace	,285	7,360 ^b	2,000	37,000	,002	,285	14,720	,920
	Wilks' Lambda	,715	7,360 ^b	2,000	37,000	,002	,285	14,720	,920
	Hotelling's Trace	,398	7,360 ^b	2,000	37,000	,002	,285	14,720	,920
	Roy's Largest Root	,398	7,360 ^b	2,000	37,000	,002	,285	14,720	,920
tipo_palavras * QEDP	Pillai's Trace	,058	1,149 ^b	2,000	37,000	,328	,058	2,298	,237
	Wilks' Lambda	,942	1,149 ^b	2,000	37,000	,328	,058	2,298	,237
	Hotelling's Trace	,062	1,149 ^b	2,000	37,000	,328	,058	2,298	,237
	Roy's Largest Root	,062	1,149 ^b	2,000	37,000	,328	,058	2,298	,237
tipo_listas	Pillai's Trace	,053	2,112 ^b	1,000	38,000	,154	,053	2,112	,294
	Wilks' Lambda	,947	2,112 ^b	1,000	38,000	,154	,053	2,112	,294
	Hotelling's Trace	,056	2,112 ^b	1,000	38,000	,154	,053	2,112	,294
	Roy's Largest Root	,056	2,112 ^b	1,000	38,000	,154	,053	2,112	,294
tipo_listas * QEDP	Pillai's Trace	,046	1,841 ^b	1,000	38,000	,183	,046	1,841	,262
	Wilks' Lambda	,954	1,841 ^b	1,000	38,000	,183	,046	1,841	,262
	Hotelling's Trace	,048	1,841 ^b	1,000	38,000	,183	,046	1,841	,262
	Roy's Largest Root	,048	1,841 ^b	1,000	38,000	,183	,046	1,841	,262
tipo_palavras * tipo_listas	Pillai's Trace	,574	24,966 ^b	2,000	37,000	,000	,574	49,933	1,000
	Wilks' Lambda	,426	24,966 ^b	2,000	37,000	,000	,574	49,933	1,000
	Hotelling's Trace	1,350	24,966 ^b	2,000	37,000	,000	,574	49,933	1,000
	Roy's Largest Root	1,350	24,966 ^b	2,000	37,000	,000	,574	49,933	1,000
tipo_palavras	Pillai's Trace	,017	,329 ^b	2,000	37,000	,722	,017	,657	,099

* tipo_listas *	Wilks' Lambda	,983	,329 ^b	2,000	37,000	,722	,017	,657	,099
QEDP	Hotelling's Trace	,018	,329 ^b	2,000	37,000	,722	,017	,657	,099
	Roy's Largest Root	,018	,329 ^b	2,000	37,000	,722	,017	,657	,099

a. Design: Intercept + QEDP

Within Subjects Design: tipo_palavras + tipo_listas + tipo_palavras * tipo_listas

b. Exact statistic

c. Computed using alpha = ,05

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
tipo_palavras	,927	2,804	2	,246	,932	1,000	,500
tipo_listas	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000
tipo_palavras * tipo_listas	,998	,089	2	,957	,998	1,000	,500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + QEDP

Within Subjects Design: tipo_palavras + tipo_listas + tipo_palavras * tipo_listas

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance.

Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a	
tipo_palavras	Sphericity Assumed	13,521	2	6,760	6,801	,002	,152	13,602	,910
	Greenhouse-Geisser	13,521	1,864	7,254	6,801	,002	,152	12,677	,894
	Huynh-Feldt	13,521	2,000	6,760	6,801	,002	,152	13,602	,910
	Lower-bound	13,521	1,000	13,521	6,801	,013	,152	6,801	,720
tipo_palavras * QEDP	Sphericity Assumed	2,821	2	1,410	1,419	,248	,036	2,838	,295
	Greenhouse-Geisser	2,821	1,864	1,513	1,419	,249	,036	2,645	,285
	Huynh-Feldt	2,821	2,000	1,410	1,419	,248	,036	2,838	,295
	Lower-bound	2,821	1,000	2,821	1,419	,241	,036	1,419	,213
Error(tipo_palavras)	Sphericity Assumed	75,546	76	,994					
	Greenhouse-Geisser	75,546	70,831	1,067					
	Huynh-Feldt	75,546	76,000	,994					
	Lower-bound	75,546	38,000	1,988					
tipo_listas	Sphericity Assumed	1,815	1	1,815	2,112	,154	,053	2,112	,294
	Greenhouse-Geisser	1,815	1,000	1,815	2,112	,154	,053	2,112	,294
	Huynh-Feldt	1,815	1,000	1,815	2,112	,154	,053	2,112	,294
	Lower-bound	1,815	1,000	1,815	2,112	,154	,053	2,112	,294
tipo_listas * QEDP	Sphericity Assumed	1,581	1	1,581	1,841	,183	,046	1,841	,262
	Greenhouse-Geisser	1,581	1,000	1,581	1,841	,183	,046	1,841	,262
	Huynh-Feldt	1,581	1,000	1,581	1,841	,183	,046	1,841	,262
	Lower-bound	1,581	1,000	1,581	1,841	,183	,046	1,841	,262
Error(tipo_listas)	Sphericity Assumed	32,648	38	,859					
	Greenhouse-Geisser	32,648	38,000	,859					
	Huynh-Feldt	32,648	38,000	,859					
	Lower-bound	32,648	38,000	,859					

tipo_palavras *	Sphericity	48,153	2	24,077	26,812	,000	,414	53,623	1,000
	Assumed								
tipo_listas	Greenhouse-Geisser	48,153	1,995	24,134	26,812	,000	,414	53,495	1,000
	Huynh-Feldt	48,153	2,000	24,077	26,812	,000	,414	53,623	1,000
	Lower-bound	48,153	1,000	48,153	26,812	,000	,414	26,812	,999
tipo_palavras *	Sphericity	,586	2	,293	,327	,722	,009	,653	,100
	Assumed								
tipo_listas * QEDP	Greenhouse-Geisser	,586	1,995	,294	,327	,722	,009	,651	,100
	Huynh-Feldt	,586	2,000	,293	,327	,722	,009	,653	,100
	Lower-bound	,586	1,000	,586	,327	,571	,009	,327	,086
Error(tipo_palavras*tipo_listas)	Sphericity	68,247	76	,898					
	Assumed								
	Greenhouse-Geisser	68,247	75,818	,900					
	Huynh-Feldt	68,247	76,000	,898					
	Lower-bound	68,247	38,000	1,796					

a. Computed using alpha = ,05

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	tipo_palavras	tipo_listas	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
tipo_palavras	Linear		9,646	1	9,646	7,890	,008	,172	7,890	,782
	Quadratic		3,875	1	3,875	5,062	,030	,118	5,062	,592
tipo_palavras * QEDP	Linear		2,821	1	2,821	2,307	,137	,057	2,307	,316
	Quadratic		2,374E-5	1	2,374E-5	,000	,996	,000	,000	,050
Error(tipo_palavras)	Linear		46,454	38	1,222					
	Quadratic		29,092	38	,766					
tipo_listas		Linear	1,815	1	1,815	2,112	,154	,053	2,112	,294
tipo_listas * QEDP		Linear	1,581	1	1,581	1,841	,183	,046	1,841	,262
Error(tipo_listas)		Linear	32,648	38	,859					
tipo_palavras * tipo_listas		Linear	45,812	1	45,812	48,644	,000	,561	48,644	1,000
		Quadratic	2,341	1	2,341	2,740	,106	,067	2,740	,365
tipo_palavras * tipo_listas * QEDP		Linear	,087	1	,087	,093	,763	,002	,093	,060
		Quadratic	,499	1	,499	,584	,449	,015	,584	,116
Error(tipo_palavras*tipo_listas)		Linear	35,788	38	,942					
		Quadratic	32,459	38	,854					

a. Computed using alpha = ,05

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	219,186	1	219,186	246,348	,000	,866	246,348	1,000
QEDP	1,986	1	1,986	2,232	,143	,055	2,232	,308
Error	33,810	38	,890					

a. Computed using alpha = ,05

Anexo X – Correlações

Relação entre o NMADS e as palavras evocadas

Descriptive Statistics				
PTSD		Mean	Std. Deviation	N
Sim	TOTAL_PALAVR	8,23	3,086	13
	Total_HitsPO	1,85	1,068	13
	Total_HitsNEg	,85	,801	13
	Total_HitsTRAU	3,31	1,437	13
	Total_Pal_1	2,85	3,023	13
	Total_Pal_2	3,77	1,235	13
	NMADS_EMOC	2,1408	,73313	13
	NMADS_COGN	1,6992	,64890	13
	NMADS_INTER	1,9285	,78114	13
	NMADS_SOMAT	1,7046	,77887	13
	NMADS_TOTA	1,8531	,68814	13
Não	TOTAL_PALAVR	6,91	2,343	11
	Total_HitsPO	2,00	1,612	11
	Total_HitsNEg	1,09	,944	11
	Total_HitsTRAU	2,00	1,095	11
	Total_Pal_1	2,73	1,794	11
	Total_Pal_2	2,36	1,433	11
	NMADS_EMOC	1,6355	,48090	11
	NMADS_COGN	1,3191	,24452	11
	NMADS_INTER	1,3791	,40761	11
	NMADS_SOMAT	1,3991	,30811	11
	NMADS_TOTA	1,4200	,25815	11
Ambiguo	TOTAL_PALAVR	9,75	3,000	16
	Total_HitsPO	2,56	1,750	16
	Total_HitsNEg	1,44	,964	16
	Total_HitsTRAU	3,38	1,500	16
	Total_Pal_1	3,25	2,017	16
	Total_Pal_2	4,13	1,708	16
	NMADS_EMOC	1,4569	,34953	16
	NMADS_COGN	1,2975	,39956	16
	NMADS_INTER	1,3838	,37472	16
	NMADS_SOMAT	1,3025	,42465	16
	NMADS_TOTA	1,3941	,37161	16

PTSD			TOTAL_PAL	Total_Hits	Total_HitsN	Total_HitsT	Total_Pal_1	Total_Pal_2
			AVR	PO	Eg	RAU		
Sim	NMADS_EMOC	Pearson Correlation	,634*	,360	,432	,023	,191	,048
		Sig. (2-tailed)	,020	,227	,141	,939	,533	,876
		Sum of Squares and Cross-products	17,218	3,382	3,042	,297	5,072	,522
		Covariance	1,435	,282	,253	,025	,423	,044
		N	13	13	13	13	13	13
	NMADS_COGN	Pearson Correlation	,564*	,326	,450	-,086	,197	,034
		Sig. (2-tailed)	,045	,278	,122	,779	,520	,912
		Sum of Squares and Cross-products	13,552	2,708	2,808	-,967	4,628	,328
		Covariance	1,129	,226	,234	-,081	,386	,027
		N	13	13	13	13	13	13
	NMADS_INTER	Pearson Correlation	,514	,319	,514	-,115	,140	,126
		Sig. (2-tailed)	,072	,288	,072	,707	,647	,682
		Sum of Squares and Cross-products	14,875	3,197	3,857	-,1554	3,977	1,455
		Covariance	1,240	,266	,321	-,129	,331	,121
		N	13	13	13	13	13	13
	NMADS_SOMAT	Pearson Correlation	,367	,350	,379	-,252	,239	-,125
		Sig. (2-tailed)	,217	,240	,201	,406	,431	,683
		Sum of Squares and Cross-products	10,596	3,499	2,839	-3,388	6,759	-1,446
		Covariance	,883	,292	,237	-,282	,563	-,121
		N	13	13	13	13	13	13
NMADS_TOTA	Pearson Correlation	,501	,439	,397	-,146	,295	-,022	
	Sig. (2-tailed)	,081	,133	,179	,634	,328	,944	
	Sum of Squares and Cross-products	12,781	3,876	2,626	-1,732	7,366	-,221	
	Covariance	1,065	,323	,219	-,144	,614	-,018	
	N	13	13	13	13	13	13	
Não	NMADS_EMOC	Pearson Correlation	,087	,246	-,160	-,203	,355	-,428
		Sig. (2-tailed)	,798	,465	,639	,549	,283	,189
		Sum of Squares and Cross-products	,985	1,910	-,725	-1,070	3,066	-2,952
		Covariance	,099	,191	-,073	-,107	,307	-,295
		N	11	11	11	11	11	11
NMADS_COGN	Pearson Correlation	,408	,211	-,216	,276	,330	-,107	
	Sig. (2-tailed)	,213	,534	,523	,411	,322	,753	

	Sig. (2-tailed)	,706	,970	,103	,484	,557	,310
	Sum of Squares and Cross-products	-1,840	-,107	-2,443	1,695	1,920	-2,775
	Covariance	-,123	-,007	-,163	,113	,128	-,185
	N	16	16	16	16	16	16
NMADS_INTER	Pearson Correlation	-,086	,382	-,638**	,000	,322	-,350
	Sig. (2-tailed)	,751	,144	,008	,999	,223	,184
	Sum of Squares and Cross-products	-1,455	3,756	-3,456	-,002	3,655	-3,357
	Covariance	-,097	,250	-,230	,000	,244	-,224
	N	16	16	16	16	16	16
NMADS_SOMAT	Pearson Correlation	,151	,316	,059	-,056	,230	,037
	Sig. (2-tailed)	,577	,232	,828	,837	,392	,891
	Sum of Squares and Cross-products	2,880	3,528	,363	-,535	2,950	,405
	Covariance	,192	,235	,024	-,036	,197	,027
	N	16	16	16	16	16	16
NMADS_TOTA	Pearson Correlation	-,200	,130	-,388	-,131	-,044	-,149
	Sig. (2-tailed)	,458	,632	,138	,629	,871	,582
	Sum of Squares and Cross-products	-3,344	1,265	-2,085	-1,093	-,495	-1,418
	Covariance	-,223	,084	-,139	-,073	-,033	-,095
	N	16	16	16	16	16	16

Relação entre a escala de BSI e as palavras evocadas

Descriptive Statistics

PTSD		Mean	Std. Deviation	N
Sim	TOTAL_PALAVR	8,23	3,086	13
	Total_HitsPO	1,85	1,068	13
	Total_HitsNEg	,85	,801	13
	Total_HitsTRAU	3,31	1,437	13
	Total_Pal_1	2,85	3,023	13
	Total_Pal_2	3,77	1,235	13
	BSI_IGS	,9954	,63562	13
	BSI_ISP	1,7508	,58971	13
	BSI_SOMAT	,3838	,44494	13
	BSI_SENSINTER	1,1538	1,01826	13
	BSI_HOST	1,4692	1,04034	13
	BSI_ANSIED	,7815	,54456	13
	BSI_ANSFOB	,3692	,50230	13
	BSI_DEP	,9754	,55777	13
	BSI_PAR	1,6615	1,13250	13
	BSI_PSICOTI	1,0631	,95867	13
BSI_OBSESSCOMP	1,1469	,93955	13	
Não	TOTAL_PALAVR	6,91	2,343	11
	Total_HitsPO	2,00	1,612	11
	Total_HitsNEg	1,09	,944	11
	Total_HitsTRAU	2,00	1,095	11
	Total_Pal_1	2,73	1,794	11
	Total_Pal_2	2,36	1,433	11
	BSI_IGS	,3500	,25282	11
	BSI_ISP	1,0991	,42533	11
	BSI_SOMAT	,0255	,05663	11
	BSI_SENSINTER	,2655	,34515	11
	BSI_HOST	,3818	,26007	11
	BSI_ANSIED	,1664	,10443	11
	BSI_ANSFOB	,0000	,00000	11
	BSI_DEP	,2418	,31783	11
	BSI_PAR	,5973	,43184	11
	BSI_PSICOTI	,1655	,29313	11
BSI_OBSESSCOMP	,3836	,36500	11	
Ambiguo	TOTAL_PALAVR	9,75	3,000	16

Total_HitsPO	2,56	1,750	16
Total_HitsNEg	1,44	,964	16
Total_HitsTRAU	3,38	1,500	16
Total_Pal_1	3,25	2,017	16
Total_Pal_2	4,13	1,708	16
BSI_IGS	,3431	,31922	16
BSI_ISP	1,1856	,43483	16
BSI_SOMAT	,1444	,19531	16
BSI_SENSINTER	,4475	,71899	16
BSI_HOST	,4750	,49464	16
BSI_ANSIED	,3225	,23873	16
BSI_ANSFOB	,0125	,05000	16
BSI_DEP	,3656	,68259	16
BSI_PAR	,7250	,66081	16
BSI_PSICOTI	,2706	,45439	16
BSI_OBSESSCOMP	,5200	,42517	16

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsPO	Total_HitsN_Eg	Total_HitsTR_AU	Total
Sim	BSI_IG S	Pearson Correlation	-,170	,018	,130	,482	-,398	,465
		Sig. (2-tailed)	,578	,954	,672	,096	,178	,109
		N	13	13	13	13	13	13
Não	BSI_IG S	Pearson Correlation	,121	-,235	-,005	,138	-,220	,169
		Sig. (2-tailed)	,722	,488	,989	,685	,515	,619
		N	11	11	11	11	11	11
Ambiguo	BSI_IG S	Pearson Correlation	,060	,126	,204	,318	-,218	,566*
		Sig. (2-tailed)	,826	,641	,448	,230	,416	,022
		N	16	16	16	16	16	16

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsP_O	Total_HitsN_Eg	Total_HitsTRA_U	Total
Sim	BSI_IS P	Pearson Correlation	-,360	,011	,037	,438	-,484	,453
		Sig. (2-tailed)	,227	,973	,904	,134	,094	,120
		N	13	13	13	13	13	13
Não	BSI_IS P	Pearson Correlation	,090	,301	,264	-,314	,423	-,182
		Sig. (2-tailed)	,792	,369	,433	,348	,195	,593
		N	11	11	11	11	11	11
Ambiguo	BSI_IS P	Pearson Correlation	,324	,271	,596*	,272	-,126	,248
		Sig. (2-tailed)						
		N						

	Sig. (2-tailed)	,221	,310	,015	,308	,642	,354
	N	16	16	16	16	16	16

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsP_O	Total_HitsN_Eg	Total_HitsTRA_U	Total
Sim	BSI_TS P	Pearson Correlation	,176	,147	,342	,566*	-,089	,339
		Sig. (2-tailed)	,564	,633	,252	,044	,774	,257
		N	13	13	13	13	13	13
Ambiguo	BSI_TS P	Pearson Correlation	,523	-,399	,427	-,376	,029	,183
		Sig. (2-tailed)	,099	,224	,190	,254	,932	,589
		N	11	11	11	11	11	11
	BSI_TS P	Pearson Correlation	,016	,076	,094	,190	-,124	,622*
		Sig. (2-tailed)	,954	,779	,730	,480	,648	,010
		N	16	16	16	16	16	16

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsP_O	Total_HitsN_Eg	Total_HitsTR_AU	Total
Sim	BSI_SOM AT	Pearson Correlation	-,137	-,104	,084	,280	-,196	,463
		Sig. (2-tailed)	,655	,734	,786	,354	,521	,111
		N	13	13	13	13	13	13
Ambiguo	BSI_SOM AT	Pearson Correlation	-,338	-,298	-,460	-,310	,000	,077

		Sig. (2-tailed)	,309	,374	,155	,354	1,000	,822
		N	11	11	11	11	11	11
BSI_SOM	Pearson							
AT	Correlation		,266	,228	,240	,308	,140	,131
		Sig. (2-tailed)	,319	,396	,371	,246	,606	,628
		N	16	16	16	16	16	16

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsPO	Total_HitsN_Eg	Total_HitsTR_AU	Total
Sim	BSI_SENSINTER	Pearson Correlation	-,154	-,102	-,034	,287	-,477	,488
Não		Sig. (2-tailed)	,615	,740	,912	,342	,100	,091
		N	13	13	13	13	13	13
Ambiguo	BSI_SENSINTER	Pearson Correlation	,842**	-,417	,600	-,235	,153	,236
		Sig. (2-tailed)	,001	,202	,051	,487	,652	,485
		N	11	11	11	11	11	11
	BSI_SENSINTER	Pearson Correlation	,193	-,057	,245	,227	-,237	,363
		Sig. (2-tailed)	,474	,833	,361	,398	,377	,167
		N	16	16	16	16	16	16

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsPO	Total_HitsN_Eg	Total_HitsTR_AU	Total
Sim	BSI_HOST	Pearson Correlation	-,232	,111	,055	,324	-,406	,220
Não		Sig. (2-tailed)	,445	,719	,857	,280	,169	,470
		N	13	13	13	13	13	13

Ambiguo	BSI_HOST	Pearson						
		Correlation	,503	-,141	,477	-,563	,421	,251
		Sig. (2-tailed)	,115	,678	,138	,071	,197	,456
	N	11	11	11	11	11	11	
T	BSI_HOST	Pearson						
		Correlation	-,180	,335	,133	,234	-,166	,462
		Sig. (2-tailed)	,504	,204	,624	,383	,538	,072
	N	16	16	16	16	16	16	

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_Hits_PO	Total_HitsN_Eg	Total_HitsTR_AU	Total
Sim	BSI_ANSIED	Pearson						
		Correlation	-,072	-,224	,416	,490	-,404	,407
		Sig. (2-tailed)	,816	,463	,158	,089	,171	,168
	N	13	13	13	13	13	13	
Ambiguo	BSI_ANSIED	Pearson						
		Correlation	,000	-,017	-,006	,318	-,288	,142
		Sig. (2-tailed)	,999	,960	,986	,340	,390	,678
	N	11	11	11	11	11	11	
	BSI_ANSIED	Pearson						
		Correlation	,029	-,027	-,171	-,077	,258	,529
		Sig. (2-tailed)	,915	,921	,526	,775	,335	,035
	N	16	16	16	16	16	16	

PTSD	Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_Hits_PO	Total_HitsN_Eg	Total_HitsTR_AU	Total
------	-------------	-------------	---------------	----------------	-----------------	-------

Sim	BSI_ANSF OB	Pearson						
		Correlati on	-,212	,041	,022	,402	-,309	,22 4
		Sig. (2- tailed)	,487	,893	,944	,174	,304	,46 3
	N	13	13	13	13	13	13	
Não	BSI_ANSF OB	Pearson						
		Correlati on	. ^c	. ^c	. ^c	. ^c	. ^c	. ^c
		Sig. (2- tailed)
	N	11	11	11	11	11	11	
Ambigu o	BSI_ANSF OB	Pearson						
		Correlati on	-,033	-,176	,067	,156	-,422	- 24 0
		Sig. (2- tailed)	,903	,515	,806	,565	,103	,37 0
	N	16	16	16	16	16	16	

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsP O	Total_HitsN Eg	Total_HitsTRA U	Total
Sim	BSI_DE P	Pearson						
		Correlatio n	-,043	,497	,227	,832**	-,042	,339
		Sig. (2- tailed)	,889	,084	,456	,000	,892	,257
	N	13	13	13	13	13	13	
Não	BSI_DE P	Pearson						
		Correlatio n	,243	-,105	,258	-,634*	,428	,400
		Sig. (2- tailed)	,472	,759	,444	,036	,189	,223
	N	11	11	11	11	11	11	
Ambigu o	BSI_DE P	Pearson						
		Correlatio n	,067	,063	,170	,316	-,240	,444
		Sig. (2- tailed)	,805	,817	,529	,233	,371	,085
	N	16	16	16	16	16	16	

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsPO	Total_HitsNEg	Total_HitsTRAU	Total
Sim	BSI_PA R	Pearson Correlation	-,201	,023	-,047	,214	-,299	,214
		Sig. (2-tailed)	,509	,941	,880	,484	,320	,483
		N	13	13	13	13	13	13
Ambiguo	BSI_PA R	Pearson Correlation	,527	-,169	,349	-,097	,211	,209
		Sig. (2-tailed)	,096	,618	,293	,776	,533	,537
		N	11	11	11	11	11	11
	BSI_PA R	Pearson Correlation	,195	,281	,419	,390	-,158	,297
		Sig. (2-tailed)	,469	,292	,106	,135	,559	,264
		N	16	16	16	16	16	16

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsPO	Total_HitsNEg	Total_HitsTRAU	Total
Sim	BSI_PSICO TI	Pearson Correlation	-,210	,082	-,006	,381	-,354	,412
		Sig. (2-tailed)	,492	,789	,984	,199	,235	,162
		N	13	13	13	13	13	13
Ambiguo	BSI_PSICO TI	Pearson Correlation	,140	,180	,427	,099	-,249	-,429
		Sig. (2-tailed)	,681	,595	,190	,772	,460	,188
		N	11	11	11	11	11	11
	BSI_PSICO TI	Pearson Correlation	-,078	,004	,064	,340	-,394	,558

	Sig. (2-tailed)	,774	,988	,814	,197	,132	,025
	N	16	16	16	16	16	16

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsPO	Total_HitsNEg	Total_HitsTRAU	Total
Sim	BSI_OBSESSC	Pearson						
	OMP	Correlation	,026	-,144	,311	,493	-,341	,650
Não		Sig. (2-tailed)	,934	,638	,301	,087	,255	,016
		N	13	13	13	13	13	13
Ambiguo	BSI_OBSESSC	Pearson						
	OMP	Correlation	,556	-,473	,382	-,265	-,043	,167
		Sig. (2-tailed)	,076	,142	,246	,431	,901	,623
		N	11	11	11	11	11	11
	BSI_OBSESSC	Pearson						
	OMP	Correlation	,056	-,003	,100	,112	-,117	,512
		Sig. (2-tailed)	,837	,992	,712	,679	,666	,042
		N	16	16	16	16	16	16

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Relação entre a escala QEDP e as palavras evocadas

PTSD			Total_Pal_1	Total_Pal_2	Total_HitsPO	Total_HitsNEg	Total_HitsTRAU	Total
Sim	QEDP_Tot	Pearson						
	al	Correlation	,108	,097	,229	,134	-,372	,208
Não		Sig. (2-tailed)	,726	,752	,452	,662	,211	,496
		N	13	13	13	13	13	13

Ambiguous	QEDP_Total	Pearson Correlation	,191	,065	,167	-,517	,596	,665*
		Sig. (2-tailed)	,575	,850	,623	,104	,053	,026
		N	11	11	11	11	11	11
	QEDP_Total	Pearson Correlation	-,682**	-,190	-,732**	-,263	-,110	,509*
	Sig. (2-tailed)	,004	,481	,001	,325	,686	,044	
	N	16	16	16	16	16	16	16

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).