



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**ACIDENTE COM COMBOIOS:
IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO
DA PERTURBAÇÃO DE STRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO NOS MAQUINISTAS**

Isabel da Conceição Lemos

Orientador da Dissertação:

Professora Doutora Ivone Patrão

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Ivone Patrão

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:
Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Ivone Patrão, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade
de Psicologia Clínica

Agradecimentos

Uma dissertação como qualquer outro trabalho deste género seria impossível de realizar sem a colaboração de algumas pessoas e instituições.

Como autora deste trabalho quero expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que me ajudaram na sua realização.

Assim, começaria por expressar o meu reconhecimento e agradecimento à Professora Doutora Ivone Patrão, pela sua orientação, recomendações, sugestões e correcções decisivas.

A minha palavra de agradecimento para a CP – Comboios de Portugal, EPE., que autorizou a recolha de dados para este estudo.

Os meus agradecimentos também para o Sindicato dos Maquinistas (SMAQ) na pessoa de um dos seus dirigentes, Sr. Carlos Barrancos pelo empenho e entusiasmo que desde logo demonstrou pelo tema em estudo.

Não posso deixar de dirigir um sincero agradecimento a todos os maquinistas e respectivas chefias por terem participado e pela cordial disponibilidade com que me receberam e ajudaram, sem os quais não teria sido possível a realização desta investigação.

Quero também agradecer a alguns amigos e familiares que foram muito importantes ao longo deste projecto, quer pela troca de ideias, quer pela amizade e apoio que manifestaram de diversas formas, em especial à Dra. Ivone Guadalupe Reis, Dr. António Simão, Dra. Dulce Moacho, à minha sobrinha Ana Teresa e à minha nora Marta.

Finalmente não poderia deixar de dirigir um sincero e especial agradecimento ao meu companheiro, Eng.º Helder Neto pela paciência e apoio incondicional durante todo o percurso desta dissertação.

As minhas últimas palavras de agradecimento são para a minha mãe, para os meus filhos, Sérgio, Tânia e Ana e para a minha neta Maria Inês, a quem dedico esta dissertação, pela compreensão que sempre demonstraram e, pela pouca atenção que lhes prestei durante todo o período da realização deste trabalho.

Resumo

A literatura salienta que os acidentes são considerados acontecimentos potencialmente traumáticos e têm como uma das consequências o desenvolvimento da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD). Contudo não identifica trabalhos realizados com maquinistas em Portugal, que testemunharam acidentes e/ou suicídios e o possível desenvolvimento de PTSD. A presente investigação tem por objectivo estudar o impacto psicológico dos acidentes ferroviários nos maquinistas, através do estudo das variáveis: PTSD, depressão, acontecimentos de vida e experiências dissociativas peritraumáticas.

É um estudo exploratório, correlacional e comparativo com uma amostra de 216 maquinistas do sexo masculino com idades compreendidas entre os 28 e 62 anos. O protocolo de avaliação inclui: o Questionário Sociodemográfico (Lemos & Patrão, 2012), e as versões portuguesas de Beck Depression Inventory (BDI-II) (Ponciano & Lopes, 2004), do Clinician-Administered PTSD (CAPS) (Maia & Fernandes, 2003), do PTSD Checklist Civilian Version (PCL-C) (Gonçalves & Pinto, 2006) e do Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ) (Maia & Fernandes, 2001 (Trad.) e adaptado por Horta-Moreira (2002).

Os resultados revelaram uma baixa prevalência de sintomas de PTSD nos maquinistas (8,3%) e a existência de uma correlação significativa entre PTSD, e as variáveis principais: Depressão, Acontecimentos de vida e Experiências dissociativas peritraumáticas.

Os resultados deste estudo indicam a importância de um apoio psicológico preventivo para os impactos psicológicos imediatos ao acidente como forma de minimizar e prevenir possíveis perturbações psíquicas.

Palavras-chave: Perturbação de Stresse Pós-Traumático, maquinistas, acidentes de comboio

Abstract

The literature stresses, that accidents are considered potentially traumatic events and have as a consequence, the development of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). However, it does not identify works with train drivers in Portugal who witnessed accidents or suicides and the possible development of PTSD. The present investigation aims to study the psychological impact of train accidents on train drivers, through the study of variables: PTSD, depression, life events and peritraumatic dissociative experiences.

This is an exploratory, correlational and comparative study with a sample of 216 male train drivers aged between 28 and 62 years. The evaluation protocol includes: the Socio-Demographic Questionnaire (Lemos & Patrão, 2012) and Portuguese versions of Beck Depression Inventory (BDI-II) (Ponciano & Lopes, 2004), of the Clinician administered PTSD (CAPS) (Maia & Fernandes, 2003), of the PTSD Checklist Civilian Version (PCL-C) (Gonçalves & Pinto, 2006) and of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ) (Maia & Fernandes, 2001 (Trad.) and adapted by Horta-Moreira (2002).

The results showed a low prevalence of PTSD symptoms in train drivers (8, 3%) and the existence of a significant correlation between PTSD and the main variables: Depression, Life events and Peritraumatic dissociative experiences.

The results of this study indicate the importance of psychological support for preventive psychological impacts immediately following the accident in order to minimize and prevent possible mental disorders.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder, train drivers, trains accidents

Índice

Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Introdução.....	1
Estudos sobre PTSD.....	4
Comorbilidade entre PTSD e Acontecimentos de vida.....	12
Comorbilidade entre PTSD e Experiências Dissociativas Peritraumáticas.....	15
Comorbilidade entre PTSD e Depressão.....	17
Algumas formas de tratamento psicológico para a PTSD.....	19
Método.....	22
Delineamento.....	22
Participantes.....	23
Caracterização da amostra.....	23
Instrumentos de avaliação.....	25
Questionário Sociodemográfico.....	25
Inventário de depressão de Beck (BDI-II).....	27
Lista de Acontecimentos de Vida (CAPS).....	28
Escala de auto-avaliação de PTSD (PCL-C).....	29
Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (PDEQ).....	31
Qualidades métricas dos instrumentos.....	32
Procedimento.....	34
Apresentação dos Resultados.....	37
Análise descritiva das variáveis	41
Análise da relação entre as variáveis principais.....	43
Análise da relação entre as variáveis principais e sociodemográficas.....	44
Discussão dos Resultados.....	47
Considerações finais.....	53
Referências bibliográficas.....	57
Anexos.....	63
Anexo A: Questionários.....	64
Anexo B: Alfas de Cronbach.....	74

Anexo C: Teste de Normalidade, Análise descritiva e inferencial.....	84
Anexo D: Aceitação de abstract pelo Congresso.....	114

Introdução

“Conduzir comboios é correr o risco de ter acidentes em plena via – por exemplo, atropelamentos (por acidente ou tentativas de suicídio), embates em passagens de nível, descarrilamentos e colisões com outros comboios” (...) “com o perigo potencial dos efeitos de tais acidentes para os maquinistas”.

(Vatshelle & Moen, 1997, p. 43)

Em 1980, surge pela primeira vez, no DSM-III, a categoria de diagnóstico “*Post-Traumatic Stress Disorder*” (PTSD), posteriormente numa revisão do manual (DSM-IV-TR, 2002), foram consideradas outras situações traumáticas, entre as quais “observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa...” (p. 463).

Actualmente a Perturbação de Stress Pós-traumático é um transtorno psicológico que pode manifestar-se após uma experiência traumática. Entre os sintomas de activação contam-se as dificuldades em dormir ou adormecer, a irritabilidade, as dificuldades de concentração, a hipervigilância e a resposta de alarme exagerada (Começanha & Maia, 2011).

Vaz Serra (2003) refere que a prevalência de PTSD varia consoante a gravidade do trauma, a sua repetição, factores relacionados com o passado, o apoio social e a personalidade do indivíduo. Segundo Norris (1992) citado por Cunha (2007), 69% dos sujeitos vivenciaram pelo menos um acontecimento traumático no decorrer da vida e 23% dos indivíduos estiveram envolvidos num acidente de viação, sendo que 11,5% desenvolviam um distúrbio de stresse pós-traumático.

Um estudo conduzido por Chung, Werrett, Easthope e Farmer (2004), mostrou que o grau de perturbação varia com o tipo de desastre e de exposição.

Estudos realizados por Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003), mostraram que os sujeitos que apresentavam dissociação peritraumática têm mais probabilidade de desenvolver PTSD e sintomas pós-traumáticos

Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) realizaram em Portugal um estudo epidemiológico sobre o distúrbio de stresse pós-traumático na população adulta, verificando uma taxa de prevalência deste distúrbio de 7,9% sendo que 22,2% dos participantes referiram que ser testemunha de acidente grave ou morte constituía uma situação traumática significativa. Os autores verificaram que durante a vida 75% da população está exposta a pelo menos uma situação traumática e 43,5% a mais do que uma situação.

Iruarrizaga, Tobal, Vindel e Ordi (2004) citado por Oliveira (2008), referem que a maior prevalência de PTSD se encontra entre as vítimas e sobreviventes de acontecimentos traumáticos provocados por outros seres humanos (entre 25 a 75%).

Um estudo realizado por Kupchik, Strous, Erez, Gonen e Weizman (2007) indicou uma taxa relativamente elevada de PTSD após um evento traumático (acidente de veículo motor) numa escala de período de tempo que se segue ao evento. No estudo 15% da amostra manifestou sinais evidentes de PTSD 90 dias após o evento traumático (MVA).

Ostrowski, Spoonster, Dulmen, Sledjeski e Delahanty (2008), forneceram uma nova visão sobre a relação entre a história de trauma anteriores e o risco de desenvolvimento de PTSD após trauma subsequente a um acidente. As características da história anterior de trauma são responsáveis por uma quantidade pequena, mas significativa da variância dos sintomas de PTSD.

Um estudo realizado na Noruega e na Suécia demonstrou que todos os maquinistas relataram pensamentos intrusivos após o acidente. Este estudo revelou ainda que "...experiência repetida de acidentes deve ser sempre considerada como factor de risco..." (Karlehagen, Malt & Hoff, 1993, p. 816).

Farmer et al. (1992) citado por Weiss e Farrell (2006) realizaram um estudo sobre o impacto dos suicídios ferroviários e os efeitos psicológicos nos maquinistas e verificaram que um mês após o acidente, 39,5 por cento dos sujeitos com PTSD apresentavam sintomas depressivos e estados fobicos.

A literatura mundial sugere que a PTSD tem sido um foco de preocupação crescente, dando origem a protocolos de intervenção. Ponniah e Hollon (2009) realizaram uma revisão sobre ensaios clínicos para determinar a eficácia dos diversos tratamentos psicológicos, concluindo que as intervenções podem ser eficazes para certos tipos de trauma mas não podem ser generalizados para outros.

Embora não seja universalmente verdade, parece haver uma correlação entre repetidos acontecimentos traumáticos e a persistência dos sintomas. Isso levanta uma questão a ser discutida: se os maquinistas que estão previamente traumatizados representam uma classe especial de trabalhadores em situação de risco.

Um dos estudos mais completos sobre os efeitos múltiplos dos suicídios no caminho-de-ferro foi realizado na Grã-Bretanha e como esperado o impacto emocional nos maquinistas foi diversificado (Weiss & Farrell, 2006).

Investigações realizadas noutros países já reportaram o impacto físico e psicológico do envolvimento dos maquinistas em acidentes, contudo no nosso país não foi identificado

estudos realizados com maquinistas que testemunharam acidentes e/ou suicídios e o possível desenvolvimento de PTSD.

A partir da revisão da literatura efectuada, pode-se constatar que as variáveis depressão, acontecimentos de vida e experiências dissociativas peritraumáticas se encontram relacionadas e que estes factores influenciam o desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumático.

O principal objectivo desta investigação é estudar o impacto psicológico dos acidentes ferroviários nos maquinistas, através do estudo das variáveis: PTSD, depressão, acontecimentos de vida e experiências dissociativas peritraumáticas.

Como objectivos específicos pretendemos:

Verificar a prevalência de PTSD, depressão, acontecimentos de vida e experiências dissociativas peritraumáticas em maquinistas vítimas de acidentes ferroviários.

Verificar se existem diferenças significativas quanto à depressão no desenvolvimento de PTSD.

Verificar se existem diferenças significativas quanto aos acontecimentos de vida no desenvolvimento de PTSD.

Verificar a existência de diferenças quanto às experiências dissociativas peritraumáticas no desenvolvimento de PTSD.

Averiguar se existem diferenças significativas quanto às variáveis sociodemográficas no desenvolvimento de PTSD.

Estudos sobre PTSD

A literatura mundial sugere que a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) tem sido um foco de preocupação crescente, dando origem a protocolos de intervenção (Weiss & Farrell, 2006).

Segundo Graeff (2003), a PTSD é uma reacção anormal a uma adversidade intensa, daí a busca das bases biológicas nomeadamente os aspectos neuroendocrinológicos das reacções do organismo a agressões ambientais.

Cannon (1914) citado por Graeff (2003) elaborou o conceito de “reacção de emergência” como sendo uma reacção imediata á percepção de uma ameaça (mediada pela epinefrina produzida pela medula adrenal) e cuja função seria preparar o organismo para a luta ou a fuga. Mais tarde Hess e Brueger (1943), citado por Graeff (2003), denominaram-na “reacção de defesa”.

Van Praag, Kloet e Os (2005) referem que o conceito de stresse a nível científico foi aplicado pela primeira vez por Cannon (1929), quando utilizou a palavra stresse para denominar as forças que actuam no ser humano, destabilizando o seu equilíbrio e causando desgaste.

Contudo, foi Selye (1936) citado por Van Praag, et al. (2005), que deu um novo significado ao termo stresse, referindo que é uma situação biológica, com uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência da situação.

Selye (1936) chamou a este fenómeno “Síndrome Geral de Adaptação” (SGA) e considerou como sendo uma resposta inespecífica, uma “reacção de alarme” do corpo a qualquer estímulo nocivo, ou seja, quando o indivíduo está numa nova situação de stresse, o seu organismo inicia um estado de desequilíbrio, como tal tenta ajustar-se utilizando as suas funções adaptativas para alcançar um novo estado de equilíbrio.

Este autor verificou que, independentemente da doença dos indivíduos, eles manifestavam algo de semelhante, uma espécie de estado geral de enfraquecimento.

Selye (1936) concluiu que o stresse pode ser provocado por diversos agentes e que qualquer estímulo pode ser um agente stressor, uma vez que depende do contexto da sua aplicação.

O mesmo autor define dois tipos de stresse - o *eustress* e o *distress*. O *eustress* refere-se ao stresse que se encontra dentro do limite fisiológico e que mantém em funcionamento os mecanismos de adaptação ou de defesa próprios do indivíduo. O *distress* é o stresse que

prejudica o equilíbrio fisiológico e emocional, não permitindo que o indivíduo se adapte às solicitações, originando um desequilíbrio que poderá levar a uma situação patológica.

Segundo Selye (1936) citado por Graeff (2003) o SGA dividia-se em 3 fases: a reacção de alarme (resposta aguda à agressão), a fase de resistência (quando se expressa a SGA) e a fase de exaustão (quando as reservas do organismo esgotam e acabam por conduzir à morte).

A compreensão do funcionamento do SGA facilita a percepção de como uma situação stressante não ultrapassada pode atingir dimensões catastróficas para o indivíduo.

Selye (1936) foca-se essencialmente nas alterações físicas que levam ao stresse, circunscrevendo a importância da glândula hipófise ou pituitária na estimulação do córtex adrenal, iniciando deste modo o caminho para o conceito do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) como o eixo hormonal do stresse. Segundo este autor o funcionamento deste eixo é modulado por estruturas límbicas, como amígdala e hipocampo, responsáveis pela elaboração das emoções.

Na sua investigação Selye (1936) excluiu os factores psicológicos, ignorando a activação emocional provocada por factores de stresse (Van Praag et al., 2005).

Mason (1971) e Mikhail (1981) citado por Van Praag et al. (2005) criticam Selye e referem “ser a resposta emocional ao factor stresse, e não o próprio factor de stresse, que gera os fenómenos de stresse” (p. 34).

Foi com Lazarus (1966) que a investigação sobre o stresse se modificou, este autor preocupou-se com a dimensão psicológica da resposta de stresse, não limitando-se apenas ao modelo de resposta ao estímulo, com orientação predominantemente física. Este autor tem em conta um modelo que reconhece não apenas os estímulos físicos mas também os acontecimentos e situações psicossociais subjacentes que podem originar stresse e onde as repercussões do factor stresse adoptam uma posição central. Assim sendo, neste modelo, o stresse é o resultado de um processo. Esta mudança de perspectiva mostrou a importância em investigar os acontecimentos de vida, dado que as consequências experimentais, fisiológicas e comportamentais destas ocorrências podem ser consideradas emocionalmente perturbadoras.

A exposição a situações experienciadas como stressantes por um indivíduo, poderão levá-lo a desenvolver um conjunto de sintomas que nem sempre são patológicos. Contudo, existem situações de stresse que podem ser percebidas como extremas (catástrofe natural, ataque terrorista, acidente rodoviário/ferroviário, a morte de um ente querido, etc.) onde se manifesta uma reacção exacerbada de stresse, podendo desenvolver sintomas típicos de um

distúrbio de stresse pós-traumático. Estas manifestações podem ser cognitivas, afectivas e/ou comportamentais (Valentine, 2003).

Em suma, a exposição a um acontecimento stressor traumático pode condicionar no indivíduo o desenvolvimento de um distúrbio de stresse pós-traumático.

Segundo Cunha (2007), o distúrbio de stresse pós-traumático é um distúrbio relativamente recente, dado que, figura apenas desde 1980 no DSM-III, da Associação de Psiquiatria Americana e desde 1992 no CID – 9 da Organização Mundial de Saúde. Contudo a sua sintomatologia é descrita já há diversos anos, ainda que mascarada com outras perturbações, e não assumida em pleno.

Friedman (2009) refere que no final do século XIX os médicos voltaram a sua atenção para o impacto psicológico resultante dos combates militares da Guerra Civil dos Estados Unidos e da Guerra Franco-Prussiana, verificando que em ambos os lados do Atlântico os indivíduos apresentavam os mesmos sintomas cardiovasculares (coração de soldado, síndrome Da Costa, astenia neurocirculatória) e sintomas psiquiátricos (nostalgia, choque de granada, fadiga de combate, neurose de guerra). Estas situações clínicas foram também encontradas de forma semelhante em civis sobreviventes de acidentes de comboio denominados de “railway spine” (p. 14). Ao atender os sobreviventes de trauma civil ou militar os médicos ficavam chocados com os sintomas fisiológicos e psicológicos apresentados. O mesmo autor refere ainda que o psiquiatra norte-americano Abram Kardiner que trabalhou de forma extensiva com veteranos da Primeira Guerra Mundial portadores de “neurose da guerra” ficou tão impressionado com as reacções de sobressalto que rotulou de “fisioneurose”, essas alterações fisiológicas e também psicológicas significativas, consideradas partes da síndrome da “neurose da guerra” (p. 14).

Vaz Serra (2003) menciona que após a invenção do comboio e da ocorrência dos primeiros acidentes ferroviários, registaram-se ocorrências de pesadelos, fenómenos de somatização, aumento da activação vegetativa e outros sintomas considerados como típicos do distúrbio de stresse pós-traumático. Contudo, os autores da época atribuíam estes sintomas a lesões físicas, nomeadamente na espinal-medula e não a traumatismos psicológicos.

Ao longo do tempo e reconhecendo que o stresse provocado por catástrofes e eventos traumáticos é muito mais comum do que originalmente se pensava, levou a considerar a PTSD como um problema de saúde pública muito significativo e que “sem tratamento, muitos desses indivíduos nunca terão uma recuperação” (Friedman, 2009, p.14).

Na década de 60-70, os estudos com os ex-combatentes da Guerra do Vietname, impulsionaram o reconhecimento científico da doença de Perturbação de Stresse Pós-

Traumático, motivando assim inúmeros estudos sobre este tema.

A perturbação de stresse pós-traumático pode ser desenvolvida após um evento traumático que ultrapasse a experiência habitual do ser humano, como por exemplo, morte, ameaça de morte, lesão grave ou ameaça à integridade física. O indivíduo pode ser vítima directa ou testemunhar esse acontecimento desenvolvendo pela situação experienciada na altura um sentimento de medo intenso, de desespero ou de terror e é necessário que os sintomas se mantenham por um período de tempo superior a um mês, uma vez que a PTSD só poderá ser diagnosticada um mês depois da exposição ao acontecimento traumático (Friedman, 2009).

Segundo o DSM-IV- TR (2002, pp. 468-469) o indivíduo manifesta uma perturbação de stresse pós-traumático quando:

“A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições seguintes estiveram presentes:

(1) A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros;

(2) A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror. **Nota:** em crianças isto pode ser expresso por comportamento agitado ou desorganizado.

B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente de um (ou mais) dos seguintes modos:

(1) Lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções. **Nota:** em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que são expressos os temas ou aspectos do acontecimento traumático;

(2) Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. **Nota:** em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível;

(3) Actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a recorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado). **Nota:** em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático;

(4) Mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático;

(5) Reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.

C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes:

- (1) Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
- (2) Esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma;
- (3) Incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma;
- (4) Interesse ou participação diminuídos em actividades significativas;
- (5) Sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros;
- (6) Gama de afectos restringidos (por exemplo, incapaz de gostar dos outros);
- (7) Expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um desenvolvimento normal de vida).

D. Sintomas persistentes de aumento da activação (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes:

- (1) Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir;
- (2) Irritabilidade ou acessos de cólera;
- (3) Dificuldade de concentração;
- (4) Hipervigilância;
- (5) Resposta de alarme exagerada.

E. Duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) superior a um mês.

F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra na área importante.”

Actualmente a Perturbação de Stress Pós-traumático é um transtorno psicológico pertencente ao grupo dos transtornos de ansiedade, que pode manifestar-se após uma experiência traumática. A sintomatologia da PTSD inclui alterações a vários níveis: reexperienciação do acontecimento, evitamento de estímulos relacionados com o acontecimento e sintomas de activação (APA, 2002). Entre os sintomas de activação contam-se as dificuldades em dormir ou adormecer, a irritabilidade, as dificuldades de concentração, a hipervigilância e a resposta de alarme exagerada (Maia, 2007; Começanha & Maia, 2011).

Segundo Pereira e Ferreira (2003) existem dois diagnósticos psicológicos relacionados com as respostas traumáticas, sendo uma a Perturbação Aguda de Stresse (PAS) e outra a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD). Ambos possuem sintomas de evitamento, activação e intrusão, o que os diferencia é respectiva duração e a intensidade. O evitamento manifesta-se por depressão, embotamento emocional ou desejo de evitar pensar no evento. A

activação exterioriza-se através de ritmo cardíaco rápido, ansiedade, sudção ou tensão arterial elevada. A intrusão envolve pensamentos indesejados e pesadelos.

A sintomatologia de PTSD deverá manter-se por um período de tempo superior a um mês, para que o diagnóstico seja efectuado. Se os sintomas se mantiverem por períodos de tempo inferiores a 4 semanas consideramos estar em presença de PAS, mas se os sintomas e o diagnóstico persistirem por 3 ou mais meses a PTSD diz-se crónica, se os sintomas surgirem após seis meses do acontecimento traumático é considerado um distúrbio de stresse pós-traumático de começo tardio (APA, 2002; Pires, 2005; Friedman, 2009).

Em relação a este tipo de perturbação foram realizados alguns estudos em Portugal, salientando-se o estudo de Monteiro-Ferreira (2003), que investigou a prevalência deste distúrbio em ex-combatentes das tropas especiais da Força Armada Portuguesa, assim como o primeiro estudo epidemiológico realizado por Albuquerque et al. (2003), que visava estimar a ocorrência do distúrbio de stresse pós-traumático na população adulta, verificando uma taxa de prevalência deste distúrbio de 7,9% sendo que dos 2606 participantes a nível nacional, cerca de 22,2% referiram que ser testemunha de acidente grave ou morte constituía uma situação traumática significativa. Os autores verificaram que durante a vida 75% da população está exposta a pelo menos uma situação traumática e 43,5% a mais do que uma situação.

O estudo efectuado por Oliveira (2008) procurava avaliar o impacto da PTSD dos ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial (1961-1975) nas suas esposas e nos seus filhos, bem como a influência da sintomatologia evidenciada pelas mães sobre a sintomatologia dos filhos. E deste modo contribuir para a construção de conhecimento sobre a traumatização secundária nas famílias de indivíduos traumatizados.

A literatura fornece documentação de vários países, que os maquinistas estão em risco de PTSD após os acidentes, especialmente quando alguém morre. A PTSD poderá ocorrer independentemente se o maquinista estava ou não em risco de dano físico.

É comum os maquinistas testemunharem acidentes ou suicídios que envolveram mortes ou feridos graves, ou seja testemunharem eventos catastróficos como corpos despedaçados, podendo deste modo sofrer de um trauma psicológico originando ansiedade, insónias, sintomas psicofisiológicos e depressão.

Existe um corpo crescente de literatura sobre os efeitos dos acidentes de comboio na comunidade e das “vítimas secundárias” assim como sobre as características das vítimas de suicídio e de prevenção de suicídio ferroviário. Qualquer tipo de acidente ferroviário tem consequências psicológicas para os passageiros, comunidade e maquinistas (Weiss & Farrell, 2006; Rautji & Droga, 2004).

Um dos estudos mais completos sobre os efeitos múltiplos dos suicídios no caminho-de-ferro foi realizado na Grã-Bretanha e como esperado mostrou que o impacto emocional nos maquinistas após o acidente tem subjacentes diversos factores. Encontraram-se factores que tendiam a exacerbar o stresse tais como: o maquinista esperando sozinho muitas vezes na escuridão a chegada de ajuda e a falta de apoio por parte da polícia. Outros factores que atenuavam o stresse tais como: o reconhecimento pela família da vítima e a confiança do empregador que o maquinista não era o culpado (Weiss & Farrell, 2006).

Segundo Karlehagen et al. (1993) foi realizado um estudo na Noruega e na Suécia com uma amostra de 101 maquinistas envolvidos em acidentes graves no período de 1987 a 1989. Após terem sido submetidos a entrevistas clínicas e ao preenchimento de questionários (Impacto of Event Scale-IES e o da Saúde em Geral- GHQ-20) os investigadores analisaram os efeitos do trauma sobre a saúde dos maquinistas assim como os factores que predispõem a uma resposta ao stresse. Verificaram que 1/3 dos maquinistas apresentaram sintomas de stresse agudo no período de 24 horas após o acidente, ou seja foi diagnosticado o transtorno de stresse agudo que é aplicado aos indivíduos que se encontram na fase precoce da resposta ao trauma psicológico (prazo de 1 mês). Os sintomas incluíam distúrbios do sono, tremor, agitação e pesadelos. Todos os maquinistas relataram pensamentos intrusivos devido ao acidente e mais de metade encontravam-se na faixa de gravidade moderada a alta na IES. Apesar de não ter havido correlação estatística entre a natureza da resposta ao stresse e do número de acidentes anteriores, os autores constataram que os maquinistas que anteriormente sofreram de traumas semelhantes eram os que apresentavam maiores sintomas clínicos de angústia. A sensação de aumento de vulnerabilidade assim como a preocupação com futuros acidentes poderão aumentar a resposta ao stresse. Verificou-se também uma pequena correlação entre a experiência de trabalho e stresse que mostrou que os maquinistas mais jovens apresentavam sintomas mais severos. Um ano e um mês após o estudo *follow-ups* mostraram que a PTSD foi reduzida na maioria dos maquinistas ao passo que os que sofreram de experiências anteriores de acidentes apresentavam maior angústia residual. Os autores sugeriram que nos acidentes, existem variáveis independentes muito importantes a ter em conta nos sintomas clínicos, como seja o stresse da vida e problemas pessoais pré-mórbidos, concluíram que “a experiência repetida de acidentes deve ser sempre considerada como factor de risco, independentemente da saúde pré-mórbido do condutor” Karlehagen et al. (1993, p. 816).

Um estudo subsequente realizado por Vatshelle e Moen (1997) na Noruega em que os maquinistas relataram nas entrevistas os incidentes angustiantes. Através da aplicação do

GHQ-12 e IES, foi identificado maiores problemas de saúde, incluindo sintomas músculo-esqueléticos e psicológicos relacionados com o subtotal da escala de Intrusão da IES.

Cothereau, Beaurepaire e Payan (2004) realizaram um estudo longitudinal ao longo de três anos com maquinistas franceses que sofreram de acidentes com suicídio de pessoas, e verificaram que os efeitos de stresse pós-incidente resolveram-se no intervalo de um ano e que os maquinistas não pareciam sofrer de consequências ocupacionais significativas.

Os suicídios ferroviários têm sido estudados em termos de efeitos psicológicos nos maquinistas. Farmer et al. (1995) citado por Weiss e Farrell (2006) efectuaram um estudo e constataram que os maquinistas do metro de Londres sofreram sintomas de sofrimento psicológico após incidentes que envolviam suicídios. Na sua amostra 16,3% dos maquinistas apresentaram sintomas de PTSD. Um mês após o acidente, 39,5% dos maquinistas com PTSD sofriam de outros sintomas como a depressão e estados fobicos. Outro estudo realizado por investigadores ingleses com um amostra de 76 maquinistas de metro de Londres que assistiram ao suicídio de pessoas que se lançaram à frente do comboio, verificou-se que um mês após os incidentes, 17,11% dos maquinistas desenvolveram PTSD. Ao fim de 6 meses deixaram de ter os sintomas de PTSD mas dois apresentaram depressão e ansiedade.

Investigações realizadas noutros países já reportaram o impacto físico e psicológico do envolvimento dos maquinistas em acidentes, contudo no nosso país não foi identificado estudos realizados com maquinistas que testemunharam acidentes ou suicídios e o possível desenvolvimento de PTSD.

Através dos Relatórios Anuais de Segurança da CP- Comboios de Portugal, EPE., estimou-se que no período de 2008 a 2012 o número total de acidentes significativos foram 620 tendo como consequências 371 mortos e 116 feridos graves. Relativamente aos suicídios foram contabilizados no mesmo período o total de 244 suicídios, (2008- 49; 2009-61; 2010-49; 2011- 35 e 2012- 50).

De acordo com o especificado sobre o conceito de trauma e acontecimento traumático, verificamos que os referidos pressupostos são cumpridos pelos acidentes percebidos pelos maquinistas. Para além da imprevisibilidade, não controlo, percepção de perigo para a vida do próprio ou outrem, a exposição ao acidente origina diversas consequências psicológicas que interferem com o funcionamento intersubjectivo do individuo e com a sua relação com o mundo exterior.

Segundo Cunha (2007), as mudanças psíquicas e a capacidade de superação de todas as problemáticas que um acontecimento traumático induz no individuo, dependem de diversos factores. Salientamos em primeiro lugar, o tipo de trauma (severidade e duração). Em

segundo lugar a disposição individual, ou seja o estado de saúde, a experiência de vida e as crenças e práticas culturais do indivíduo. Outro dos aspectos a considerar é a percepção individual que tem a ver com as questões do desenvolvimento, os factores da personalidade e as estratégias de *coping* que cada indivíduo utiliza, uma vez que a percepção da situação, motivações e expectativas respeitante à reintegração e tipo de estratégias utilizadas para lidar com o trauma, irão influenciar a forma como o indivíduo apreende e ultrapassa o acontecimento traumatizante. Outro factor importante é o suporte social, nomeadamente as características do seu meio social e cultural bem como a existência ou não de suporte da família e/ou amigos.

Friedman (2009) refere que uma meta-análise realizada por Brewin, Andrews, e Valentine (2000), indicaram que os maiores factores de risco para o desenvolvimento de PTSD eram a gravidade do trauma e o pouco apoio social pós-trauma.

Vaz Serra (2003) refere que a prevalência de PTSD varia consoante a gravidade do trauma, a sua repetição, factores relacionados com o passado, o apoio social e a personalidade do indivíduo.

Comorbilidade entre PTSD e Acontecimentos de Vida

Os acontecimentos de vida como indutores de stresse podem ser identificados como qualquer acontecimento (positivo ou negativo), que origina modificações no padrão habitual de vida, sendo por isso necessário que o indivíduo efectue um ajustamento significativo na sua forma de vida.

Iruarrizaga, Tobal, Vindel e Ordi (2004) citado por Oliveira (2008), referem que a maior prevalência de PTSD se encontra entre as vítimas e sobreviventes de acontecimentos traumáticos provocados por outros seres humanos (entre 25 a 75%).

Ostrowski et al. (2008) forneceram uma nova visão sobre a relação entre a história de trauma anteriores e o risco de desenvolvimento de PTSD após trauma subsequente a um acidente. As características da história anterior de trauma são responsáveis por uma quantidade pequena, mas significativa da variância dos sintomas de PTSD.

Segundo Mães, Mylle, Delmeire e Janca (2001) citado por Pires (2005) os acontecimentos de vida adversos antecedentes, constituem um factor de vulnerabilidade para posteriores exposições, constituindo deste modo um importante preditor de desenvolvimento subsequente de PTSD.

Os acidentes de viação (onde poderemos incluir os acidentes ferroviários) são considerados pela literatura como acontecimentos potencialmente traumáticos que ocorrem repentina e inesperadamente e são emocionalmente perturbadores indutores de elevados níveis de ansiedade e stresse. Estas situações de elevado stresse podem ser geridas pelo indivíduo de forma mais ou menos adaptativa. A reacção aos diversos acontecimentos de vida tem subjacentes diversos factores, nomeadamente, a forma como o indivíduo percebe a situação, o grau de gravidade desta e a capacidade de resiliência de cada um. Quando os mecanismos de adaptação que o indivíduo utiliza não são funcionais podem surgir situações de perturbações psíquicas da ansiedade. Entre os diversos tipos de distúrbios neste tipo de perturbações, salientamos o desenvolvimento de PTSD e não é raro a co-existência de PTSD com outras perturbações psicológicas.

De acordo com Resick (2000), a exposição a acontecimentos traumáticos afecta o funcionamento interpessoal, o desempenho sexual, o funcionamento familiar, a capacidade de formar ou manter relações de amizade, a relação que as pessoas estabelecem consigo próprias a nível de auto-estima, autoconfiança, confiança no seu próprio julgamento ou nas crenças dos outros sobre o próprio.

Podem ainda alterar o sentimento de segurança e de auto-suficiência bem como a susceptibilidade de ligação com outros, colocando as pessoas no caminho da fatalidade, afectando a saúde, o emprego, os relacionamentos interpessoais, e o confronto com a morte (Valentine, 2003).

Segundo Norris (1992) citado por Cunha (2007) refere que 69% dos sujeitos vivenciaram pelo menos um acontecimento traumático no decorrer da vida e 23% dos indivíduos estiveram envolvidos num acidente de viação, sendo que 11,5% desenvolviam um distúrbio de stresse pós-traumático.

Apesar da exposição a eventos catastróficos ser uma das condições fundamentais para o desenvolvimento de PTSD, por si só, não é suficiente para traumatizar um indivíduo. Para que tal aconteça, é necessário que haja uma resposta emocional intensa ao evento traumático. Actualmente o conceito de trauma alterou-se substancialmente passando a ser considerado não só apenas um evento externo raro mas fundamentalmente a resposta psicológica de um indivíduo a um evento não comum, grandioso. (DSM-IV, citado por Friedman, 2009). Somente os indivíduos que respondem a eventos catastróficos com manifestação de medo, desespero ou horror poderão ser considerados “traumatizados” segundo o DSM-IV-TR (2002).

Para além das respostas emocionais, os eventos traumáticos também originam respostas fisiológicas. Estas são mediadas pelo sistema nervoso autónomo, especialmente o sistema de activação reticular do tronco cerebral, o hipotálamo e a glândula pituitária (Van der Kolk, 1987; Zuckerman, 1991, citado por Pereira & Ferreira, 2003). Apesar dos investigadores considerarem que estas alterações da neuroquímica microestrutural são temporárias, um evento traumático poderá alterar permanentemente a estrutura. Isto acontece quando as respostas traumáticas são armazenadas como sintomas somáticos, desenvolvendo nos indivíduos queixas físicas que pioram quando não tratadas. Em stress pós-traumático os indivíduos hiper accionam o eixo hipotalâmico-pituitária-adrenal (HPA) dando origem a mecanismos de desgaste energético ligados a processos defensivos (*fight or flight*), aparecendo reacções de ansiedade crónica, cujo desgaste origina sintomas de depressão e de empobrecimento ou desinvestimento do sistema imunitário (Graeff, 2003).

Vaz Serra (2003) refere que podem ser considerados acontecimentos traumáticos as situações em que se toma conhecimento de uma morte violenta ou inesperada de um indivíduo, como acontece com os maquinistas que participam de forma directa ou indirectamente nos acidentes ferroviários, assim como a suspeita de uma ameaça de morte vivenciada por um familiar ou pessoa significativa.

Segundo o mesmo autor, uma situação traumática induz a destruição da compreensibilidade que o sujeito percepção do seu meio ambiente, diminuindo o seu sentido de previsão e de controlo dos acontecimentos, aumentando desta forma a sensação de vulnerabilidade e diminuição da autoestima.

Machado e Gonçalves (2002) referem que existem três factores que podem transformar uma situação de vida num acontecimento traumático: a incapacidade do indivíduo para controlar a situação, originando uma inexistência de controlo na sua segurança individual; o facto de ser uma experiência imprevista e a atribuição de uma elevada conotação negativa à situação em questão.

Segundo este autor a exposição a situações traumáticas ao longo da vida é frequente, existindo indivíduos que experienciam mais do que um acontecimento traumático. As consequências desses eventos sobre um ser humano podem ser muito diferentes. Existem indivíduos que suplantam as situações traumáticas sem manifestarem posteriormente quaisquer perturbações físicas ou psíquicas, podendo essas situações contribuir para o seu desenvolvimento como factor de crescimento e amadurecimento psíquico. Noutros indivíduos o facto de experienciar um acontecimento traumático poderá levar ao desenvolvimento de perturbações psíquicas. Teremos que ter em conta as características individuais da

personalidade, as estratégias de *coping* e a capacidade de resiliência, entre outros aspectos que, são factores importantes e que alteram a forma como o indivíduo percepciona determinados acontecimentos traumáticos. Alguns autores defendem que a forma como é vivenciado um determinado evento traumático poderá levar ao desenvolvimento de depressão, transtornos mediados pela ansiedade, transtornos psicóticos assim como, a perturbação de stress pós-traumático que, poderá manifestar-se de forma isolada ou acompanhada por outros transtornos clínicos, que constituem factores de comorbilidade.

Relativamente às várias categorizações existentes sobre os vários tipos de acontecimentos traumáticos, salientamos a classificação proposta por Vaz Serra (2003) que refere: acidentes graves; desastres naturais; agressão criminosa; exposição a situações de combate durante a vida militar; agressão sexual; abuso sexual infantil; abuso físico ou grave negligência na infância; situações de rapto, prisioneiro de guerra, tortura ou deslocação forçada devido a condições de guerra e testemunhar ou tomar conhecimento de acontecimentos traumáticos.

McNally et al. (2003) referem que nem todos os sujeitos expostos a situação traumáticas desenvolvem os sintomas e as situações clínicas tendem a complexificar-se perante situações traumáticas repetidas e prolongadas, modificando deste modo e de forma significativa a relação que o indivíduo estabelece com o mundo e consigo próprio, como por exemplo alterações importantes na regulação do afecto, na consciência, na auto percepção, na percepção do agressor, no relacionamento com os outros e nos sistemas de significação.

Chung et al. (2004) conduziram uma investigação e os resultados deste estudo mostram que o grau de perturbação varia com o tipo de desastre e o grau de exposição.

Comorbilidade entre PTSD e Experiências Dissociativas Peritraumáticas

Investigações sobre PTSD com veteranos de guerra mostram que as experiências dissociativas são bastante elevadas (Bremner et al., 1992; cit. Tillman, Nash & Lerner, 1994).

Segundo Maia, Moreira e Fernandes (2009) a dissociação refere-se à incapacidade dos indivíduos em integrar na consciência ou seja, na memória e na identidade a totalidade dos elementos sensoriais e emocionais do evento traumático, sendo essa realidade fragmentada em diversos elementos somatossensoriais sem integração na história pessoal.

Marmar et al. (1996) citado por Maia, Moreira e Fernandes (2009), referem que o reaparecimento do interesse sobre uma ligação entre trauma e dissociação deve-se aos vários estudos empíricos que fomentam a forte ligação entre dissociação no momento do trauma,

fenómeno identificado por estes autores por “dissociação peritraumática” e o desenvolvimento subsequente de PTSD.

Segundo Bremner et al. (1993), Cardena et al. (1993), Chu et al. (1990) e Saxe et al. (1993) citado por Maia et al. (2009), a dissociação acontece não só durante o acontecimento traumático mas também pós-traumaticamente, como consequência a longo prazo, da exposição a eventos traumáticos. Nos últimos anos os estudos efectuados em psiquiatria mostraram que os processos dissociativos relacionados com o trauma têm um papel nocivo no desenvolvimento de problemas psicológicos.

Kolk, Hart e Marmar (1996) citado por Maia et al. (2009), referem que a dissociação encontra-se associada a três formas de funcionamento, sendo designadas por dissociação primária, dissociação secundária ou peritraumática e dissociação terciária. Para os autores a dissociação primária diz respeito à incapacidade dos indivíduos, quando confrontados com uma ameaça, integrar na consciência a totalidade do que está a acontecer. Num primeiro momento o trauma geralmente é organizado na memória a nível perceptivo e as “recordações” do evento traumático são inicialmente sentidas como fragmentos dos elementos sensoriais do acontecimento, na forma de imagens visuais; sensações olfativas, audíveis ou cenestésicas. Essa fragmentação é acompanhada por estados de ego que são distintos do estado normal de consciência. A “dissociação primária” é característica da PTSD, na qual os sintomas mais graves manifestam-se através de memórias traumáticas dissociadas – lembranças intrusivas extremamente perturbadoras, pesadelos e *flashbacks*.

A dissociação secundária ou dissociação peritraumática refere-se a uma dissociação entre o *eu* observador e o *eu* experienciador, inicialmente descrita por Fromm (1965) em indivíduos traumatizados (Marmar et al., 1996, citado por Maia et al., 2009). Esses indivíduos relatam que no momento do trauma deixam mentalmente os seus corpos e observam o que está acontecer de longe. Este modo de se distanciar da “dissociação secundária”, possibilitam aos indivíduos olhar para o acontecimento traumática como mero observador e atenuar a sua dor ou perturbação, sendo desta forma protegidos da tomada de consciência do impacto total do evento traumático.

Ozer et al. (2003) referenciam uma meta-análise efectuada recentemente sobre os preditores de PTSD, constatando que a dissociação peritraumática é o mais importante preditor dessa perturbação. Em Portugal, estudos realizados com uma amostra de bombeiros, de vítimas de acidentes de viação, de jovens e de mulheres perante o diagnóstico de cancro da mama, verificou-se de forma sistemática que a dissociação peritraumática relaciona-se de forma significativa com sintomas de PTSD.

Esses resultados foram surpreendentes, uma vez que os investigadores acreditavam que a dissociação poderia proteger as vítimas no momento do trauma, o que na realidade não acontece. No momento do trauma a dissociação é um dos mais importantes factores de risco para o desenvolvimento subsequente de PTSD crónica, uma vez que impede a integração da experiência (Maia et al., 2009).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, a dissociação terciária refere-se a perturbações psicológicas de natureza fundamentalmente dissociativa, como amnésia dissociativa, a fuga dissociativa, a perturbação dissociativa da identidade e a perturbação de despersonalização (Maia et al., 2009).

Estudos realizados por Ozer et al. (2003) citado por McNally et al. (2003) mostraram que os sujeitos que apresentavam dissociação peritraumática têm mais probabilidade de desenvolver PTSD e sintomas pós-traumáticos, sendo este factor o que por si só melhor prediz o risco de PTSD em indivíduos expostos a situações traumáticas.

Comorbilidade entre PTSD e Depressão

Segundo Kupchik et al. (2007) os indivíduos que manifestam stresse pós-traumático (SPT) após os eventos traumáticos, manifestam mais sintomas depressivos e ansiedade do que indivíduos que não manifestam SPT. O estudo indicou uma taxa relativamente elevada de PTSD após um evento traumático (acidente de veículo motor) numa escala de período de tempo que se segue ao evento. No estudo 15% da amostra manifestou sinais evidentes de PTSD 90 dias após o evento traumático (MVA).

Bleich et al., 1997; Kessler et al., 1995, citado por Cunha (2007), referem que existe uma complexa relação entre a depressão e a PTSD, sendo que uma depressão pode manifestar-se subsequentemente a um acontecimento traumático.

Os indivíduos que desenvolveram posteriormente crises depressivas têm mais probabilidades do que os outros de desenvolverem PTSD, assim como os indivíduos que desenvolveram anteriormente PTSD têm maior risco de desenvolver um episódio depressivo (Breslau et al., 1997; Connor et al., 1997, citado por Cunha, 2007). Existem vários estudos que mostram uma grande comorbilidade entre estas duas perturbações psiquiátricas (Kessler et al., 1995; Brady et al., 2000; Resick, 2000, citado por Cunha, 2007).

Uma investigação levada a cabo por McFarlane e Papay (1992) citado por Resick (2000) com uma amostra de bombeiros verificou que 51% dos que apresentavam PTSD

possuíam também perturbação depressiva major, perturbação de ansiedade generalizada (39%), pânico (37%) e fobias (33%).

Shalev et al. (1998), citado por McNally et al. (2003), identificaram a coexistência de depressão e de PTSD um mês após o acontecimento traumático, repercutindo-se em faltas laborais e na diminuição do contacto com amigos e familiares. Verificaram também que, após 4 meses da primeira avaliação, uma maior probabilidade da PTSD surgir nos sujeitos que inicialmente apresentavam PTSD e depressão, comparativamente com aqueles que na fase inicial apresentavam apenas PTSD (sem depressão).

Estudos realizados por Van Praag et al. (2005) defendem que é possível existir uma relação causal entre a depressão e o evento traumático se, a depressão for frequentemente precedida por acontecimentos de vida que provoquem um grau elevado de stresse e se, simultaneamente, o alívio ou melhoria das consequências traumáticas do acontecimento conduzirem ao alívio ou extinção da depressão.

Outros estudos defendem que a depressão pode ser secundária à PTSD mas também existem estudos que defendem o contrário, ou seja a PTSD procedeu à depressão (Bleich et al., 1997; Kessler et al., 1995, citado por Cunha, 2007).

O'Donnell, Creamer e Pattison, (2004) citado por Pires (2005) referem aspectos que podem contribuir para a compreensão da comorbidade que se verifica existir entre a PTSD e a depressão. A existência prévia de uma depressão poderá tornar os indivíduos mais susceptíveis ao desenvolvimento de PTSD; por outro lado, a presença de PTSD pode aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos em desenvolverem depressão.

As diferenças de diagnóstico entre a depressão e a PTSD podem levantar alguns problemas porque em ambas as perturbações há perda de esperança no futuro, desinteresse por actividades anteriormente consideradas satisfatórias, alterações do sono, irritabilidade e afastamento dos outros.

Segundo Vaz Serra (2003), estes dois quadros podem coexistir, no entanto a depressão diferencia-se pelo relevo do transtorno do humor e por, normalmente, não expressar fenómenos de sensibilização tão marcados em relação aos acontecimentos traumáticos, como na PTSD.

Segundo Cunha (2003) a perturbação psíquica depressão não é apenas uma alteração do humor (tristeza, apatia, irritabilidade, incapacidade de sentir prazer), inclui também alterações cognitivas, vegetativas e psicomotoras.

A depressão caracteriza-se por sentimentos de tristeza e vazio; sensações de irritabilidade, tensão ou agitação; diminuição da energia, fadiga ou lentidão; perda de

interesse e prazer nas actividades diárias, perturbação do apetite, do sono e do desejo sexual; alterações da concentração, memória e raciocínio; uma diminuída vontade de viver ou por medo de enfrentar algo que o indivíduo considera não ser capaz ou medo de algo com o qual se sente incapaz de lidar. A depressão pode conduzir a uma incapacidade de funcionamento quer físico quer mental, podendo mesmo levar o indivíduo ao suicídio.

Algumas formas de tratamento psicológico para a PTSD

Canterbury e Yule (1999^a), citado por Vaz Serra (2003) refere que, “Ao ser planeada qualquer forma de intervenção, preventiva, precisam de ser tidas em consideração as circunstâncias do acontecimento traumático e as correspondentes necessidades dos indivíduos envolvidos” (p. 266).

Segundo Friedman (2009), existem diversos tratamentos psicológicos específicos para os indivíduos com PTSD que se podem agrupar em três categorias: A Psicoeducação; a Psicoterapia individual e a Terapia de grupo.

Relativamente à Psicoeducação sendo uma componente importante para qualquer abordagem terapêutica não é um tratamento eficaz para a PTSD quando aplicado isoladamente. Este tratamento tem o propósito de mostrar ao individuo que os sintomas que apresenta são específicos e comuns ao de outros indivíduos que também estiveram expostos a eventos traumáticos. Esta informação ajuda a reconhecerem que não estão enlouquecendo, que não existe qualquer estigma associado ao tipo de resposta dada e que esta é perfeitamente normal após uma experiencia traumática e que não precisam de se envergonhar por apresentarem sintomas de PTSD.

As Psicoterapias Individuais encontram-se voltadas para o tratamento dos sintomas específicos da PTSD. Entre as diversas abordagens encontramos a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a dessensibilização e reprocessamento por meio de movimento ocular (EMDR) e a terapia psicodinâmica.

No que se refere à terapia cognitivo-comportamental esta baseia-se nos princípios da teoria da aprendizagem e da psicologia cognitiva e apresenta bons resultados na melhoria da perturbação de stresse agudo e do sofrimento pós-traumático, assim como na redução do desenvolvimento da PTSD. Esta abordagem poderá ser realizada através do método de exposição prolongada (EP) que tem como objectivo ajudar os indivíduos a confrontar e a separar a memória traumática da resposta emocional condicionada, de forma que a memória não volte a dominar os pensamentos, sentimentos e comportamentos que ficaram associados

ao acontecimento traumático. A exposição poderá ser realizada *in vivo* ou em *imaginação*. Outro dos métodos de tratamento utilizado por esta abordagem terapêutica é a terapia cognitiva que, coloca a ênfase na forma como o indivíduo com PTSD interpretou o acontecimento traumático relativamente à avaliação que faz do mundo e de si próprio. Geralmente esta terapia é utilizada conjuntamente com a terapia por exposição para se trabalhar tanto com as respostas emocionais condicionadas como com os pensamentos disfuncionais automáticos.

A terapia por processamento cognitivo (TPC) faz também parte da abordagem terapeuta cognitivo-comportamental e consiste no uso de narrativas escritas para descrever as consequências cognitivas e emocionais da exposição ao trauma de modo que o indivíduo possa aceder e processar as emoções que se encontram distorcidas e obscurecidas por interpretações pessoais sobre o evento traumático.

Outro tipo de intervenção utilizada para o tratamento da PTSD é a técnica de dessensibilização e reprocessamento por meio de movimento ocular designada em inglês por Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Esta técnica foi utilizada pela primeira vez por Francine Shapiro (2001) e “não surgiu da aplicação de princípios de natureza científica mas exclusivamente de uma observação casual” (Vaz Serra, 2003, p. 299).

Segundo Vaz Serra (2003) o primeiro objectivo de Francine Shapiro com esta técnica era reduzir a ansiedade nos indivíduos. Contudo em 1989 foi publicado um estudo da autora no *Journal of Traumatic Stress* mencionando o êxito deste método no tratamento de 22 indivíduos com PTSD. A técnica mostrou-se muito eficaz para a “dessensibilização, reestruturação cognitiva e eliminação de pensamentos intrusivos, muito marcados, provenientes do acontecimento traumático” (p. 300).

O problema que surge em relação à eficácia deste método é devido à fraca validade facial apresentada e à fraca base de apoio teórico. No entanto, após uma revisão de trabalhos realizados por Smith e Yule (1999) e Rothbaum (2000), citado por Serra Vaz (2003), existe actualmente estudos empíricos que comprovam os resultados positivos obtidos com esta técnica em diversas situações clínicas e não apenas na PTSD, entre as quais poderemos salientar no “Alívio de culpabilidade de maquinistas de comboios que, sem querer, vitimaram mortalmente peões que iam a atravessar a linha” (p. 305).

Relativamente à psicoterapia psicodinâmica, Friedman (2009) refere que nesta psicoterapia a ênfase é colocada no *equilíbrio psíquico* ou seja, no equilíbrio dinâmico entre pensamentos, sentimentos, memórias e impulsos que a mente conscientemente consegue ou não tolerar. Por vezes torna-se necessário que o indivíduo liberte os pensamentos e

sentimentos intoleráveis, através do recalçamento, para fora da esfera consciente. No entanto essas memórias traumáticas que passam para o inconsciente acabam por se manifestar através de sintomas apresentados na PTSD tais como: a intrusão, evitação/entorpecimento e hipervigilância. O tratamento consiste em compreender o contexto das memórias traumáticas e os processos defensivos através do qual o inconsciente transforma as memórias recalçadas em sintomas desadaptativos que, se torna necessário tratar. Para atingir um novo equilíbrio é necessário confrontar os processos inconscientes que recalçaram as memórias e que produziram os comportamentos desadaptados (sintomas).

Outro dos métodos utilizados para o tratamento da PTSD consiste nas terapias de grupo que podem ter uma orientação psicodinâmica, cognitivo-comportamental ou terapias de apoio e podem ser combinadas com os outros métodos.

Segundo Foy et al. (2003) citado por Friedman (2009) a terapia de grupo é eficaz para os indivíduos que passaram pelas mesmas situações traumáticas e que aprenderam a lidar com a PTSD, acabando por se apoiarem mutuamente com o auxílio de um profissional.

Ao mesmo tempo que partilham as experiências traumáticas vão criando vínculos entre si que os ajuda a enfrentar os seus medos, fragilidades, culpas, vergonhas e desmoralizações ou seja todos os sentimentos desestruturantes, para que esses pensamentos, sentimentos e comportamentos sejam normalizados e que progridem na direcção de adquirir estratégias adaptativas para melhor lidar com o trauma.

Método

Delineamento

O presente estudo é de natureza, exploratório, correlacional e comparativo de tipo quantitativo.

O método correlacional consiste em verificar se existe ou não correlação entre duas ou mais variáveis quantificáveis (Hill & Hill, 2005; Tuckman, 2000; Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 1998). Não estabelecem uma relação “causa-efeito” entre as mesmas, sendo que essa determinação pode ser feita por estudos experimentais (Tuckman, 2000).

A constatação da existência de correlações significativas entre duas variáveis pode ser útil para a previsão do valor de uma a partir do valor da outra (Carmo & Ferreira, 1998), facilitando, assim, eventuais decisões em que essas variáveis estejam envolvidas. Variáveis cujo grau de correlação é forte podem estar na base de estudos causais-comparativos, experimentais ou quasi-experimentais, estudos esses conduzidos com o objectivo de verificar se as relações existentes entre variáveis são de natureza causal (Cohen, Manion, & Morrison, 2000).

É através do método correlacional que sabemos se dois fenómenos (variáveis) estão relacionados ou associados (correlação) e qual é a grandeza da sua relação.

Mas uma correlação por si só, não nos diz nada sobre a relação temporal entre as duas variáveis. Por isso mesmo a noção de *factor de risco* representa um maior nível de compreensão porque estabelece uma relação temporal em que um acontecimento está correlacionado com uma característica posterior. Um factor de risco é um antecedente que aumenta a probabilidade de ocorrência de um determinado resultado.

O método comparativo realiza comparações com a finalidade de verificar semelhanças e explicar divergências. Através da formação de grupos, verifica se existem diferenças significativas entre as variáveis escolhidas. Comparar tem a função de perceber aspectos específicos e gerais que dão origem a evidências que testemunham causas. Este método explica as possibilidades existentes para as hipóteses formuladas, excluindo as que não se comprovam.

Pode dar lugar a novas questões e problemáticas, articulando no tempo e no espaço as diferentes variáveis com inúmeras combinações. Através deste método podem-se encontrar modelos que identificam semelhanças, diferenças e discontinuidades.

Participantes

A população alvo desta investigação é constituída por maquinistas da CP - Comboios de Portugal, EPE., seleccionados através de um processo não probabilístico de amostragem de conveniência, depois de responderem a um convite e consentirem na sua participação no presente estudo, sem qualquer contrapartida monetária ou compensatória.

Um dos critérios de inclusão na amostra foi o facto de os participantes serem maquinistas no activo que tenham sofrido e/ou percepcionado acidentes no decorrer das suas funções.

Os dados foram recolhidos nas Unidades (CP-Longo Curso, CP-Regional, CP-Lisboa e CP-Porto), de acordo com o local de prestação de serviço (Lisboa Santa Apolónia, Cais do Sodré, Lisboa Rossio, Barreiro, Entroncamento, Contumil e Porto S. Bento). A escolha desta empresa deve-se ao facto dos intervenientes serem funcionários e terem acedido participar nesta investigação.

Caracterização da amostra

A amostra utilizada é constituída por um total de 216 maquinista da CP - Comboios de Portugal, EPE., que responderam aos questionários e escalas de forma presencial e através das chefias.

O critério de inclusão utilizado no presente estudo foi o facto de se encontrarem no activo e terem sofrido e/ou presenciado acidentes no decorrer das suas funções. Foram excluídos 10 maquinista por não reunir as condições necessárias ou seja, não terem percepcionado qualquer acidente.

Na (Tabela 1) encontra-se especificado as características sociodemográficas sobre os 216 participantes deste estudo.

Todos os maquinistas são do género masculino ($n=216$, 100%).

Relativamente à idade, a média de anos é 44.85 ($dp=5.70$), sendo que a idade mínima é de 28 anos e a idade máxima 62 anos de idade.

No que se refere ao estado civil, 165 participantes são casados o que corresponde a 76.4%, 19 sujeitos são solteiros o que corresponde 8.8% da amostra, 28 sujeitos são divorciados o que corresponde a 13% da amostra, 3 sujeitos vivem em união de facto o que corresponde a 1.4% da amostra e apenas 1 sujeito é viúvo o que corresponde a 0,5%. Dos 216 participantes apenas 11.6% não tem filhos, a maioria (79,5%) possui entre 1 a 2 filhos.

Tabela 1: Descrição dos dados Sociodemográficos da amostra

Características	Medidas		
	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Intervalo</i>
<i>Idade (anos)</i>	44.85	5.695	28 - 62
	N		%
<i>Género</i>	216		
Masculino			100
<i>Estado Civil</i>	216		
Casado			76.4
Divorciado			13
Solteiro			8.8
União de facto			1.4
Viúvo			0.5
<i>Escolaridade</i>	216		
Até 9º Ano			25
9º Ano ao 12º Ano			73.2
Licenciatura			0.9
Superior a Licenciatura			0.9
<i>Anos de profissão</i>	216		
1 a 5			0.9
6 a 10			2.8
11 a 15			8.8
16 a 20			61.1
21 a 25			16.2
26 a 30			6.9
31 a 35			2.8
36 a 38			0.5
<i>Número de Filhos</i>	216		
Sem filhos			11.6
1 a 2			79.5
3 a 4			8.4
Mais de 4			0.5

Relativamente às habilitações literárias, 54 sujeitos tem a escolaridade inferior ao terceiro ciclo o que corresponde a 25% da amostra, 158 sujeitos têm a o ensino secundário completo o que corresponde a 73.1% da amostra, 2 sujeitos têm licenciatura o que corresponde a 0.9 % da amostra, 2 sujeitos têm superior a licenciatura o que corresponde a 0.9% da amostra.

No que se refere à antiguidade no trabalho, o menos antigo tem 5 anos na função, o mais antigo tem 38 anos na função.

Instrumentos

Tabela 2: Instrumentos utilizados e objectivos

<i>Instrumentos</i>	<i>Objectivos</i>
Questionário Sociodemográfico (Lemos & Patrão, 2012)	Recolher dados biográficos, características sociodemográficas, e informações pertinentes para o estudo.
Beck, Depression Inventory (BDI-II) (Beck, A.T., Ward, C., Mendelson, M., Mock & Erbaugh., 1961; Trad. Ponciano, Cardoso & Pereira, 2004)	Avaliar a sintomatologia depressiva
Lista de Acontecimentos de Vida (CAPS) (Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M., 1995; Trad. Maia & Fernandes, 2003)	Identificar diferentes acontecimentos de vida potencialmente traumáticos que permita estabelecer o diagnóstico de PTSD
Questionário de Experiências Peri-traumáticas (PDEQ) (Marmar, C.; Weiss, D. & Metzler, T., 1997; Trad. Maia, Fernandes & McIntyre, 2001)	Avaliar a existência de respostas dissociativas aquando da exposição ao acontecimento traumático
PTSD Checklist.Civilian Version (PCL-C) (Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. & Keane, T., 1993; Trad. Gonçalves, Lima & Marques Pinto, 2006)	Avaliar os sintomas fundamentais para o diagnóstico de PTSD segundo o DSM-IV-TR (2002)

Questionário Sociodemográfico

Para os efeitos específicos da investigação foi necessário elaborar um instrumento que englobasse algumas questões pertinentes que não se encontravam inseridas nos instrumentos utilizados. As informações recolhidas serviram para caracterizar a amostra do estudo. Este questionário sociodemográfico (Anexo A) é composto por 26 questões que abarcam diferentes tópicos.

Questões com intuito de recolha de alguns dados biográficos dos participantes: idade, sexo, habilitações literárias, situação profissional, anos de função, estado civil e existência de filhos e informação referente à história do indivíduo e dos acidentes sofridos e/ou presenciados.

Seguidamente recolhemos informações relativamente aos acidentes sofridos e/ou presenciados que incluem questões relacionadas com o número de acidentes, o tempo ocorrido, a quantidade nos diversos turnos e o número de vítimas mortais.

No grupo seguinte abordamos questões sobre a reacção em todos os acidentes, nomeadamente no que refere a incapacidade de prestar auxílio a possibilidade de prosseguir o serviço, estas questões foram avaliadas através de questões fechadas de resposta dicotómica (“Sim”, “Não”). A visualização das pessoas a sofrer o acidente, o receio pela própria vida e a percepção do estado de choque foram avaliadas através de questões fechadas de resposta tipo *Likert*, numa escala de três pontos (“Sempre”, “Alguma vezes”, “Nunca”). A quantificação da ameaça percebida foi avaliada também através de resposta tipo *Likert*, numa escala de três pontos (“Muito”, “Pouco”, “Nada”)

A culpa e responsabilidade foram também avaliadas através da escala de tipo *Likert* de três pontos (“Sim”, “Em parte”, “Não”).

A disponibilidade de apoio e a prestação de primeiros-socorros, abordadas no terceiro grupo de questões, debruça-se sobre o tempo decorrido desde a ocorrência do acidente e a prestação do auxílio e a percepção de apoio nesse intervalo de tempo.

No quarto e quinto grupo de questões abordamos a consequência física e/ou mental resultante dos acidentes sofridos e/ou presenciados e o consumo de fármacos antes e depois dos acidentes.

No sexto grupo a questão serviu para identificar a razoabilidade do vencimento auferido tendo em conta os riscos profissionais.

Relativamente a acontecimentos de vida anteriores abordados no sétimo grupo de questões, procuramos analisar o envolvimento em outros acidentes sem ser no exercício da profissão, avaliando a quantificação, o tipo e a gravidade do acidente, assim como a quantificação de mortes ou feridos graves.

Abordamos no oitavo grupo a admissão no hospital como consequência de algum dos acidentes.

Finalmente, no nono grupo de questões foi avaliado a existência e tipo de actividade pós-laboral (*hobbies*).

Inventário de depressão de Beck (BDI-II)

Este instrumento tem como objectivo avaliar a sintomatologia depressiva e foi elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961) com base na observação clínica de doentes deprimidos.

Segundo Steer, Beck & Garrison (1986) citado por Figueiredo (2007) este instrumento tornou-se ao longo dos anos o mais amplamente utilizado não apenas para avaliar a intensidade da depressão em pacientes psiquiatricamente diagnosticados mas, também para identificar depressão em populações normais.

McIntyre e Araújo-Soares (1999), num estudo realizado com uma amostra de 69 doentes com dor crónica, encontraram um valor alfa de .86, indicando uma elevada fiabilidade da escala nesta amostra. Da análise factorial derivaram duas sub-escalas: uma dimensão cognitiva da depressão (treze itens) e uma dimensão somática da depressão (oito itens), com alfas de Cronbach de .84 e .76 respectivamente.

O BDI-II utilizado (Anexo A) é uma versão em língua portuguesa aferida por Ponciano, Cardoso e Pereira (2004) para a população do ensino superior. Relativamente à avaliação das propriedades psicométricas do instrumento em questão, este apresenta uma excelente consistência interna (*Alfa de Cronbach* de .93).

Da análise factorial efectuada obtiveram-se dois factores que explicam 42,55% da variância das pontuações. O factor 1 foi denominado por Depressão Cognitiva e é constituído por 10 itens (nº 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13 e 14). O factor 2 foi denominado de Depressão Somática/Afectiva e é constituído por 11 itens (nº 1, 4, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, e 21).

Esta escala de auto-avaliação é constituída por 21 itens que pretende avaliar a forma como o doente se sente, permitindo diferenciar todos os elementos de uma população deprimida em confronto com outros elementos de populações não deprimidas.

Abrange aspectos da depressão como a tristeza, o pessimismo, a sensação de falhar, a insatisfação, a culpa, a expectativa da punição, o facto de não gostar de si mesmo, a culpabilização, a ideação suicida, o choro, a irritabilidade, o isolamento social, a indecisão, a distorção da imagem corporal, os problemas a nível do trabalho, a insónia, a fadiga, a anorexia, a perda de peso, a preocupação somática e a perda da libido (Beck et al., 1961).

Cada item é constituído por quatro frases, com valores de 0 a 3 pontos (com excepção dos itens 16 e 18 com sete frases, mantendo no entanto a pontuação de 0 a 3) disposto por ordem crescente de intensidade.

A pontuação total do questionário situa-se entre 0 e 63 pontos, consoante as respostas dos indivíduos sendo o resultado final obtido através da soma de cada um dos 21 itens.

O Centro de Terapia Cognitiva Americana, segundo Figueiredo (2007) definiu a seguinte cotação: 0-9 Depressão mínima ou inexistente (Não Deprimido); 10-18 Depressão suave a moderada (Depressão mínima); 19-29 Depressão Moderada a severa e 30-63 Depressão severa, neste estudo, utilizamos estes pontos de corte para os resultados.

Para o presente estudo, o BDI apresentou uma boa consistência interna (Tabela 4), com um valor de *Alfa de Cronbach* de .88 para a escala total e um valor de *Alfa de Cronbach* de .70 e .85 (Tabela 5) para as dimensões Depressão Cognitiva e Depressão Somática/Afectiva respectivamente.

Lista de acontecimentos de vida (CAPS)

O CAPS é uma entrevista clínica originalmente concebido por Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Gusman, Charney e Keane (1995) que visa e permite estabelecer o diagnóstico de PTSD. No instrumento original consta uma lista de acontecimentos de vida, que foi traduzida por Maia & Fernandes (2003). Foi esta a lista de acontecimentos de vida que utilizamos neste estudo (Anexo A).

Esta lista é constituída por 17 itens onde são apresentados alguns acontecimentos (e.g. incêndios, acidentes, violência, morte, entre outros). Cada um dos itens é avaliado numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (“aconteceu-me”, “vi acontecer”, “soube que aconteceu”, “não tenho a certeza” e “não se aplica”).

Relativamente à cotação esta escala poderá ser cotada atribuindo a seguinte pontuação: 0= não se aplica, 1= não tenho a certeza, 2= soube que aconteceu, 3= vi acontecer, 4= aconteceu-me. Nesta forma de cotar a escala irá variar entre 0 e 68 pontos, sendo a pontuação mais alta atribuída a um elevado nível de exposição aos acontecimentos.

Neste estudo utilizamos a seguinte forma de cotação: 1= não se aplica, 2= não tenho a certeza, 3= soube que aconteceu, 4= vi acontecer, 5= aconteceu-me, não sendo utilizado qualquer ponto de corte à semelhança do estudo realizado por Oliveira (2008), contudo iremos estabelecer alguns grupos com a pontuação. Neste caso, a escala irá variar entre 17 e 85 pontos (sendo o 17 equivalente a 0 pontos e os 85 aos 68 pontos). Consideramos apenas que quanto maior a pontuação obtida pelo indivíduo, mais acontecimentos de vida adversos tenha sofrido anteriormente.

Para o presente estudo, o CAPS apresentou uma boa consistência interna (Tabela 4), com um valor de *Alfa de Cronbach* de .81.

PTSD Checklist Civilian Version (PCL-C)

Esta escala foi originalmente desenvolvida por Weathers Weathers, Litz, Huska e Keane (1993), citado no National Centre for PTSD (NCP) (2010), com o objectivo de avaliar, diagnosticar e monitorizar a severidade de sintomas de PTSD. Segundo Gonçalves (2007), a versão portuguesa da PCL foi traduzida e adaptada por Gonçalves, Lima & Marques Pinto (2006).

Segundo o NCP (2010), existem três versões da escala: a versão PCL-M (populações militares), PCL-C (populações civis) e PCL-S para diagnósticos referentes a um evento específico.

Oliveira (2008) refere que a literatura considera esta escala o segundo teste mais utilizado em investigação relativamente à avaliação de PTSD (16%) o CAPS (23%) é considerado o primeiro teste mais utilizado. Sendo útil na avaliação da severidade dos sintomas e no diagnóstico de PTSD.

A PCL permite avaliar os 17 sintomas fundamentais para o diagnóstico de PTSD, segundo o DSM-IV-TR (2002), é constituída por frases como: “Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes ao acontecimento traumático”; “Sonhos perturbadores e repetitivos referentes ao acontecimento traumático”; “Perda de interesse por actividades de que antes costumava gostar”; e “Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria” entre outras.

O instrumento é composto por 17 itens respondido numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = “Nada” a 5 = “Extremamente”) em que é solicitado ao indivíduo para assinalar em que medida apresentou os referidos sintomas. Relativamente à cotação, Marcelino e Gonçalves (2012) referem que esta pode ser efectuada de três formas: através da soma dos 17 itens (*score* entre 17 e 85); através da soma de itens de sub-escalas (Critério B (1-5); Critério C (6-12); Critério D (13-17)); ou contar os itens com *score* de 3 ou superior.

Segundo Elhai, Gray, Kashdan e Franklin (2005) é considerado o valor dos sintomas quando o *score* é 3 ou superior. Este método permite-nos diagnosticar a presença de PTSD: após contar os itens com *score* 3 (moderado) ou superior como um sintoma de PTSD, segue-se as regras de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002), ou seja, tem de se verificar pelo menos

um sintoma do critério B (re-experienciar), pelo menos três do critério C (evitamento) e pelo menos dois sintomas do critério D (hiperactivação).

Segundo França (2011) quando se opta pelo primeiro modo de pontuação, podemos usar como base os pontos de corte sugeridos pelo NCP (2010) para diagnóstico de PTSD (Tabela 3).

Tabela 3: Pontos de corte sugeridos pelo NCP para diagnóstico de PTSD

<i>Contexto</i>	<i>Dimensões</i>
Doentes Psiquiátricos	56
Cuidados Primários	33
Em serviço militar Iraque/Afeganistão	28
Acidente de Viação (civis)	50

Fonte: National Centre for PTSD (2010)

Este instrumento foi utilizado em diversos contextos, nomeadamente com veteranos de guerra, vítimas de assédio sexual, mães de vítimas de cancro e acidentes de viação (Gonçalves, 2007).

Norris & Hamblen (2004), referem que o PCL possui excelentes qualidades psicométricas, apresentando uma boa consistência interna global dos 17 sintomas (*Alfa de Cronbach* de .96 a .97) e dos *clusters* de sintomas (Critério B com *Alfas de Cronbach* de .90 a .93; Critério C com *Alfas de Cronbach* de .89 a .92; e Critério D com *Alfas de Cronbach* de .91 a .92).

Relativamente aos dados da tradução portuguesa, efectuada por Gonçalves, Lima e Marques Pinto (2006) citado por Gonçalves (2007), verificou-se igualmente bons valores de *Alfa de Cronbach* a nível da consistência interna (17 sintomas com *Alfa* de .948; Critério B com *Alfa* de .895; Critério C com *Alfa* de .887 e Critério D com *Alfa* de .899).

A escolha desta escala (Anexo A) para o presente estudo baseou-se no facto de ter sido traduzida e aferida para a população portuguesa, ser uma escala de simples aplicação e pontuação, ter por base os critérios de diagnóstico do DSM-IV e ser utilizada com frequência em contexto de investigação. A cotação dos resultados foi realizada calculando a soma dos 17 itens (pontuação pode variar entre 17 e 85), com um ponto de corte situado nos 50 para diagnóstico de PTSD conforme aplicado nos casos de acidente de viação pelo NCP (2010).

Na presente amostra, a análise de consistência interna revelou boas qualidades psicométricas (Tabela 4 e 6), em que os *alfas* encontrados apresentam valores semelhantes aos *alfas* dos autores mencionados anteriormente.

Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (PDEQ)

Segundo Pires (2005), estudos realizados permitiram comprovar a existência de uma relação significativa entre acontecimentos de vida traumáticos e respostas dissociativas.

Marmar et al. (1997) citado por Pires (2005), designaram de dissociação peritraumática ao tipo de respostas que os indivíduos apresentavam durante o acontecimento traumático (despersonalização, desrealização, confusão, desorientação, entre outros). A investigação tem mostrado que a dissociação peritraumática é um importante indicador de desenvolvimento posterior de PTSD crónica, dado que vulnerabiliza os indivíduos.

Para poder avaliar e medir de forma mais clara este tipo de respostas, Marmar et al. (1997) elaboraram um questionário composto por 10 itens que designaram de *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)*.

O primeiro estudo efectuado com este instrumento avaliou as respostas dissociativas em veteranos da guerra do Vietnam (Marmar, Weiss, Schlenger, Fairbank, Jordan, Kulka & Hough, 1994; Marmar, Weiss & Metzler, 1997), tendo sido constatado que os sintomas de stress pós-traumático, o nível de exposição e as tendências dissociativas gerais se encontravam associadas.

Nas diferentes investigações realizadas, o PDEQ apresenta-se como um instrumento com boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* =0.81), significativamente associado com medidas de respostas de stress traumático, com o grau de exposição ao stress e com outras medidas gerais de tendências dissociativas. Não se encontra associado com outras medidas gerais de psicopatologia (Marmar et al., 1997).

De acordo com os seus autores (Marmar et al., 1997) este instrumento poderá ser utilizado com diferentes objectivos: avaliar as respostas dissociativas agudas no momento da exposição ao acontecimento traumático, determinar a eficácia de tratamentos farmacológicos ou psicoterapêuticos na redução das respostas dissociativas, assim como integrar uma avaliação mais complexa (também com outros instrumentos) dos sintomas agudos ou crónicos de PTSD. Na presente investigação, o PDEQ foi utilizado para avaliar as respostas de dissociação peritraumática presentes durante a exposição aos acontecimentos traumáticos (acidentes sofridos e/ou presenciados).

Em Portugal, o instrumento foi traduzido por Maia, Fernandes e McIntyre (2001) e adaptado por Horta-Moreira (2002). Na adaptação, realizada com uma amostra de 57 profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) maioritariamente expostos

em contextos de socorro a vítimas de acidentes de viação, houve dois itens (2 e 7) que foram eliminados, dado não se correlacionarem significativamente com outros itens (Horta-Moreira, 2004). De acordo com o DSM-IV, e dada a clara evidência de existirem diferentes factores, a autora estabeleceu diferentes sub-escalas: despersonalização (composta pelos itens 5, 3, 6 e 4) e desrealização (que integra os itens 1, 9, 10 e 8). Nesta adaptação, o PDEQ, apresenta uma boa consistência interna na pontuação total escala, a que designaram de Subescala Global de Dissociação Peritraumática (*Alpha de Cronbach* = 0,761). Também as sub-escalas apresentam valores igualmente favoráveis (*Alpha de Cronbach* despersonalização = 0,748; *Alpha de Cronbach* desrealização = 0,630). Tais resultados, segundo Horta-Moreira (2004) permitem sustentar a fidelidade e validade da escala.

Maia et al. (2009) realizaram uma nova adaptação da escala com uma amostra de 170 bombeiros. Da avaliação das propriedades psicométricas da escala total obteve-se uma excelente consistência interna (*Alfa de Cronbach* de 0,87).

No presente estudo, o PDEQ apresentou uma boa consistência interna (Tabela 4), com um valor de *Alfa de Cronbach* de .91.

Utilizamos a versão traduzida da escala por Maia, Fernandes e McIntyre (2001) (Anexo A), constituída por 10 itens que avaliam as experiências dissociativas relacionadas com os acontecimentos, as hipóteses de resposta apresentam-se numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = nada verdadeiro, 2 = um pouco verdadeiro, 3 = bastante verdadeiro, 4 = muito verdadeiro e 5 = muitíssimo verdadeiro).

Segundo Pires (2005) a literatura não faz qualquer referência sobre a administração da escala, assim como no que concerne à sua cotação. Assim sendo, para este estudo, consideramos que o total das respostas obtidas (sub-escala Global de Dissociação Peritraumática) varia entre 10 e 50 pontos. Na interpretação dos resultados consideramos que quanto maior o Total obtido na Escala Global de Dissociação Peritraumática, mais sintomas de dissociação o sujeito experimentou aquando da exposição ao acontecimento.

Qualidades métricas dos instrumentos utilizados

Fidelidade

A Fidelidade diz respeito à consistência de uma medida, ou seja, verificar se um instrumento mede com exactidão aquilo que pretende medir. Um teste com elevada fidelidade é aquele que consegue eliminar uma percentagem substancial da margem de erro (Kline,

2000). Existem três tipos de fidelidade: a estabilidade temporal; a equivalência das formas; e a consistência interna.

Neste trabalho só iremos abordar a consistência interna que se verifica através do *Alpha de Cronbach*, uma vez que este último é considerado uma das melhores medidas de consistência interna que resulta da divisão do teste em metades. O valor mínimo para testes de personalidade é de 0,7 e de 0,8 para testes de aptidões. Desta forma se houver coerência entre os itens, o valor do *Alpha de Cronbach* será elevado (Kline, 2000).

Como podemos constatar na (Tabela 4), todos os instrumentos têm um valor superior a 0,7 (Anexo B). Logo, temos uma boa consistência interna para todas as escalas e a probabilidade de os indivíduos terem os mesmos resultados em aplicações diferentes é alta.

Tabela 4: *Alphas de Cronbach's* para as Escalas de Depressão, Acontecimentos de vida, Stresse pós-traumático e Experiências peritraumáticas

<i>Alpha de Cronbach's escala completa</i>	
Depressão	0.88
Acontecimentos de vida	0.81
Stresse pós-traumático	0.95
Experiências peri-traumáticas	0.91

Uma vez que as escalas de Depressão e de Stress pós-traumático têm dimensões das escalas originais que serão utilizadas no presente trabalho, iremos verificar a consistência interna destas (Tabela 5 e 6).

Tabela 5: *Alphas de Cronbach's* para a dimensão Depressão Cognitiva e Depressão Somática/afectiva da escala de Depressão

<i>Dimensões</i>	<i>Itens</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Depressão cognitiva	2;3;5;6;7;8;9;10;13;14	0.70
Depressão Somática/afectiva	1;4;11;12;15;16;17;18;19;20; 21	0.85

Tabela 6: *Alphas de Cronbach's* para a dimensão Critério B, Critério C e Critério D da escala de Stresse pós-traumático

<i>Dimensões</i>	<i>Itens</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Critério B	A; B; C; D; E	0.91
Critério C	F; G; H; I; J; K; L	0.87
Critério D	M; N; O; P; Q	0.88

Ao analisar os *Alphas de Cronbach* para cada dimensão da escala de Depressão e Stresse pós-traumático, consideradas no presente trabalho, verificamos que todas apresentam um valor do *Alpha* igual ou superior ao valor considerado aceitável de 0,7 (Tabela 5 e 6) (Anexo B).

Procedimento

Para o referido estudo realizamos uma recolha bibliográfica, efectuando uma pesquisa na base PsycInfo (da EBSCO) através do Thesaurus com as palavras-chave iniciando-se pela palavra *posttraumatic stress disorder* e encontraram-se outras *key-words* como *railroaders*, *train driver*, *accidents*, *transportation accidents*, *event trauma*, *motor traffic accidents*.

Seleccionou-se então a ISI Web of Knowledge, escolhendo a data base Web of Science with conference proceedings. Seleccionou-se as bases Social Sciences Citation Index e Conference proceedings Citation Index – Social Science & Humanities. Utilizou-se como limitadores: Title; timespan: lastest five years. Tendo sido feito pesquisas avançadas sucessivas até identificar a forma ideal: *posttraumatic stress* or posttraumatic stress disorder and railroaders* or train driver and accidents* or transportation accidents* foram encontrados 235 títulos dos quais 54 são revisões de literatura.

Seleccionou-se posteriormente várias bases PsycINFO, PsycARTICLES, e Psychology and Behavioral Sciences Collection, PEP Archive e a Psycbooks, fazendo-se pesquisas avançadas sucessivas até identificar a forma ideal: *posttraumatic stress* or posttraumatic stress disorder, and railroaders*, or train driver, and transportation accidents* or traffic accidents*. Dadas as limitações da EBSCO para identificar revisões de literatura usou-se também no campo title as palavras *review or overview or meta-analysis*. Foram

usados os seguintes limitadores: link para texto completo, ano de publicação 2006-2012 e procura no campo “title” tendo sido obtido 86 títulos dos quais 2 são revisões de literatura.

Foi feita igualmente uma pesquisa na SciELO tendo sido identificado todos os artigos com factor de impacto superior a zero.

Nesta investigação participou a CP-Comboios de Portugal, EPE., a quem foi dirigido um pedido de autorização por escrito, sendo posteriormente comunicado aos participantes a permissão concedida para a realização do estudo.

Antes de se efectuar a recolha de dados consideramos alguns aspectos éticos. Os intervenientes foram esclarecidos em relação à natureza e objectivo do estudo assim como da confidencialidade dos dados, garantindo desta forma a participação voluntária de cada um.

A recolha de dados foi efectuada em diversos locais numa sala concedida para o efeito. Os questionários e escalas foram entregues pessoalmente e através dos respectivos chefes. Seguidamente foi-lhes solicitado que após a realização da bateria de testes que os colocassem no envelope para a recolha dos mesmos e que não deveriam participar se se encontrassem emocionalmente instáveis.

Os questionários foram entregues e preenchidos pelos próprios por se considerar que não haveria dificuldades de interpretação.

Foi-lhes apresentado um questionário sociodemográfico e as versões portuguesas de Beck, Depression Inventory (BDI-II) de Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh. (1961), de Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) de Blake et al. (1995), de PTSD Checklist.Civilian Version (PCL-C) de Waéathers, Huska & Keane (1993) e o Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ) de Marmar, Weiss & Metzler (1997).

Esta investigação inclui apenas um momento de avaliação que se traduziu na aplicação de todos os questionários e escalas acima referidos. A aplicação destas provas teve como finalidade efectuar uma recolha de dados para identificar na amostra os maquinistas que apresentem índices de PTSD.

Os dados obtidos foram analisados no *software Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS - versão 18.0 para Windows).

Efectuou-se o estudo da Normalidade e Homogeneidade das variáveis a fim de averiguar a possibilidade de aplicar os testes de hipóteses paramétricos, foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov, para testar a normalidade da variável e posteriormente caso este pressuposto se verifique, o teste de Levene para testar a homogeneidade das variâncias.

Tabela 7: Teste de Normalidade para as subescalas

<i>Teste de Kolmogorov-Smirnov</i>			
<i>Escala</i>	<i>Subescalas</i>	<i>Z</i>	<i>Sig.</i>
Stresse pós-traumático	Critério B	.184	.000
	Critério C	.229	.000
	Critério D	.189	.000
Depressão	Cognitiva	.186	.000
	Somática/afectiva	.131	.000

Como se pode observar na tabela apresentada (Tabela 7), relativamente aos resultados obtidos pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, os valores de significância para as subescalas de Depressão são *0.000* (Depressão cognitiva) e *0.000* (Depressão Somática/afectiva). Para as subescalas de Stresse pós-traumático o valor (*0,000*) é o mesmo para todas as subescalas (Critério B, C e D). Desta forma, podemos verificar que a amostra não tem distribuição normal, para o valor de referência de *0,05* (Anexo C).

Tabela 8: Teste de Normalidade para as Escalas de Depressão, Acontecimentos de vida, Stresse pós-traumático e Experiências dissociativas peritraumáticas

<i>Teste de Kolmogorov - Smirnov</i>		
<i>Escala</i>	<i>Z</i>	<i>Sig.</i>
Depressão	.124	.000
Acontecimentos de vida	.180	.000
Stresse pós-traumático	.060	.054
Experiências peri-traumáticas	.211	.000

Para as escalas, mas no seu global, (Tabela 8) o teste de Kolmogorov-Smirnov mostra-nos os valores de *0.000* para a escala de Depressão, *0.000* para a escala de Acontecimentos de vida, *0.054* para a escala de Stresse pós-traumático e *0.000* para a escala de Experiências peritraumáticas. Desta forma, verificamos que as escalas não têm distribuição normal para o valor de referência de *0,05* (Anexo C).

Para utilizarmos um teste paramétrico a amostra tem de ter distribuição normal e homogeneidade de variâncias e uma vez que estas condições não se verificaram, recorreu-se aos testes não-paramétricos.

Apresentação dos Resultados

Através dos dados recolhidos no Questionário Sociodemográfico iremos caracterizar os acidentes sofridos/presenciados pelos maquinistas no exercício da sua função, percepção de risco ou ameaça de vida, sentimento de culpabilidade e de apoio, controlo percebido sobre os acontecimentos, perturbações e incapacidades físicas e /ou psicológicas, outros acontecimentos de vida e actividades pós-laboral (*hobbies*).

Tabela 9: Caracterização dos acidentes sofridos/presenciados pelos maquinistas

Características	N	Percentagem (%)
<i>Número de acidentes sofridos/presenciados</i>	216	
De 1 a 5		74.5
6 a 10		18.1
11 a 15		6
16 a 20		1.4
<i>Tempo passado após o último acidente</i>	216	
Menos de 6 meses		12
6 meses a 1 ano		16.7
1 a 2		28.5
2 a 3		9.3
3 a 5		15.3
5 a 8		6
Mais de 8 anos		12.2
<i>O número de vítimas mortais</i>	216	
Sem vítimas		29.6
1 a 5		64.4
6 a 10		5.5
11 a 16		0.5

Relativamente ao “número de acidentes sofridos e/ou presenciados” a (Tabela 9) mostra-nos que o mínimo de acidentes foi de 1 por sujeito e o máximo de 20 por sujeito, com uma média de 4.49 acidentes presenciados por sujeito (Anexo C).

No que se refere ao “tempo passado desde o último acidente”, o tempo mínimo foi de menos de 6 meses e o máximo mais de 8 anos. No que toca a “vítimas mortais” ocorridas em sequência destes acidentes o mínimo foi de 0 vítimas e o máximo foi de 16 vítimas.

Tabela 10: Percepção de risco ou ameaça de vida

Características	N	Porcentagem (%)
<i>Viu a pessoa (s) a sofrer o acidente</i>	216	
Sempre		63
Algumas vezes		28.2
Nunca		8.8
<i>Ficou incapaz de ajudar</i>	216	
Sim		41.2
Não		58.8
<i>Medo de morrer e/ou ficar ferido</i>	216	
Sempre		4.6
Algumas vezes		32.9
Nunca		62.5
<i>Sentiu condições de prosseguir o serviço</i>	216	
Sim		67.6
Não		32.4
<i>Quão ameaçador foi o acidente</i>	216	
Muito		31
Pouco		46.3
Nada		22.7
<i>Ficou em estado de choque</i>	216	
Sempre		11.1
Algumas vezes		34.3
Nunca		54.6

A (Tabela 10) mostra-nos a percentagem dos sujeitos que “presenciou a pessoa a sofrer o acidente”, sendo que 63% refere que sempre viu e apenas 8.8% refere que nunca viu. No que refere à “incapacidade de ajudar”, 41.2% ficou incapaz e 58.8% refere que ficou capaz de ajudar no acidente. Relativamente ao “medo” percebido apenas 4.6% dos sujeitos tiveram medo de morrer ou ficar seriamente ferido ao passo que 62,5% nunca sentiram esse medo.

No que toca a sentir-se em “condições de prosseguir o serviço após o acidente”, 67.6% dos sujeitos refere que se sentiram em condições e só 32,4% não se sentiram em condições de continuar o serviço.

Relativamente à percepção de “ameaça” e de “estado de choque”, apenas 31% dos sujeitos refere que o acidente foi muito ameaçador e 22,7% dizem que não foi nada ameaçador. Somente 11,1% refere que ficaram em estado de choque enquanto 54,6% refere que nunca isso aconteceu (Anexo C).

Tabela 11: Percepção de culpa e de apoio

Características	N	Percentagem (%)
<i>Percepção de culpa/responsabilidade do acidente (s)</i>	216	
Sim		0.9
Em parte		3.7
Não		95.4
<i>Tempo de demora de auxílio (primeiros socorros)</i>	216	
0 a 30 minutos		87.5
31 a 60		11.6
60 a 90		0.4
60 a 120		0.5
<i>Percepção de apoio (enquanto aguardava pelos socorros)</i>	216	
Sempre		8.3
Algumas vezes		25.9
Nunca		65.7

Relativamente ao “sentimento de culpa e responsabilidade no acidente”, a (Tabela 11) mostra-nos que apenas 0,9% se sentiram culpados/responsável ao passo que, 95,4% refere que não sentiram qualquer culpa ou responsabilidade no acidente. O “tempo de demora de auxílio” variou entre os 0 e 120 minutos sendo que a percentagem máxima (87,5%) refere que o tempo de espera ficou entre o 0 e os 30 minutos. No que toca à “percepção de apoio”, 65,7% da amostra sentiram que nunca tiveram apoio enquanto aguardava pelos socorros, apenas 8,3% refere que sempre foram apoiados (Anexo C).

Tabela 12: Perturbações e incapacidades físicas e /ou psicológicas

Características	N	Percentagem (%)
<i>Sofre de perturbação física/mental como consequência</i>	216	
Sim		11.6
Não		88.4
<i>Ficou com incapacitado física/mental</i>	216	
Sim		10.2
Não		89.8
<i>Consumo de psicofármacos</i>	216	
<i>Antes</i>		
Sim		0.5
Não		99.5
<i>Depois</i>		
Sim		6.5
Não		93.5
<i>O vencimento é razoável para os riscos</i>	216	
Sim		0.5
Mais ou menos		11.1
Não		88.4

No que se refere a “consequências físicas ou mentais” em consequência dos acidentes presenciados no âmbito da sua função, a (Tabela 12) mostra-nos que 88,4% refere que não tiveram consequências e apenas 11,6% refere consequências (Depressão/ansiedade-0,9%; Perturbação de sono/humor-4,7%; Sonhos/memórias repetidas-2,7%; Medo-2,4% e Stresse-0,9%). Relativamente à “incapacidade física/mental”, 89,8% refere não ter ficado com qualquer incapacidade ao passo que 10,2% refere ter ficado incapacitado (Ferimentos físicos/psicológicos-4,2%; Memórias repetidas-0,9%; Insónias-0,5% e Falta de concentração-4,6%).

Relativamente ao “consumo de psicofármacos”, 99,5% refere que não tomava antes do acidente apenas 0,5% refere que já tomava antes do acidente. Após o acidente 6,5% refere que passou a tomar este tipo de fármacos ao passo que 93,5% refere que não passou a tomar.

No que diz respeito ao “vencimento” auferido apenas 0,5% refere que é razoável para os riscos que corre enquanto 88,4% refere que o vencimento não é razoável face aos riscos implicados (Anexo C).

Tabela 13: Acontecimentos de vida anteriores e actividades pós-laboral

Características	N	Percentagem (%)
<i>Acontecimentos de vida anteriores:</i>	216	
<i>Outros acidentes</i>		
Sim		53.2
Não		46.8
<i>Estado de choque</i>		
Sim		78.7
Não		21.3
<i>Mortos/feridos</i>		
Sim		10.2
Não		89.8
<i>Foi hospitalizado</i>		
Sim		18.5
Não		81.5
<i>Actividades pós-laboral (hobbies)</i>	216	
Sim		49.5
Não		50.5

Relativamente a “acontecimentos de vida anteriores”, a (Tabela 13) indica-nos que 53,2% refere que já sofreu acidentes fora do exercício da sua função e 46,8% refere que nunca sofreu acidentes fora deste âmbito. Do grupo que refere acidentes fora do âmbito laboral, 44% sofreram acidentes de viação. Destes sujeitos 78,7% refere ter ficado ferido ou em estado de choque e destes acidentes apenas 10,2% refere terem resultado mortos ou feridos graves. No

que toca a ser hospitalizado em consequência de algum dos acidentes, apenas 18,5% refere que já foi hospitalizado em consequência destes acidentes.

No que diz respeito a “actividade pós-laboral”, apenas 49,5% refere ter *hobbies* sendo a prática de desporto a percentagem mais elevada (56,7%) (Anexo C).

Análise descritiva das variáveis

A (Tabela 14) mostra-nos a pontuação máxima e mínima assim como a média e o desvio-padrão das variáveis principais: Acontecimentos de vida, Depressão, Experiências dissociativas peri-traumáticas e Stresse pós-traumático

Tabela 14: Estatística descritiva das variáveis principais

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
Acontecimentos de vida	216	17	71	42,00	11,56
Depressão	216	0	44	8.00	8.21
Experiências peritraumáticas	216	10	48	13.00	6.78
Stresse pós-traumático	216	17	78	28,00	12,04

Variável Acontecimentos de vida

No que se refere aos acontecimentos de vida adversos, a literatura aponta como sendo um dos factores facilitadores no desenvolvimento da PTSD e que 69% dos sujeitos vivenciaram pelo menos um acontecimento traumático no decorrer da vida e 23% dos indivíduos estiveram envolvidos num acidente de viação, sendo que 11,5% desenvolviam um distúrbio de stresse pós-traumático (Machado, 2002; Cunha, 2007; Ostrowski et al., 2008; Oliveira, 2008). Na amostra em estudo obtivemos para a variável acontecimentos de vida o valor mínimo de 17 pontos e o valor máximo de 71 pontos ($M = 42$; $dp = 11.56$) conforme apresentado na (Tabela 14), sendo que 35,6% apresentam uma pontuação entre os 17 e 37 pontos, 53,8% apresentam uma pontuação entre os 38 e os 58 pontos e apenas 10,6% apresentam uma pontuação entre os 59 e os 85 pontos (Anexo C).

Variável Depressão

A literatura considera a depressão um preditor significativo no desenvolvimento posterior da PTSD (Breslau et al., 1997; Connor et al., 1997, citado por Cunha, 2007) assim como a existência de grande comorbilidade entre estas duas perturbações psiquiátricas (Kessler et al., 1995; Brady et al., 2000; Resick, 2000, citado por Cunha, 2007).

Através dos nossos resultados (Tabela 14), verificamos que o valor mínimo da variável depressão foi de 0 pontos e o valor máximo 44 pontos ($M = 8$; $dp = 8.21$), sendo que 55,1% dos sujeitos não apresentam sintomas de depressão, 31,5% apresentam depressão mínima, 11,1% apresentam depressão moderada a severa e apenas 2,3% apresentam depressão severa (Anexo C).

Variável Experiências dissociativas peritraumáticas

A experiência dissociativa peritraumática é considerado pela literatura como um dos factores principais no desenvolvimento subsequente de PTSD e o mais importante preditor dessa perturbação, que os sujeitos que apresentavam dissociação peritraumática têm mais probabilidade de desenvolver PTSD e sintomas pós-traumáticos e que dissociação peritraumática relaciona-se de forma significativa com sintomas de PTSD, (McNally et al., 2003; Ozer et al., 2003; Maia et al., 2009).

No nosso estudo, no que se refere à variável experiências dissociativas peritraumáticas, verificamos que o valor mínimo apresentado nos 216 sujeitos foi de 10 pontos e o valor máximo foi de 48 pontos ($M = 13$; $dp = 6.78$) conforme apresentado na (Tabela 14), sendo que 83,3% apresenta uma pontuação entre os 10 e 20 pontos, 13% apresenta uma pontuação entre os 20 e os 30 pontos, 2,3% apresentam uma pontuação entre os 30 e os 40 pontos e apenas 1,4% apresenta uma pontuação entre 40 e 50 pontos (Anexo C).

Variável PTSD

A literatura refere que a prevalência de PTSD varia consoante a gravidade do trauma, a sua repetição, factores relacionados com o passado, o apoio social e a personalidade do indivíduo e mostrou também que o grau de perturbação varia com tipo de desastre e de exposição (Vaz Serra, 2003; Chung, et al., 2004; Cunha, 2007).

Cothereau et al. (2004), realização um estudo longitudinal ao longo de 3 anos com maquinistas franceses que sofreram de acidentes com suicídio de pessoas e verificaram que os efeitos de stresse pós-incidente resolveram-se no intervalo de um ano e que os maquinistas não pareciam sofrer de consequências ocupacionais significativas.

Neste estudo relativamente à variável stresse pós-traumático a (Tabela 14) mostra-nos que o valor mínimo apresentado nestes 216 sujeitos foi de 17 e o valor máximo apresentado foi de 78 ($m=28$; $dp=12.04$), tendo em conta a ponto de corte 50 sugeridos pelo NCP (2010) para diagnóstico PTSD, verificamos que apenas 8,3 % apresentam um resultado igual ou superior a 50 pontos, sendo que os restantes 91,7% apresentam um resultado inferior a 50 pontos. Verificamos ainda que, 75,5% dos sujeitos referem que os sintomas apareceram, depois do acontecimento traumático, nos primeiros 6 meses e apenas 10,2% referem que surgiram após 6 meses ou mais. Relativamente à duração de tempo após a ocorrência do acontecimento traumática em que os sintomas se manifestaram, 37,5% refere que só tiveram sintomas durante menos de 1 mês, 19% refere que tiveram sintomas durante menos de 3 meses e 29,2% tiveram sintomas durante 3 meses ou mais (Anexo C).

Análise da relação entre as variáveis principais

Para podermos averiguar se existe diferenças significativas quanto à depressão, Acontecimentos de vida e Experiências dissociativas peritraumáticas no desenvolvimento de PTSD utilizamos o coeficiente de correlação ordinal de Spearman que consideramos o mais apropriado, dado que as variáveis em estudo resultam de uma população com distribuição não normal e a escala não permite utilizar métodos paramétricos, para estabelecer uma relação.

Para analisarmos se existe uma relação positiva entre a Depressão total do indivíduo e os Acontecimentos de vida, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Anexo C).

Os resultados do teste constantes na (Tabela 15) permitem confirmar a existência de uma relação positiva entre a Depressão total do indivíduo e os Acontecimentos de vida ($r_s=0.176$; $p < 0,000$), ou seja verifica-se uma relação entre depressão total do indivíduo e os acontecimentos de vida. Verificamos também a existência de uma relação positiva entre a Depressão total do indivíduo e Stresse pós-traumático ($r_s=0,670$; $p < 0,000$).

Os resultados permitem ainda constatar que a Depressão relaciona-se positivamente com todas as dimensões de Stresse pós-traumático.

Tabela 15: Coeficiente de correlação de Spearman entre Depressão, Acontecimentos de vida, Stresse pós-traumático e Experiências peritraumáticas

	<i>Aconteci- mentos de vida</i>	<i>Stresse pós- traumático</i>	<i>Experiências peri- traumáticas</i>	<i>Stresse pós- traumático Critério (B)</i>	<i>Stresse pós- traumático Critério (C)</i>	<i>Stresse pós- traumático Critério (D)</i>
Depressão	.176*	,670**	,541*	,527**	,610**	,683**
Acontecimentos de vida		,256**	.288*	,245**	,181**	,266**
Stresse pós- traumático	246**		.634**			
Experiências peri- traumáticas	.288**	.626**		,245**	,181**	,266**

*. Correlação significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**. Correlação significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

Através do coeficiente de correlação de Spearman (Anexo C) verificamos também a existência de uma relação positiva ($rs=0.541$; $p < 0.000$) entre a Depressão e as Experiências dissociativas peritraumáticas.

Averiguamos ainda a existência de uma relação positiva entre Experiências dissociativas peritraumáticas e os Acontecimentos de vida do sujeito. Os resultados do teste presentes na (Tabela 15), permitem confirmar esta *relação* ($rs=0.288$; $p < 0,000$).

Os valores apresentados na (Tabela 15), permite-nos também verificar a existência de uma relação positiva ($rs=0,256$; $p < 0,00$) entre Acontecimentos de vida e Stresse pós-traumático e ainda constatar que Acontecimentos de vida relaciona-se positivamente com todas as dimensões de Stresse pós-traumático.

Os resultados presentes na referida tabela revelaram a existência de uma relação positiva ($rs=0.626$; $p < 0.000$) entre Stresse pós-traumático e Experiências peritraumáticas e permitiram ainda perceber que as Experiências dissociativas peritraumáticas relacionam-se positivamente com todas as dimensões de Stresse pós-traumático.

Análise da relação entre as variáveis principais e sociodemográficas

Para podermos averiguar se existe diferenças significativas quanto a algumas dimensões sociodemográficas no desenvolvimento de PTSD utilizamos também o coeficiente de

correlação ordinal de Spearman que consideramos o mais apropriado, uma vez que as dimensões em estudo resultam de uma população com distribuição não normal e a escala não permite utilizar métodos paramétricos para estabelecer uma relação.

Tabela 16: Coeficiente de correlação de Spearman entre Depressão, Acontecimentos de vida, Stresse pós-traumático, Experiências peritraumáticas e *Idade, Anos na função N° de acidentes sofridos, Tempo passado desde último acidente e Vitimas mortais*

	<i>Idade</i>	<i>Anos na função</i>	<i>N° de acidentes sofridos</i>	<i>Tempo passado desde último acidente</i>	<i>N° de vítimas mortais</i>
Depressão	.035	,478	-,060	-,099	-,085
Acontecimentos de vida	-.003	-,002	,223**	-,087	,175*
Stresse pós-traumático	.012	,025	,055	-,198**	,075
Experiências peritraumática	.049	-,005	,537	-,091	,723

*. Correlação significativa ao nível 0.05 (bi-caudal)

** . Correlação significativa ao nível 0.01 (bi-caudal)

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Anexo C) de forma a analisar se existe uma relação entre a Depressão total do indivíduo; Acontecimentos de vida; Stresse pós-traumático; Experiências peritraumáticas e *Idade; Anos na função; Número de acidentes sofridos; Tempo passado desde último acidente; Número de vítimas mortais*. Os resultados do teste constantes na (Tabela 16) não permitem confirmar esta *relação*. Contudo verifica-se uma relação positiva entre os Acontecimentos de vida e o Número de acidentes sofridos e o Número de vítimas mortais. Verifica-se também uma relação negativa entre Stresse pós-traumático e Tempo passado desde último acidente.

Tabela 17: Coeficiente de correlação de Spearman entre Depressão, Acontecimentos de vida, Stresse pós-traumático, Experiências peritraumáticas e *Tempo a chegar socorro*, *Número de acidentes fora do trabalho*, *Número de mortos feridos fora do trabalho*

	<i>Tempo a chegar socorro</i>	<i>Nº de acidentes fora do trabalho</i>	<i>Nº de mortos feridos fora do trabalho</i>
Depressão	,054	-,055	,037
Acontecimentos de vida	,032	,056	,215**
Stresse pós-traumático	,138	-,127	,064
Experiências peritraumáticas	,043	-,034	,115

*. Correlação significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**. Correlação significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

Utilizou-se novamente coeficiente de correlação de Spearman (Anexo C) para averiguar se existia uma relação entre Depressão, Acontecimentos de vida, Stresse pós-traumático, Experiências peritraumáticas e *Tempo a chegar socorro*, *Número de acidentes fora do trabalho*, *Número de mortos feridos fora do trabalho*. Os resultados presentes na (Tabela 17) não revelaram esta relação com excepção da relação entre Acontecimentos de vida e *Número de mortos presenciados em acidentes fora do trabalho* que se revela positiva.

Discussão dos resultados

Este estudo teve como principal objectivo estudar o impacto psicológico dos acidentes ferroviários nos maquinistas, através do estudo das variáveis: PTSD, depressão, acontecimentos de vida e experiências dissociativas peritraumáticas.

Por outro lado pretendemos verificar a prevalência de PTSD, depressão, acontecimentos e vida e experiências dissociativas peritraumáticas em maquinista vítimas de acidentes ferroviários. Assim como verificar se existem diferenças significativas quanto à depressão, acontecimentos de vida, experiências dissociativas peritraumáticas, e variáveis sociodemográficas no desenvolvimento de PTSD.

A realização desta investigação tornou-se importante dado não existir qualquer estudo sobre esta temática em Portugal. O facto de os maquinistas estarem expostos a um conjunto de situações adversas no exercício da sua função levou ao interesse de tentar compreender a possibilidade de desenvolvimento de PTSD e outras patologias relacionadas com esta perturbação.

Nesta amostra verificamos que apenas 8,3% dos maquinistas apresentam valores que apontam para o diagnóstico de PTSD e que existe uma correlação significativa entre a PTSD a Depressão, Acontecimentos de vida e Experiências dissociativas peritraumáticas.

A exposição a situações experienciadas como adversas por um indivíduo, poderão levá-lo a desenvolver um conjunto de sintomas que nem sempre são patológicos. Contudo, existem situações traumáticas que podem ser percebidas como extremas (catástrofe natural, ataque terrorista, acidente rodoviário/ferroviário, a morte de um ente querido, etc.) onde se manifesta uma reacção exacerbada de stresse, podendo desenvolver sintomas típicos de perturbação de stresse pós-traumático.

Estudo realizado em Portugal sobre o distúrbio de stresse pós-traumático na população adulta, verificou-se uma taxa de prevalência deste distúrbio de 7,9% sendo que 22,2% dos participantes referiram que ser testemunha de acidente grave ou morte constituía uma situação traumática significativa (Albuquerque et al., 2003).

Bauer, Caminha e Kristensen (2011) realizaram um estudo com uma amostra de sujeitos que integravam num esquadrão aéreo de combate, dois meses após terem sofrido um acidente aeronáutico e concluíram que 23,7% dos sujeitos apresentavam sintomas de PTSD.

No estudo sobre ex-combatentes da guerra colonial portuguesa realizado por Começanha e Maia (2011), verificou-se que 80% dos ex-combatentes apresentavam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PTSD.

Pires e Maia (2009) realizaram uma investigação sobre vítimas de acidentes rodoviários e verificaram que 33,3% dos sujeitos avaliados 5 dias após o acidente e reavaliados 4 meses depois, reuniram as condições necessárias ao diagnóstico de PTSD.

Um estudo realizado por Marcelino e Figueiras (2007) com uma amostra de socorristas de emergência pré-hospitalar verificou-se que 64% dos socorristas apresentavam sintomas da PTSD.

Numa outra investigação de McFarlane e Papay (1992) citado por Resick (2000) com bombeiros, verificou-se que 51% dos que apresentavam PTSD também tinham perturbação depressiva major, perturbação de ansiedade generalizada (39%), pânico (37%) e fobias (33%). Carlson e Rosser-Hogan (1991) citado por Tillman et al. (1994) realizaram um estudo sobre os refugiados com uma amostra de 50 indivíduos, os dados recolhidos apontam para o desenvolvimento de PTSD em 86% dos casos, havendo 96% com elevados níveis de dissociação e 80% com depressão.

A literatura fornece-nos documentação de vários países que os maquinistas estão em risco de PTSD após os acidentes, especialmente quando alguém morre. A PTSD poderá ocorrer independentemente se o maquinista estava ou não em risco de dano físico (Weiss & Farrell, 2006; Rautji & Droga, 2004).

Os suicídios ferroviários têm sido estudados em termos de efeitos psicológicos nos maquinistas. Farmer et al. (1995) citado por Weiss e Farrell (2006) realizaram um estudo e constatou que os maquinistas do metro de Londres sofreram sintomas de sofrimento psicológico após incidentes em que envolviam suicídios. Na sua amostra 16,3% dos maquinistas apresentaram sintomas de PTSD.

No nosso estudo foram apenas identificados 8,3% de sujeitos com pontuação superior a 50 pontos na escala PCL-C (valor de corte sugerido pelo NCP, 2000) que identifica a PTSD o que significa que os restantes 91,7% não apresentam sintomatologia de PTSD e apenas em 10,2% dos sujeitos os sintomas surgiram após 6 meses ou mais, sendo que em 37,5% dos sujeitos os sintomas manifestaram-se durante menos de 1 mês.

A dissociação e as respostas dissociativas têm sido um dos factores mais frequentemente referidos pela literatura como um dos principais intervenientes e factor de risco peritraumático para o desenvolvimento de PTSD (McNally et al., 2003; Barton et al., 1996, citado por Pires, 2005).

Estudos realizados por Spiegel e Cardena (1991) citados por Barton et al. (1996) e por Pires (2005) referem que a exposição a situações adversas ao longo da vida se relaciona com respostas dissociativas vividas no momento do acidente.

Em diversos estudos conclui-se que a presença de dissociação está relacionada com pior ajustamento físico e psicológico e mais sintomatologia de PTSD e que as respostas dissociativas quando associadas à percepção de perigo explicam o desenvolvimento de sintomas de PTSD.

Na nossa amostra verificamos que apenas 4,6% dos sujeitos refere medo de morrer ou ficar seriamente (percepção de perigo) e somente 1,4% experienciaram mais sintomas de dissociação correlacionando-se de forma significativa com o fraco valor obtido para a sintomatologia de PTSD (8,3%).

A literatura refere que os acontecimentos de vida adversos experienciados pelos sujeitos ao longo da vida são significativos para o desenvolvimento de PTSD. Estudos realizados por Norris (1992); Mayou e Farmer (2002) citados por Pires e Maia (2005) mostraram que 69% dos indivíduos sofreram pelo menos um acontecimento traumático ao longo da sua vida, encontrando-se em primeiro lugar com 38% os assaltos e em segundo com 23% os acidentes de carro ou outros veículos motorizados, contudo não são apenas esses acontecimentos que as pessoas estão expostas. Existem indivíduos que, devido à especificidade da sua profissão, estão sujeitos a uma exposição repetida a situações traumáticas que têm efeitos cumulativos, como acontece com os profissionais das forças policiais, bombeiros, pessoal de emergência médica que assistem e convivem repetidamente com vítimas de acontecimentos que lhes provoca sofrimento, estas situações vivenciadas, poderão ser identificadas como acontecimentos traumáticos (Fernandes & Maia, 2001; Maia, Fernandes & Horta, 2003, 2004, citados por Pires & Maia, 2005).

Na presente investigação verificamos que, para além de testemunharem os acidentes e suicídios no exercício das suas funções, 53,2% dos sujeitos tiveram outros acidentes (44% de viação) ao longo da vida, sendo que 78,7% ficaram em estado de choque. Contudo, apenas 10,6% foram identificados com mais acontecimentos de vida considerados adversos os restantes participantes não consideraram terem sido expostos a situações potencialmente traumáticas. A baixa percentagem obtida na escala de CAPS (avalia acontecimentos de vida traumáticos) relaciona-se significativamente com a baixa percentagem obtida pela escala de PDEQ (avalia as experiências dissociativas peritraumáticas) e simultaneamente correlaciona-se significativamente com fraco valor (8,3%) obtido pela escala PCL-C para identificar a sintomatologia de PTSD.

Kessler et al. (1995) citados por Cunha (2007) referem no seu estudo que existe comorbilidade entre depressão e PTSD e que os indivíduos com PTSD apresentam resultados mais elevados de depressão que os que não desenvolveram essa perturbação. Brady et al.

(2000) citado por Cunha (2007) afirma que a prevalência ao longo da vida de comorbilidade com a PTSD foi aproximadamente de 48% para a depressão major.

Shalev et al. (1998) citado por McNally et al. (2003) verificaram a coexistência de depressão e de PTSD um mês após o acontecimento traumático, repercutindo-se em faltas laborais e na diminuição do contacto com amigos e familiares.

Farmer et al. (1992) citado por Weiss e Farrell (2006) realizaram um estudo sobre o impacto dos suicídios ferroviários e os efeitos psicológicos nos maquinistas e verificaram que um mês após o acidente, 39,5% dos sujeitos com PTSD apresentavam sintomas depressivos e estados fobicos.

Os valores baixos obtidos, através do inventário BDI-II, para identificar a presença de depressão na amostra, vão de encontro com o que refere a literatura, ou seja quanto mais baixo for os valores de depressão menor percentagem de PTSD. Neste estudo apenas 2,3% dos sujeitos apresentam sintomatologia depressiva severa sendo que 55,1% não apresentam sintomas de depressão, correlacionando-se de forma significativa com o fraco valor (8,3%) obtido para a sintomatologia de PTSD.

Há características sociodemográficas cujo impacto se pode relacionar com o desenvolvimento de perturbações consequentes aos acidentes sofridos pelos sujeitos.

Estudos realizados por Blanchard e Hickling, 1997; Ehlers, Mayou e Bryant, 1998, citado por Pires (2005) com amostras envolvidas em acidentes rodoviários referem que a severidade do trauma, a percepção de perigo e o risco de vida, podem influenciar o desenvolvimento de perturbação psicológica, nomeadamente PTSD.

Um dos estudos mais completos sobre os efeitos múltiplos dos suicídios no caminho-de-ferro foi realizado na Grã-Bretanha e como esperado mostrou que o impacto emocional nos maquinistas após o acidente tem subjacentes diversos factores. Encontraram-se factores que tendiam a exacerbar o stresse como o facto de o maquinista esperar sozinho muitas vezes na escuridão a chegada de ajuda e a falta de apoio. Outros factores que atenuavam o stresse era o reconhecimento pela família da vítima e a confiança da empresa que o maquinista não era o culpado ou responsável pelo sucedido (Weiss & Farrell, 2006).

No nosso estudo apesar de 74,5% dos sujeitos terem presenciado entre 1 a 5 acidentes no exercício da sua função, apenas 4,6% refere terem tido “receio de morrer ou ficar seriamente ferido” e somente 31% perceberam os acidentes como “muito ameaçador”, ou seja, não existe uma percepção de risco nem de ameaça de vida que é necessário existir para influenciar o desenvolvimento de perturbação como refere a literatura.

No que refere ao sentimento de “culpabilidade ou responsabilidade” nos acidentes, apenas 0,9% dos sujeitos sentiram-se culpados ou responsáveis pelos acidentes sendo que, 95,4% não se sentem culpabilizados pelo acontecido, indo no sentido dos estudos sobre a PTSD como sendo um factor atenuante do desenvolvimento de perturbação. Relativamente ao sentimento de “apoio enquanto aguardavam pelos socorros”, apenas 8,3% refere terem sido sempre apoiados, sendo que 65,8% nunca se sentiram apoiados, contudo esse factor não exacerbou o desenvolvimento de PTSD contrariamente ao referido na literatura.

Alguns investigadores referem que o controlo percebido sobre os acontecimentos constitui um importante factor de desenvolvimento de perturbação (Mayou, Bryant & Ehlers, 2001, citado por Pires, 2005).

Neste estudo não obtivemos resultados significativos relativamente ao desenvolvimento de PTSD apesar de 63% dos sujeitos “*Viu a pessoa (s) a sofrer o acidente*”, não confirmou o exposto no manual (DSM-IV-TR, 2002, p. 463) onde foram consideradas entre outras situações traumáticas, o facto de “observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa...” no desenvolvimento de PTSD.

Resick (2000) refere que as lesões e limitações físicas subsequentes aos acidentes sofridos deixam marcas que se prolongam por períodos de tempo significativos que vulnerabilizam os indivíduos para o desenvolvimento de outros problemas de carácter físico e psicológico.

Pires (2005) refere que o impacto das lesões e limitações físicas subjacentes a acidentes encontra-se pouco estudado e, alguns autores referem que será necessário aprofundar o impacto desta variável no desenvolvimento de perturbações psicológicas nomeadamente na PTSD.

No presente estudo apenas 11,6% e 10,2% refere sofrer de uma “perturbação e incapacidade física/mental” respectivamente, como consequência dos acidentes sofridos/presenciados, pelo que, apenas avaliamos o poder preditivo dessa variável que concluímos não ser significativo no desenvolvimento de PTSD.

Resick (2000) refere que há autores que consideram o estilo de *coping* como uma variável pré-trauma, ainda que não o seja exclusivamente, visa proteger as pessoas de resultados e consequências negativas. Contudo, duvida que as estratégias de *coping* utilizadas no quotidiano sejam eficazes perante situações stressantes e/ou catastróficas.

Lazarus (1981) citado por Monteiro-Ferreira (2003) refere que o *coping* desempenha um papel fundamental nos factores pós-traumáticos, uma vez que é constituído por formas de

resolução e gestão de problemas. O *coping* é activado quando o bem-estar do indivíduo está em perigo e este não pode recorrer às aptidões e opções de rotina existentes.

Neste estudo tentamos perceber a existência de estratégias de *coping* como defesa contra o desenvolvimento de PTSD na forma de actividades pós-laboral e verificamos que apenas 49,5% possuíam *hobbies*, sendo na prática de desporto a percentagem mais elevada (56,7%). Apesar de mais de metade dos sujeitos não possuíam estratégia de *coping*, ou seja actividade pós-laboral, esse facto não levou a um maior desenvolvimento de PTSD como seria de prever conforme salienta a literatura.

Considerações finais

“O importante (...) não é o que acontece, mas o que o indivíduo percebe ou sente”

(Vaz Serra, 2003, p.97)

Após a invenção do comboio e da ocorrência dos primeiros acidentes ferroviários, registaram-se ocorrências de pesadelos, fenómenos de somatização, aumento da activação vegetativa e outros sintomas considerados como típicos do distúrbio de stresse pós-traumático.

A exposição a situações experienciadas como stressantes por um indivíduo, poderão levá-lo a desenvolver um conjunto de sintomas que nem sempre são patológicos. Contudo, existem situações de stresse que podem ser percebidas como extremas (catástrofe natural, ataque terrorista, acidente rodoviário/ferroviário, a morte de um ente querido, etc.) onde se manifesta uma reacção exacerbada de stresse, podendo desenvolver sintomas típicos de um distúrbio de stresse pós-traumático.

É comum os maquinistas testemunharem acidentes ou suicídios em que envolveram mortes ou feridos graves podendo deste modo sofrer de um trauma psicológico originando ansiedade, insónias, sintomas psicofisiológicos e depressão.

Qualquer tipo de acidente ferroviário tem consequências psicológicas para os passageiros, comunidade e maquinistas.

Investigações realizadas noutros países já reportaram o impacto físico e psicológico do envolvimento dos maquinistas em acidentes, contudo no nosso país não foi identificado estudos realizados com maquinistas que testemunharam acidentes e/ou suicídios e o possível desenvolvimento de PTSD.

Através dos Relatórios Anuais de Segurança da CP- Comboios de Portugal, EPE., estimou-se que no período de 2008 a 2012 o número total de acidentes significativos foram 620 tendo como consequências 371 mortos e 116 feridos graves. Relativamente aos suicídios foram contabilizados no mesmo período o total de 244 suicídios, (2008- 49; 2009-61; 2010-49; 2011- 35 e 2012- 50) pela relevância dos dados obtidos justificou-se a presente investigação que teve como objectivo estudar o impacto psicológico dos acidentes ferroviários nos maquinistas, através do estudo das variáveis: PTSD, depressão, acontecimentos de vida e experiencias dissociativas peritraumáticas.

Neste estudo poderemos concluir que existe uma baixa (8,3%) prevalência da PTSD na amostra tendo em conta os resultados das anteriores investigações.

Em relação às outras variáveis que sustentam a possibilidade de PTSD verificamos que a nível da depressão mais de metade da amostra (55,1%) não apresenta sintomas de depressão.

Relativamente a acontecimentos de vida traumáticos verificamos pela baixa percentagem (10,6%) que as situações que poderão traduzir-se como adversas não são percebidas como tal pelos sujeitos.

No que refere às experiências dissociativas peritraumáticas apenas 1,4% dos sujeitos apresentam pontuação que se poderá considerar existir essas experiências que, segundo a literatura é um dos principais factores no desenvolvimento subsequente de PTSD.

Verificamos que tal como refere a literatura a existência de uma correlação significativa entre PTSD, depressão, acontecimentos de vida e experiências dissociativas peritraumáticas.

No que diz respeito às características sociodemográficas da amostra é possível concluir que, apesar de 74,5% dos sujeitos terem “sofrido e/ou presenciado” acidentes no exercício das suas funções, apenas 4,6% referem terem tido “receio de morrer ou ficar seriamente ferido”, ou seja não existe uma percepção de risco nem de ameaça de vida que será necessário existir para influenciar o desenvolvimento de perturbação como refere a literatura.

No que toca ao sentimento de “culpa e/ou responsabilidade” nos acidentes, 95,4% dos sujeitos não tiveram esse sentimento pelo acontecido indo no sentido dos estudos sobre PTSD como sendo um factor atenuante do desenvolvimento de perturbação. Relativamente ao “sentimento de apoio” enquanto aguardavam pelos socorros, 65,8% dos sujeitos nunca se sentiram apoiados, contudo esse factor não exacerbou o desenvolvimento de PTSD contrariamente ao referido na literatura.

Concluimos também que apesar de 63% dos sujeitos “*Viu a pessoa (s) a sofrer o acidente*” que segundo o exposto no manual (DSM-IV-TR, 2002, p. 463) é considerado situação traumática para o desenvolvimento de PTSD, não obtivemos resultados significativos no desenvolvimento dessa perturbação, talvez devido ao facto de não existir a percepção de risco de morte ou ferimento grave aquando dos acidentes sofridos e/ou presenciados.

Concluimos ainda que apesar de 50,5% dos sujeitos não possuíam estratégia de *coping* como defesa contra o desenvolvimento de PTSD na forma de actividades pós-laboral (*hobbies*), esse facto não levou a um maior desenvolvimento de PTSD como seria de prever conforme salienta a literatura.

Tendo em consideração os resultados obtidos e que *à priori*, no geral, não se justifica necessidade de apoio psicológico aos maquinistas, contudo teremos que ter em conta a

percentagem ainda que pequena dos sujeitos que apresentam essa problemática. Para tal seria útil a implementação de um programa de apoio psicológico reparador especificamente aos maquinistas que apresentam diagnóstico de PTSD.

Seria também útil um apoio psicológico preventivo para os impactos psicológicos imediatos ao acidente como forma de minimizar e prevenir possíveis perturbações psíquicas.

Limitações do estudo

Com este estudo procuramos contribuir um pouco para o conhecimento das consequências psicológicas dos acidentes ferroviários nos maquinistas, nomeadamente em termos de PTSD, á semelhança do que tem sido realizado noutros países.

Contudo apesar da importância dos aspectos abordados, temos noção das limitações desta investigação. Uma das limitações refere-se à metodologia utilizada, uma vez que foi um estudo transversal de natureza exploratória com cariz descritivo e correlacional que apenas avaliou a presença de sintomatologia PTSD num determinado momento e não de uma forma continuada, não se procedendo também à constituição de um grupo de controlo o que poderá por em causa a generalização dos resultados obtidos. Outra limitação prende-se com o facto de os questionários serem de autopreenchimento e alguns foram preenchidos fora da supervisão da investigadora, tornando-se difícil controlar as variáveis externas que poderão levar a enviesamentos como dificuldades de compreensão de alguns itens, respostas aleatórias, falsificação de dados e efeitos de desejabilidade social.

A interpretação dos resultados também representa uma limitação do estudo, dado que os valores obtidos facultam apenas uma informação indirecta da presença de sintomatologia, uma vez que se baseiam em medidas de auto-relato efectuadas pelos maquinistas.

Investigações futuras

Com a finalidade de aprofundar o conhecimento das consequências dos acidentes sofridos e/ou presenciados pelos maquinistas serão necessárias mais investigações, para que possa ser identificado precocemente sintomas de perturbação e assim ser possível uma intervenção mais rápida, minimizando desta forma os riscos de desenvolvimento de perturbações, nomeadamente da PTSD.

Em futuras investigações, seria importante compreender a evolução e/ou remissão da sintomatologia através de estudos de carácter longitudinal, efectuando-se reavaliações

regulares com os maquinistas, só assim se, poderia conhecer a médio e longo prazo a extensão desta problemática e a possibilidade de planeamento de intervenções com o fim de proporcionar um apoio aos maquinistas, um controlo precoce das consequências, principalmente psicológicas e uma melhor gestão dos riscos e de situações traumáticas.

Será também importante existir uma divulgação dos resultados e discussão com os pares sobre esta temática, no caso do presente estudo houve uma aceitação do abstract para o II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde (Anexo D).

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309 – 320.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*: 4ª edição revista (DSM IV-TR). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bauer, R. C., Caminha, R. M., & Kristensen, C. H. (2011). Acidente Aeronáutico e suas Implicações no Desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT. *R. Conex. SIPAER*. 3(1), 265-275.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T. (1971). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 24, 495-500.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Manual*. San Antonio. TX: Psychological Corporation.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Chung, M., Werrett, J., Easthope, Y., & Farmer, S. (2004). Coping with posttraumatic stress: young, middle-aged and elderly comparisons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 333-334.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2000). *Research Methods in Education*. New York: Routledge.
- Começanha, R., & Maia, A. (2011); Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4 (2), 123-131.
- Coutinho, F. (2010). *Prevalência da sintomatologia depressiva nos estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior-Covilhã, Covilhã. Consultado em 20 de Setembro de 2012 através <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/862/filipecoutinhopdf.pdf>

- Cothureau, C., De Beaurepaire, C., & Payan, C. (2004). Professional and medical outcomes for French train drivers after “person under train” accidents: three year follow up study. *Occup Environ Med*, 61, 488-494.
- Cunha, S. (2007). *Distúrbio de stresse pós-traumático em acidentes de viação: consequências psicológicas*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro. Consultado em 26 de Setembro de 2012 através <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4745/1/2007001021.pdf>
- Elhai, J., Gray, M., Kashdan, T., & Franklin, C. (2005). Which Instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 541-545.
- Figueiredo, M. (2007). *Estudo exploratório sobre a saúde mental dos professores*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro. Consultado em 22 de Maio de 2012 através <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4638/1/209861.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- França, S. (2011). *Terapia por Eye Movement Dessensitization and Reprocessing e possível impacto nos níveis de Bem-estar Subjectivo: Um Estudo de Caso*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Lisboa, Lisboa. Consultado em 22 de Maio de 2012 através http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4985/1/ulfpie039673_tm.pdf
- Friedman, M. (2009). *Transtorno de estresse agudo e pós-traumático: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gonçalves, S., Lima, M., & Marques Pinto, A. (2006). Posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in work accident victims and witnesses: Preliminary results. In C. Guedes Soares, & E. Zio (Eds.), *Safety and Reliability for Managing Risk*. (Vol. I, pp. 767-771). London: Taylor & Francis
- Gonçalves, S. (2007). *Perturbações Psicológicas Associadas aos Acidentes de Trabalho: o papel moderador do coping social e da coesão grupal*. Tese de Mestrado apresentada ao ISCTE, Lisboa. Consultado em 20 Setembro 2012 através http://www.juliosantos.net/HST/Apresentacao_AGT08.pdf
- Graeff, F. (2003). Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático, *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25 (Supl. I), 21-24.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Horta-Moreira, S. (2004). *Bombeiros e Episódios de Emergência Pré-Hospitalar: O Impacto da Exposição a Acontecimentos Traumáticos*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga. Consultado em 26 de Outubro de 2012 através <http://repositorium.sdum.uminho.pt>
- Karlehagen, S., Malt, U.F., & Hoff, H. (1993). The effect of major railway accidents on the psychological health of train drivers: II. A longitudinal study of the one-year outcome after the accident. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 807-817.
- Kline, P. (2000). *Handbook of Psychological Testing*. London: Routledge.
- Kolk, B., Hart, O., & Marmar, C. (1996) Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 303-327). New York: The Guilford Press.
- Kupchik, M., Strous, R. D., Erez, R., Gonen, N., & Weizman, A. (2007). Demographic and Clinical Characteristics of Motor Vehicle Accident Victims in the Community General Health Outpatient Clinic: A Comparison of PTSD and non-PTSD Subjects. *Depression and Anxiety*, 24, 244-250.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Machado, C., & Gonçalves, R. (2002). *Violência a vítima de crimes*. (Vol. 1). Coimbra: Quarteto.
- Maia, A. & Fernandes, E. (2003). Questões de avaliação da resposta ao trauma e PTSD. In M.G. Pereira, & M. Ferreira (Eds.), *Stress Traumático*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maia, A. (2007). Factores Preditores de PTSD e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise. In L. Sales (Coord.), *Psiquiatria da Catástrofe* (pp. 263-276). Coimbra: Almedina
- Maia, A., Moreira, S., & Fernandes, E. (2009). Adaptação para a língua portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36 (1), 1-9.
- Marcelino, D., & Figueiras, M. (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. Consultado em 30 Abril de 2012 através <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a07.pdf>

- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (1), 71-75.
Consultado em 20 Abril de 2012 através <http://www.elsevier.pt/rpsp>
- Marmar, C., Weiss, D., Schlenger, W., Fairbank, J., Jordan, K., Kulka, R., & Hough, R. (1994). Peritraumatic dissociation and Posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Marmar, C.; Weiss, D., & Metzler, T. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 412-428). New York: The Guilford Press.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística- Com a Utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- McNally, R., Bryant, R., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?. *Psychological Science in The Public Interest*, 4, 45-79.
- McIntyre, T. & Araújo-Soares, V. (1999). Inventário da Depressão de Beck: Estudo da Validade numa amostra de doentes com dor crónica. In A.P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI, pp. 245-255). Braga: APPORT.
- Monteiro-Ferreira, J. (2003). A guerra- aspectos psicológicos. In M.G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Coords), *Stress Traumático: Aspectos teóricos e Intervenção* (pp. 27-146). Lisboa: Climepsi Editores.
- Monteiro-Ferreira, J. (2003). Trauma e Coping: natureza e curso de um processo. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.), *Stress Traumático: Aspectos teóricos e Intervenção* (pp. 91-107). Lisboa: Climepsi Editores.
- National Centre for PTSD (2010). *Using the PTSD Checklist (PCL)*. US Department of Veteran Affairs. Consultado em 20 Abril de 2012 através <http://www.ptsd.va.gov/>
- Nishi, D., Matsuoka, Y., Yonemoto, N., Noguchi, H., Kim, Y., & Kanba, S. (2010). Peritraumatic Distress Inventory as a predictor of post-traumatic stress disorder after a severe motor vehicle accident. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 149-156.
- Norris, F., & Hamblen, J. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J.P. Ewison., & T.M. Keane. *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 63-102). New York: Guilford.

- Oliveira, S. (2008). *Traumas da Guerra: traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Lisboa, Lisboa. Consultado em 20 de Setembro de 2012 através <http://www.repositorio.ul.pt>
- Ozer, E., Best, S., Lipsey, T., & Weiss, D. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bul*, 129, 52-73.
- Ostrowski, L., Spoonster, W., Dulmen, M., Sledjeski, E., & Delahanty, D. (2008). Trauma History Characteristics and Subsequent PTSD Symptoms in Motor Vehicle Accident Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 377-384.
- Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. (2003). Nota Introdutória. In M.G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Coords.), *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pires, T. (2005). *Perturbação de Stress Pós-Traumático em Vítimas de Acidentes Rodoviários*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, Braga. Consultado em 17 de Janeiro de 2012 através <http://hdl.handle.net/1822/4907>.
- Pires, T. & Maia, A. (2005). Acidentes Rodoviários: Perturbação Aguda de Stress e PTSD nas Vítimas Directas. *Actas do 2º Congresso Hispano-Português de Psicologia* (pp. 1-11). Lisboa.
- Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2009). Empirically Supported Psychological Treatments For Adult Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: A Review. *Depression and Anxiety*, 26, 1086-1109.
- Ponciano, E., Cardoso, I., & Pereira, A. (2004). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) em estudantes do Ensino superior. In A. Pereira, & Decq Motta (Eds.), *Acção social e aconselhamento psicológico no ensino superior e intervenção* (pp. 329-337). Coimbra: SASUC.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity and diagnostic utility. *Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS*. San Antonio.
- Weiss, K. J., & Farrell, J. M. (2006). PTSD in Railroad Drivers Under the Federal Employers' Liability Act. *J Am Acad Psychiatry Law*, 34(2), 191-199. Consultado em 15 de Maio de 2012 através <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16844800>
- Rautji, R, Dogra, TD. (2004). Rail traffic accidents: a retrospective study. *Med Sci Law*, 44, 67-70.

- Relatório Anual de Desempenho e Segurança (2011). Consultado em 20 de Abril de 2012 através <http://info.cp.pt/conteudos/conteudos.php?seccao=V&id=6101>
- Relatório Anual de Desempenho e Segurança (2011). Consultado em 30 de Abril de 2013 através <http://info.cp.pt/conteudos/conteudos.php?seccao=V&id=6102>
- Resick, P. (2000). Post-trauma risk factors and resources: coping, cognitions and social support. In P. Resick, *Stress and Trauma* (pp. 95-115). USA: Psychology Press.
- Resick, P. (2000). Prevalence of traumatic stress and related disorders. In P. Resick, *Stress and Trauma* (pp. 29-55). USA: Psychology Press.
- Tillman, J., Nash, M., & Lerner, P. (1994). Does trauma cause dissociative psychopathology? In S.J. Lynn & J.W. Rhue. *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives* (pp. 395-413). Nova Iorque: Guilford Press.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação* (4ªed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In Pereira, M., Monteiro-Ferreira, J. (Eds.), *Stress Traumático. Aspectos Teóricos e Intervenção* (pp. 19-33). Lisboa: Climepsi Editores.
- Van Praag, H., Kloet, R., & Os, J. (2005). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Vatshelle, A. & Moen, B.E. (1997). Serious on the tracks accidents experienced by train drivers: Psychological reactions an long-term health effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (1), 43-52.

ANEXOS

ANEXO A
Questionários

Este estudo tem como objectivo avaliar os níveis de Perturbação de Stresse Pós-Traumático nos maquinistas. Os dados recolhidos serão tratados de forma totalmente confidencial. A participação neste estudo é estritamente voluntária e anónima.

Rubrica _____

Questionário Sociodemográfico

(Lemos & Patrão, 2012)

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino

Habilitação Literárias _____ Situação Profissional _____

Há quantos anos exerce as funções de maquinista _____

Estado civil _____

Tem filhos? Não Sim Se sim, quantos? _____

1. Acidentes sofridos/presenciados no exercício da sua profissão:

1.1. Número de acidentes sofridos/presenciados? _____

1.2. Há quanto tempo ocorreu o último acidente? _____

1.3. Quantos acidentes (s) ocorreram no turno da Manhã Tarde Noite

1.4. Houve vítimas mortais? Não Sim Se sim, quantas? _____

2. Em todos os acidentes (s)

2.1. Ouviu pessoas a gritar? Sim Não

2.2. Ficou incapaz de ajudar? Sim Não

2.3. Teve medo de morrer ou de ficar seriamente ferido?

Sempre Algumas vezes Nunca

2.4. Quão ameaçador foi o acidente (s)? Muito Pouco Nada

2.5. Ficou em estado de choque? Sempre Algumas vezes Nunca

2.6. Sente-se, ou alguma vez se sentiu culpado/responsável pelo acidente (s)?

Sim Em parte Não

3. Primeiros - socorros (auxílio):

3.1. Aproximadamente quanto tempo demorou a chegar os socorros? _____

3.2. Sentiu-se apoiado enquanto aguardava pelos socorros?

Sempre Algumas vezes Nunca

4. Consequência física/mental:

4.1. Sofre de alguma perturbação/doença física ou mental em consequência de algum dos acidentes?

Não Sim Qual? _____

4.2. Ficou incapacitado física ou mentalmente como resultado dos acidentes?

Não Sim Qual? _____

5. Consumo de fármacos:

5.1. Antes do acidente (s) tomava algum psicofármaco?

Não Sim Qual? _____

5.2. Após o acidente, começou a tomar algum psicofármaco?

Não Sim Qual? _____

6. Vencimento auferido:

6.1. Acha que o seu vencimento é razoável para os riscos que corre?

Sim Mais ou menos Não

7. Acontecimentos de vida anteriores:

7.1. Já teve outros acidentes sem ser no exercício da sua profissão?

Sim Não

Se sim,

7.2. Número de acidentes? _____

7.3. Que tipo de acidente? _____

7.4. Ficou ferido ou em estado de choque? Sim Não

7.5. Houve mortes ou feridos graves? Não Sim Se sim, quantos? _____

8. Admissão no hospital:

8.1. Foi hospitalizado em consequência de algum dos acidentes? Não Sim

9. Actividade (s) pós-laboral:

9.1. Exerce algum tipo de actividade como hobby? Sim Não

Se sim,

9.2. Que tipo de actividade _____

BDI – II

(Beck, 1961, versão portuguesa Ponciano et al, 2004)

INSTRUÇÕES

Este questionário é constituído por 21 grupos de afirmações. Leia cuidadosamente cada grupo e escolha a frase, **apenas uma frase**, em cada grupo que melhor descreve a maneira como se tem sentido nas **últimas duas semanas, incluindo hoje**. Faça um círculo em torno do algarismo junto da afirmação que escolheu. Se várias afirmações, no mesmo grupo, lhe parecem igualmente adequadas assinale o algarismo mais elevado ara esse grupo. Verifique se só respondeu a uma afirmação em cada grupo, incluindo o grupo 16 (Alterações do Padrão do Sono) ou o grupo 18 (Alterações do Apetite).

<p>1. Tristeza</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não me sinto triste1 Sinto-me triste a maior parte do tempo2 Estou sempre triste3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar <p>2. Pessimismo</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não estou desanimado quanto ao futuro1 Sinto-me mais desanimado quanto ao futuro do que habitualmente2 Não tenho esperança que as coisas se resolvam para mim3 Não tenho esperança no meu futuro e penso que só pode piorar <p>3. Fracasso</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não me sinto um fracasso1 Falhei mais do que devia2 Quando olho para trás o que vejo é um monte de fracassos3 Acho que, como pessoa, sou um fracasso total <p>4. Perda de Prazer</p> <ul style="list-style-type: none">0 Tiro prazer das coisas de que gosto como sempre tirei1 Não tiro prazer das coisas como costumava tirar2 Tiro muito pouco prazer das coisas de que costumava gostar3 Não consigo tirar nenhum prazer das coisas de que costumava gostar <p>5. Sentimentos de Culpa</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não me sinto particularmente culpado1 Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito2 Sinto-me culpado na maior parte do tempo3 Sinto-me permanentemente culpado <p>6. Sentimentos de Punição</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não acho que esteja a ser punido1 Acho que posso ser punido2 Estou à espera de ser punido3 Acho que estou a ser punido	<p>7. Auto-Depreciação</p> <ul style="list-style-type: none">0 Sinto o que sempre senti em relação a mim mesmo1 Perdi a confiança em mim mesmo2 Estou decepcionado comigo mesmo3 Não gosto de mim <p>8. Auto-Crítica</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não me critico ou culpo mais do que o habitual1 Sou mais crítico comigo do que costumava ser2 Critico-me por todas as minhas faltas3 Culpo-me por tudo o que de mal me acontece <p>9. Pensamentos ou Desejos Suicidas</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não tenho quaisquer ideias de me matar1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria2 Gostaria de me matar3 Matava-me se tivesse oportunidade <p>10. Choro</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não choro mais do que o costume1 Choro mais do que costumava2 Choro por pequenas coisas3 Sinto vontade de chorar mas não consigo <p>11. Agitação</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não estou mais inquieto ou agitado do que o costume1 Sinto-me mais inquieto do que o costume2 Estou tão inquieto ou agitado que é difícil manter-me quieto3 Estou tão inquieto ou agitado que tenho de estar constantemente a mexer-me ou a fazer alguma coisa <p>12. Perda de Interesse</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou actividades1 Estou menos interessado noutras pessoas ou coisas do que costumava estar2 Perdi a maior parte do interesse por outras pessoas ou coisas3 É difícil interessar-me por qualquer coisa
--	---

<p>13. Incapacidade de Decidir 0 Tomo tão bem decisões como sempre 1 Acho mais difícil tomar decisões do que o costume 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que costumava ter 3 Tenho dificuldade em tomar qualquer decisão</p> <p>14. Falta de valor pessoal 0 Sinto que não sou um inútil 1 Não me considero tão valioso como antes 2 Sinto-me inútil quando me comparo com outras pessoas 3 Sinto-me completamente inútil</p> <p>15. Perda de energia 0 Tenho tanta energia como sempre tive 1 Tenho menos energia do que costumava ter 2 Não tenho energia suficiente para fazer grande coisa 3 Não tenho energia suficiente para fazer qualquer coisa, seja o que for</p> <p>16. Alterações do Padrão do Sono 0 Não sofri nenhuma alteração do meu padrão de sono 1a Durmo um pouco mais que o habitual 1b Durmo um pouco menos que o habitual 2a Durmo bastante menos que o habitual 2b Durmo bastante mais que o habitual 3a Durmo a maior parte do dia 3b Acordo 1 a 2 horas mais cedo e não consigo voltar a adormecer</p> <p>17. Irritabilidade 0 Não ando mais irritável do que o costume 1 Ando mais irritável do que o costume 2 Ando muito mais irritável do que o costume 3 Ando permanentemente irritável</p>	<p>18. Alterações do Apetite 0 Não notei nenhuma mudança no meu apetite 1a Tenho um pouco menos de apetite do que o costume 1b Tenho um pouco mais de apetite do que o costume 2a Tenho muito menos apetite do que antes 2b Tenho muito mais apetite do que antes 3a Não tenho apetite nenhum 3b Tenho um desejo constante de comer</p> <p>19. Dificuldade de Concentração 0 Consigo concentrar-me tão bem como sempre 1 Não consigo concentrar-me tão bem como de costume 2 É difícil manter a minha atenção, nalguma coisa, por muito tempo 3 Noto que não me consigo concentrar em nada</p> <p>20. Cansaço ou Fadiga 0 Não estou mais cansado ou fatigado do que o costume 1 Canso-me ou fatigo-me mais do que o costume 2 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer muitas das coisas que costumava fazer 3 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer</p> <p>21. Perda de interesse em Sexo 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessada por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo, agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
--	---

CHECKLIST (PCL) - VERSÃO CIVIS

Weathers *et al.* (1993)

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

Avaliação do Acontecimento Traumático

INSTRUÇÕES: O seguinte questionário descreve sintomas ou queixas que as pessoas por vezes têm após terem vivido uma experiência traumática. Pedimos-lhe agora que concentre a sua atenção no **acontecimento/experiência** que considera ter sido **a mais traumática** para si e que referiu na pergunta nº13 ou nº15.

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

Escala:

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

Em que medida sofreu dos seguintes sintomas:	Nos tempos seguintes ao acontecimento traumático				
	1	2	3	4	5
a) Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes ao acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
b) Sonhos perturbadores e repetitivos referentes ao acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
c) Agir ou sentir-se subitamente como se o acontecimento traumático estivesse a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver).....	1	2	3	4	5
d) Sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra do acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5

e) Ter reacções físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra do acontecimento traumático..	1	2	3	4	5
f) Evitar pensar ou falar sobre o acontecimento traumático, evitar ter sentimentos relacionados com esse acontecimento.....	1	2	3	4	5
g) Evitar actividades ou situações porque elas lhe relembram o acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
h) Ter dificuldade em lembrar aspectos importantes do acontecimento traumático.....	1	2	3	4	5
i) Perder o interesse por actividades de que antes costumava gostar.....	1	2	3	4	5
j) Sentir-se distante ou isolado(a) das outras pessoas.....	1	2	3	4	5
k) Sentir-se emocionalmente adormecido(a) ou incapaz de sentir afecto pelas pessoas que lhe são próximas.....	1	2	3	4	5
l) Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo.....	1	2	3	4	5
m) Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir.....	1	2	3	4	5
n) Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria.....	1	2	3	4	5
o) Ter dificuldade em se concentrar.....	1	2	3	4	5
p) Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda.....	1	2	3	4	5
q) Sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente alarmado/a.....	1	2	3	4	5

1. Quanto tempo depois do acontecimento traumático é que estes sintomas surgiram?

1 Nos primeiros 6 meses

2 Após 6 meses ou mais

2. Durante quanto tempo, após a ocorrência do acontecimento traumático, teve os sintomas acima descritos?

1 Menos de 1 mês

2 Menos de 3 meses

3 3 meses ou mais

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS AFIRMAÇÕES POR FAVOR.

LISTA DE ACONTECIMENTOS DE VIDA (CAPS)

Tradução de Ângela da Costa Maia e Eugénia Fernandes

Abaixo encontra uma lista de acontecimentos que às vezes acontecem. Para cada acontecimento indique com uma cruz (X) em cada uma ou mais do que uma caixa até que ponto: (a) lhe aconteceu pessoalmente, (b) viu acontecer a outra pessoa, (c) soube que tinha acontecido a algum familiar ou amigo, (d) não tem a certeza ou, (e) não se aplica a si próprio. Nas suas respostas tenha em consideração toda a sua vida (desde a sua infância até este momento).

	<i>Acontecimento</i>	Aconteceu -me	Vi acontecer	Soube que aconteceu	Não tenho a certeza	Não se aplica
1	Desastre natural (por exemplo, inundação, furacão, tornado, tremor de terra)					
2	Fogo ou explosão					
3	Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)					
4	Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa					
5	Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)					
6	Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofeteado, pontapeado, etc.)					
7	Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)					
8	Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a ter uma actividade sexual pelo uso da força)					
9	Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável					
10	Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)					
11	Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)					
12	Doença ou ferimento que ameaçou a vida					
13	Sufrimento humano intenso					
14	Morte repentina, violenta (por homicídio, suicídio)					
15	Morte inesperada e repentina de alguém próximo (e.g. homicídio ou suicídio)					
16	Causar ferimento, dor ou morte a alguém					
17	Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante					

Questionário de Experiências Peri-traumáticas

Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., 1997

Traduzido por Maia, Fernandes & McIntyre, 2001

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

- Tive momentos de perda de consciência do que se passava – “Fiquei em branco” ou “atordoado” ou de alguma forma senti que não fazia parte do que se estava a passar
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |
- 2 Parecia que estava em “piloto automático” – acabei por fazer coisas que mais tarde percebi que não tinha decidido
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |
- 3 O meu sentido de tempo mudou – parecia que as coisas estavam a acontecer em câmara lenta
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |
- 4 O que estava a acontecer parecia-me irreal – como se fosse um sonho ou se estivesse a ver um filme
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |
- 5 Eu senti-me como se fosse um espectador a ver que me estava a acontecer, como se estivesse a flutuar por cima da cena ou a observá-la de fora
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |
- 6 Houve momentos em que a percepção do meu próprio corpo parecia distorcida ou alterada – sentia-me desligado(a) do meu próprio corpo ou como se fosse maior ou mais pequeno do que o costume
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |
- 7 Senti como se as coisas estavam a acontecer aos outros estivessem a acontecer a mim – por exemplo como eu estivesse preso(a) quando de facto não estava
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |
- 8 Fiquei surpreendido(a) ao saber depois que tinham acontecido muitas coisas naquele momento de que eu não estava consciente, especialmente coisas em que eu normalmente teria reparado
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |
- 9 Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que tive dificuldades em fazer sentido do que estava a acontecer
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |
- 10 Senti-me desorientado(a), isto é, houve momentos em que não tinha a certeza de onde estava ou de que horas eram
- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada verdadeiro | Um pouco verdadeiro | Bastante verdadeiro | Muito verdadeiro | Muitíssimo verdadeiro |

ANEXO B

Alfas de Cronbach

Scale: Alfa C. Depressão Cognitiva

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	216	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	216	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,703	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BDI_2	,94	,690	216
BDI_3	,11	,315	216
BDI_5	,17	,374	216
BDI_6	,56	1,081	216
BDI_7	,07	,391	216
BDI_8	,45	,645	216
BDI_9	,03	,244	216
BDI_10	,27	,730	216
BDI_13	,47	,632	216
BDI_14	,18	,438	216

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
3,25	9,902	3,147	10

Scale: Alfa C. Depressão Somática/afectiva

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	215	99,5
	Excluded ^a	0	0
	Total	216	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,853	11

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BDI_1	,31	,564	215
BDI_4	,52	,654	215
BDI_11	,42	,574	215
BDI_12	,42	,628	215
BDI_15	,63	,581	215
BDI_16	1,80	1,661	215
BDI_17	,61	,666	215
BDI_18	,55	1,048	215
BDI_19	,41	,589	215
BDI_20	,54	,674	215
BDI_21	,18	,417	215

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
6,40	31,607	5,622	11

Scale: Alfa escala total BDI-II

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	215	99,5
	Excluded ^a	0	0
	Total	216	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,883	21

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BDI_1	,31	,564	215
BDI_4	,52	,654	215
BDI_11	,42	,574	215
BDI_12	,42	,628	215
BDI_15	,63	,581	215
BDI_16	1,80	1,661	215
BDI_17	,61	,666	215
BDI_18	,55	1,048	215
BDI_19	,41	,589	215
BDI_20	,54	,674	215
BDI_21	,18	,417	215
BDI_2	,94	,691	215
BDI_3	,11	,316	215
BDI_5	,17	,374	215
BDI_6	,56	1,083	215
BDI_7	,07	,392	215
BDI_8	,45	,646	215
BDI_9	,03	,244	215
BDI_10	,27	,731	215
BDI_13	,47	,632	215
BDI_14	,18	,439	215

Scale: Alfa C. PCL-C Critério B Re-experienciar

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	216	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	216	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,907	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PCL_a	2,19	1,101	216
PCL_b	1,69	,989	216
PCL_c	1,60	,969	216
PCL_d	1,81	1,029	216
PCL_e	1,65	1,010	216

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,93	18,995	4,358	5

Scale: Alfa C. PCL-C Critério C Evitamento

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	216	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	216	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,865	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PCL_f	1,87	1,162	216
PCL_g	1,52	,969	216
PCL_h	1,47	,835	216
PCL_i	1,39	,787	216
PCL_j	1,44	,781	216
PCL_l	1,38	,832	216
PCL_k	1,35	,762	216

Scale: Alfa C. PCL-C Critério D Hiperactivação

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	216	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	216	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,883	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PCL_m	1,89	1,132	216
PCL_n	1,64	,894	216
PCL_o	1,59	,863	216
PCL_p	1,84	1,088	216
PCL_q	1,69	,998	216

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,65	17,056	4,130	5

Scale: Alfa C. PCL-C Escala total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	216	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	216	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,947	17

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PCL_m	1,89	1,132	216
PCL_n	1,64	,894	216
PCL_o	1,59	,863	216
PCL_p	1,84	1,088	216
PCL_q	1,69	,998	216
PCL_a	2,19	1,101	216
PCL_b	1,69	,989	216
PCL_c	1,60	,969	216
PCL_d	1,81	1,029	216
PCL_e	1,65	1,010	216
PCL_f	1,87	1,162	216
PCL_g	1,52	,969	216
PCL_h	1,47	,835	216
PCL_i	1,39	,787	216
PCL_j	1,44	,781	216
PCL_k	1,35	,762	216
PCL_l	1,38	,832	216

Scale: Alfa CAPS escala total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	216	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	216	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,806	17

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
CAPS_1	3,20	1,554	216
CAPS_2	3,08	1,430	216
CAPS_3	4,52	,873	216
CAPS_4	3,05	1,489	216
CAPS_5	1,80	1,217	216
CAPS_6	2,76	1,655	216
CAPS_7	2,28	1,531	216
CAPS_8	1,52	,915	216
CAPS_9	1,41	,825	216
CAPS_10	1,79	1,282	216
CAPS_11	1,31	,778	216
CAPS_12	2,61	1,572	216
CAPS_13	2,73	1,507	216
CAPS_14	2,52	1,447	216
CAPS_15	2,31	1,428	216
CAPS_16	2,49	1,712	216
CAPS_17	2,61	1,645	216

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
42,00	133,674	11,562	17

Scale: Alfa PDEQ Escala Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	216	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	216	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,906	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PDEQ_1	1,66	1,071	216
PDEQ_2	1,55	,893	216
PDEQ_3	1,77	1,034	216
PDEQ_4	1,91	1,189	216
PDEQ_5	1,49	,910	216
PDEQ_6	1,34	,755	216
PDEQ_7	1,32	,763	216
PDEQ_8	1,38	,768	216
PDEQ_9	1,61	,882	216
PDEQ_10	1,43	,849	216

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15,46	45,942	6,778	10

ANEXO C

Teste de Normalidade, Correlações e

Percentagens

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Depres_somt_afect	,131	216	,000	,903	216	,000
Depres_total	,124	216	,000	,906	216	,000
PCL_crit_B	,184	216	,000	,834	216	,000
PCL_crit_C	,229	216	,000	,748	216	,000
PCL_crit_D	,189	216	,000	,826	216	,000
Depres_cognitiva	,186	216	,000	,856	216	,000
PCL_total	,180	216	,000	,823	216	,000
CAPS_total	,060	216	,054	,985	216	,025
PDEQ_total	,211	216	,000	,770	216	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Correlações

Correlações entre as escalas

		PDEQ_total	CAPS_total	PCL_total	Depres_total
PDEQ_total	Pearson Correlation	1	,288**	,634**	,541**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	216	216	216	215
CAPS_total	Pearson Correlation	,288**	1	,245**	,175*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,010
	N	216	216	216	215
PCL_total	Pearson Correlation	,634**	,245**	1	,699**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	216	216	216	215
Depres_total	Pearson Correlation	,541**	,175*	,699**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,010	,000	
	N	216	216	216	216

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

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

		PCL_crit_B	PCL_crit_C	PCL_crit_D	CAPS_total
PCL_crit_B	Correlation Coefficient	1,000	,686**	,679**	,245**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
	N	216	216	216	216
PCL_crit_C	Correlation Coefficient	,686**	1,000	,764**	,181**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,008
	N	216	216	216	216
PCL_crit_D	Correlation Coefficient	,679**	,764**	1,000	,266**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
	N	216	216	216	216
CAPS_total	Correlation Coefficient	,245**	,181**	,266**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,008	,000	.
	N	216	216	216	216

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

Correlations

		Depres_total	PCL_crit_B	PCL_crit_C	PCL_crit_D
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,527**	,610**	,683**
	Depres_total Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
	N	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,527**	1,000	,686**	,679**
	PCL_crit_B Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000
	N	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,610**	,686**	1,000	,764**
	PCL_crit_C Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
	N	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,683**	,679**	,764**	1,000
	PCL_crit_D Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	216	216	216	216

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

Correlations

		PCL_crit_B	PCL_crit_C	PCL_crit_D	Depres_cognitiva
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,686**	,679**	,437**
	PCL_crit_B Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
	N	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,686**	1,000	,764**	,467**
	PCL_crit_C Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000
	N	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,679**	,764**	1,000	,509**
	PCL_crit_D Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
	N	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,437**	,467**	,509**	1,000
	Depres_cognitiva Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	216	216	216	216

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

Correlations

		PCL_crit_B	PCL_crit_C	PCL_crit_D	PDEQ_total
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,686**	,679**	,621**
	PCL_crit_B Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
	N	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,686**	1,000	,764**	,505**
	PCL_crit_C Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000
	N	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,679**	,764**	1,000	,564**
	PCL_crit_D Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
	N	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,621**	,505**	,564**	1,000
	PDEQ_total Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	216	216	216	216

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

Depressão sujeitos

Statistics

		nao_dep	Dep_minima	Dep_mod_a_se v	Dep_sev
N	Valid	118	68	24	5
	Missing	98	148	192	211

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nao_dep	119	,00	9,00	3,6949	2,69697
Dep_minima	68	10,00	18,00	13,4412	2,45790
Dep_mod_a_sev	24	19,00	28,00	22,7083	2,62892
Dep_sev	5	32,00	44,00	36,6000	4,92950
Valid N (listwise)	0				

PDEQ sujeitos

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PDEQ_total	216	10,00	48,00	13,00	6,78
Valid N (listwise)	216				

CAPS sujeitos

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CAPS_total	216	17	71	42,00	11,562
Valid N (listwise)	216				

PCL-C sujeitos

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PCL-C_total	216	17	78	28,00	12,044
Valid N (listwise)	216				

Correlações escalas/questionário sociodemográfico

Correlations

			Idade	Anos_função	SD_1#1	Meses	SD_1#4_
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	,825**	,207**	,114	,236**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,002	,095	,000
		N	216	216	216	216	216
		Correlation Coefficient	,825**	1,000	,244**	,122	,284**
	Anos_função	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,074	,000
		N	216	216	216	216	216
		Correlation Coefficient	,207**	,244**	1,000	-,330**	,698**
		Sig. (2-tailed)	,002	,000	.	,000	,000
	SD_1#1	N	216	216	216	216	216
		Correlation Coefficient	,114	,122	-,330**	1,000	-,341**
		Sig. (2-tailed)	,095	,074	,000	.	,000
		N	216	216	216	216	216
	Meses	Correlation Coefficient	,236**	,284**	,698**	-,341**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
		N	216	216	216	216	216
		Correlation Coefficient	,236**	,284**	,698**	-,341**	1,000
	SD_1#4_	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
		N	216	216	216	216	216

PCL_total	Correlation Coefficient	,012	,025	,055	-,198**	,075
	Sig. (2-tailed)	,862	,711	,420	,004	,270
	N	216	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	-,003	-,002	,223**	-,087	,175*
CAPS_total	Sig. (2-tailed)	,971	,975	,001	,204	,010
	N	216	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	-,049	-,005	-,042	-,091	,024
	Sig. (2-tailed)	,477	,943	,537	,182	,723
PDEQ_total	N	216	216	216	216	216
	Correlation Coefficient	,035	,049	-,060	-,099	-,085
	Sig. (2-tailed)	,609	,478	,379	,150	,214
	N	216	216	216	216	216

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

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

		Correlations			
		PCL_total	CAPS_total	PDEQ_total	Depres_total
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,256**	,626**	,670**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
	N	216	216	216	215
	Correlation Coefficient	,256**	1,000	,288**	,166*
CAPS_total	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,015
	N	216	216	216	215
	Correlation Coefficient	,626**	,288**	1,000	,522**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
PDEQ_total	N	216	216	216	215
	Correlation Coefficient	,670**	,166*	,522**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,015	,000	.
	N	216	216	216	216

	Correlation				
	Coefficient	,101	,032	,043	,054
Minutos	Sig. (2-tailed)	,138	,639	,528	,433
	N	216	216	216	215
	Correlation				
	Coefficient	-,127	,130	-,034	-,055
SD_7#2	Sig. (2-tailed)	,063	,056	,619	,419
	N	216	216	216	215
	Correlation				
	Coefficient	,064	,215**	,115	,037
Quant_mtfer	Sig. (2-tailed)	,348	,002	,093	,589
	N	216	216	216	216

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

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

Statistics

Hab_Lit

N	Valid	216
	Missing	0

Habilitações_Literárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
9º Ano	54	25,0	25,0	25,0
12º Ano	158	73,1	73,1	98,1
Valid Licenciatura	2	,9	,9	99,1
Sup a licenciatura	2	,9	,9	100,0
Total	216	100,0	100,0	

Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
28	1	,5	,5	,5
Valid 30	1	,5	,5	,9
31	1	,5	,5	1,4

32	1	,5	,5	1,9
35	2	,9	,9	2,8
36	5	2,3	2,3	5,1
37	4	1,9	1,9	6,9
38	9	4,2	4,2	11,1
39	8	3,7	3,7	14,8
40	14	6,5	6,5	21,3
41	11	5,1	5,1	26,4
42	19	8,8	8,8	35,2
43	19	8,8	8,8	44,0
44	9	4,2	4,2	48,1
45	24	11,1	11,1	59,3
46	15	6,9	6,9	66,2
47	13	6,0	6,0	72,2
48	14	6,5	6,5	78,7
49	7	3,2	3,2	81,9
50	12	5,6	5,6	87,5
51	1	,5	,5	88,0
52	4	1,9	1,9	89,8
53	2	,9	,9	90,7
54	1	,5	,5	91,2
55	7	3,2	3,2	94,4
56	2	,9	,9	95,4
57	5	2,3	2,3	97,7
58	2	,9	,9	98,6
59	2	,9	,9	99,5
62	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

Anos_ função

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
5	2	,9	,9	,9
6	2	,9	,9	1,9
Valid 7	2	,9	,9	2,8
8	2	,9	,9	3,7
11	1	,5	,5	4,2

12	4	1,9	1,9	6,0
13	7	3,2	3,2	9,3
14	3	1,4	1,4	10,6
15	4	1,9	1,9	12,5
16	15	6,9	6,9	19,4
17	34	15,7	15,7	35,2
18	36	16,7	16,7	51,9
19	21	9,7	9,7	61,6
20	27	12,5	12,5	74,1
22	13	6,0	6,0	80,1
23	7	3,2	3,2	83,3
24	5	2,3	2,3	85,6
25	10	4,6	4,6	90,3
26	2	,9	,9	91,2
27	1	,5	,5	91,7
28	1	,5	,5	92,1
29	1	,5	,5	92,6
30	10	4,6	4,6	97,2
32	3	1,4	1,4	98,6
35	1	,5	,5	99,1
37	1	,5	,5	99,5
38	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

Estado_Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Casado	165	76,4	76,4	76,4
Divorciado	28	13,0	13,0	89,4
Solteiro	19	8,8	8,8	98,1
União de facto	3	1,4	1,4	99,5
Viuvo	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

Quantos_ filhos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	25	11,6	11,6	11,6
1	68	31,5	31,5	43,1
2	104	48,1	48,1	91,2
Valid 3	17	7,9	7,9	99,1
4	1	,5	,5	99,5
12	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Nº Acidentes sofridos/presenciados

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	36	16,7	16,7	16,7
2	38	17,6	17,6	34,3
3	43	19,9	19,9	54,2
4	26	12,0	12,0	66,2
5	18	8,3	8,3	74,5
6	10	4,6	4,6	79,2
7	8	3,7	3,7	82,9
8	4	1,9	1,9	84,7
Valid 9	5	2,3	2,3	87,0
10	12	5,6	5,6	92,6
11	3	1,4	1,4	94,0
12	5	2,3	2,3	96,3
14	2	,9	,9	97,2
15	3	1,4	1,4	98,6
16	1	,5	,5	99,1
20	2	,9	,9	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Último accidente _Meses

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	1	,5	,5	,5
1	4	1,9	1,9	2,3
2	4	1,9	1,9	4,2
3	5	2,3	2,3	6,5
4	3	1,4	1,4	7,9
5	2	,9	,9	8,8
6	7	3,2	3,2	12,0
7	3	1,4	1,4	13,4
8	1	,5	,5	13,9
10	2	,9	,9	14,8
11	1	,5	,5	15,3
12	29	13,4	13,4	28,7
14	1	,5	,5	29,2
15	1	,5	,5	29,6
16	2	,9	,9	30,6
17	1	,5	,5	31,0
18	2	,9	,9	31,9
23	1	,5	,5	32,4
24	32	14,8	14,8	47,2
34	1	,5	,5	47,7
36	19	8,8	8,8	56,5
38	1	,5	,5	56,9
39	1	,5	,5	57,4
42	1	,5	,5	57,9
48	16	7,4	7,4	65,3
60	14	6,5	6,5	71,8
72	8	3,7	3,7	75,5
84	5	2,3	2,3	77,8
96	8	3,7	3,7	81,5
108	2	,9	,9	82,4
120	16	7,4	7,4	89,8
132	2	,9	,9	90,7
144	6	2,8	2,8	93,5
168	2	,9	,9	94,4
180	2	,9	,9	95,4
192	2	,9	,9	96,3

Valid

216	2	,9	,9	97,2
228	1	,5	,5	97,7
240	4	1,9	1,9	99,5
304	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_Turno_Manhã

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	64	29,6	29,6	29,6
1	57	26,4	26,4	56,0
2	51	23,6	23,6	79,6
3	18	8,3	8,3	88,0
4	8	3,7	3,7	91,7
Valid 5	5	2,3	2,3	94,0
6	5	2,3	2,3	96,3
7	5	2,3	2,3	98,6
8	2	,9	,9	99,5
13	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_Turno_Tarde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	42	19,4	19,4	19,4
1	68	31,5	31,5	50,9
2	40	18,5	18,5	69,4
3	34	15,7	15,7	85,2
4	12	5,6	5,6	90,7
Valid 5	7	3,2	3,2	94,0
6	5	2,3	2,3	96,3
7	2	,9	,9	97,2
8	3	1,4	1,4	98,6
10	2	,9	,9	99,5
14	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_Turno_Noite

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	110	50,9	50,9	50,9
1	66	30,6	30,6	81,5
2	24	11,1	11,1	92,6
Valid 3	10	4,6	4,6	97,2
4	3	1,4	1,4	98,6
5	3	1,4	1,4	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_Nº vítimas mortais_

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	26	12,0	12,0	12,0
1	62	28,7	28,7	40,7
2	35	16,2	16,2	56,9
3	34	15,7	15,7	72,7
4	15	6,9	6,9	79,6
5	12	5,6	5,6	85,2
6	4	1,9	1,9	87,0
7	7	3,2	3,2	90,3
Valid 8	4	1,9	1,9	92,1
9	2	,9	,9	93,1
10	7	3,2	3,2	96,3
11	2	,9	,9	97,2
12	1	,5	,5	97,7
13	1	,5	,5	98,1
14	1	,5	,5	98,6
15	2	,9	,9	99,5
16	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Viu a pessoa a sofrer o acidente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	19	8,8	8,8	8,8
Valid Algumas vezes	61	28,2	28,2	37,0
Valid Sempre	136	63,0	63,0	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Ficou incapaz de ajudar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	127	58,8	58,8	58,8
Valid Sim	89	41,2	41,2	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Teve medo de morrer ou ficar seriamente ferido

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	135	62,5	62,5	62,5
Valid Algumas vezes	71	32,9	32,9	95,4
Valid Sempre	10	4,6	4,6	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Sentiu condições prosseguir o serviço

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	70	32,4	32,4	32,4
Valid Sim	146	67,6	67,6	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Quão ameaçador foi o acidente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nada	49	22,7	22,7	22,7
Valid Pouco	100	46,3	46,3	69,0
Valid Muito	67	31,0	31,0	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Ficou em estado de choque

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	118	54,6	54,6	54,6
Valid Algumas vezes	74	34,3	34,3	88,9
Valid Sempre	24	11,1	11,1	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Sentiu-se culpado/responsável pelo acidente(s)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	206	95,4	95,4	95,4
Valid Em parte	8	3,7	3,7	99,1
Valid Sim	2	,9	,9	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Quanto tempo demorou a chegar os socorros (Minutos)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	6	2,8	2,8	2,8
Valid 5	8	3,7	3,7	6,5
Valid 10	28	13,0	13,0	19,4
Valid 15	49	22,7	22,7	42,1
Valid 20	44	20,4	20,4	62,5
Valid 25	4	1,9	1,9	64,4
Valid 30	50	23,1	23,1	87,5
Valid 35	1	,5	,5	88,0
Valid 40	3	1,4	1,4	89,4
Valid 45	2	,9	,9	90,3
Valid 60	19	8,8	8,8	99,1
Valid 90	1	,5	,5	99,5
Valid 120	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Sentiu-se apoiado enquanto aguardava

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	142	65,7	65,7	65,7
Valid Algumas vezes	56	25,9	25,9	91,7
Valid Sempre	18	8,3	8,3	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Perturbação física/mental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	191	88,4	88,4	88,4
Valid Sim	25	11,6	11,6	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Perturbação física/mental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem perturbação/doença física ou mental	191	88,4	88,4	88,4
Valid Depressão/ansiedade	2	,9	,9	89,4
Valid Perturbação sono/humor	10	4,6	4,6	94,0
Valid Sonhos/memórias repetidas	6	2,8	2,8	96,8
Valid Medo	5	2,3	2,3	99,1
Valid Stress	2	,9	,9	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Incapacidade física/mental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	194	89,8	89,8	89,8
Valid Sim	22	10,2	10,2	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Incapacidade física/mental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sem incapacidade física/mental	194	89,8	89,8	89,8
Ferimentos físicos/psicológicos	9	4,2	4,2	94,0
Valid Memórias repetidas	2	,9	,9	94,9
Insónias	1	,5	,5	95,4
Falta de concentração	10	4,6	4,6	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Fármacos_ Antes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	215	99,5	99,5	99,5
Valid Sim	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum	215	99,5	99,5	99,5
Valid Ansiolíticos/anti-depressivos	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Fármacos_ Depois

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	202	93,5	93,5	93,5
Valid Sim	14	6,5	6,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	202	93,5	93,5	93,5
	Ansiolíticos/anti-depressivos	13	6,0	6,0	99,5
	Não sei	1	,5	,5	100,0
	Total	216	100,0	100,0	

SD_ Vencimento razoável

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	191	88,4	88,4	88,4
	Mais ou menos	24	11,1	11,1	99,5
	Sim	1	,5	,5	100,0
	Total	216	100,0	100,0	

SD_ Outros acidentes sem ser na função

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	101	46,8	46,8	46,8
	Sim	115	53,2	53,2	100,0
	Total	216	100,0	100,0	

SD_ Nº de acidentes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	102	47,2	47,2	47,2
	1	45	20,8	20,8	68,1
	2	38	17,6	17,6	85,6
	3	16	7,4	7,4	93,1
	4	8	3,7	3,7	96,8
	5	3	1,4	1,4	98,1
	6	4	1,9	1,9	100,0
	Total	216	100,0	100,0	

SD_ Tipo de acidente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum	102	47,2	47,2	47,2
Viação	95	44,0	44,0	91,2
Quedas/atropelamento	5	2,3	2,3	93,5
Outros	5	2,3	2,3	95,8
Vários	9	4,2	4,2	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Ficou ferido/estado de choque

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	170	78,7	78,7	78,7
Sim	46	21,3	21,3	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Houve mortos/feridos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	194	89,8	89,8	89,8
Sim	22	10,2	10,2	100,0
Total	216	100,0	100,0	

Quantos mortos/feridos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	194	89,8	89,8	89,8
1	7	3,2	3,2	93,1
2	8	3,7	3,7	96,8
3	3	1,4	1,4	98,1
6	2	,9	,9	99,1
16	1	,5	,5	99,5
20	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Foi hospitalizado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	176	81,5	81,5	81,5
Valid Sim	40	18,5	18,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Actividade pós-laboral

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	109	50,5	50,5	50,5
Valid Sim	107	49,5	49,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

SD_ Tipo_ actividade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nenhuma	109	50,5	50,5	50,5
Música	1	,5	,5	50,9
Valid Desporto	60	27,8	27,8	78,7
Valid Arte	1	,5	,5	79,2
Vários	22	10,2	10,2	89,4
Outros	23	10,6	10,6	100,0
Total	216	100,0	100,0	

Percentagem de Depressão

Statistics

Não_Dep

N	Valid	118
	Missing	98

Não_deprimido

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	15	6,9	12,7	12,7
1,00	19	8,8	16,1	28,8
2,00	11	5,1	9,3	38,1
3,00	13	6,0	11,0	49,2
4,00	16	7,4	13,6	62,7
Valid 5,00	13	6,0	11,0	73,7
6,00	10	4,6	8,5	82,2
7,00	7	3,2	5,9	88,1
8,00	8	3,7	6,8	94,9
9,00	6	2,8	5,1	100,0
Total	118	54,6	100,0	
Missing System	98	45,4		
Total	216	100,0		

Statistics

Dep_mínima

N	Valid	68
	Missing	148

Depressão_mínima

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
10,00	6	2,8	8,8	8,8
11,00	12	5,6	17,6	26,5
12,00	12	5,6	17,6	44,1
13,00	10	4,6	14,7	58,8
Valid 14,00	5	2,3	7,4	66,2
15,00	6	2,8	8,8	75,0
16,00	6	2,8	8,8	83,8
17,00	6	2,8	8,8	92,6
18,00	5	2,3	7,4	100,0
Total	68	31,5	100,0	
Missing System	148	68,5		
Total	216	100,0		

Statistics

Dep_mod_sev

N	Valid	24
	Missing	192

Depressão moderada a severa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 19,00	4	1,9	16,7	16,7
20,00	1	,5	4,2	20,8
21,00	2	,9	8,3	29,2
22,00	5	2,3	20,8	50,0
23,00	5	2,3	20,8	70,8
24,00	1	,5	4,2	75,0
25,00	2	,9	8,3	83,3
26,00	1	,5	4,2	87,5
27,00	2	,9	8,3	95,8
28,00	1	,5	4,2	100,0
Total	24	11,1	100,0	
Missing System	192	88,9		
Total	216	100,0		

Statistics

Dep_sev

N	Valid	5
	Missing	211

Depressão Severa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 32,00	1	,5	20,0	20,0
33,00	1	,5	20,0	40,0
35,00	1	,5	20,0	60,0
39,00	1	,5	20,0	80,0
44,00	1	,5	20,0	100,0
Total	5	2,3	100,0	
Missing System	211	97,7		
Total	216	100,0		

Percentagem de PDEQ

Statistics

PDEQ_total

N	Valid	216
	Missing	0
Median		13,00
Std. Deviation		6,778
Minimum		10
Maximum		48

PDEQ_total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
10	52	24,1	24,1	24,1
11	28	13,0	13,0	37,0
12	15	6,9	6,9	44,0
13	20	9,3	9,3	53,2
14	16	7,4	7,4	60,6
15	9	4,2	4,2	64,8
16	11	5,1	5,1	69,9
17	8	3,7	3,7	73,6
18	5	2,3	2,3	75,9
19	8	3,7	3,7	79,6
20	8	3,7	3,7	83,3
Valid 21	4	1,9	1,9	85,2
22	2	,9	,9	86,1
23	6	2,8	2,8	88,9
24	3	1,4	1,4	90,3
25	3	1,4	1,4	91,7
26	3	1,4	1,4	93,1
27	2	,9	,9	94,0
28	2	,9	,9	94,9
29	2	,9	,9	95,8
30	1	,5	,5	96,3
32	1	,5	,5	96,8
33	2	,9	,9	97,7
34	1	,5	,5	98,1

40	1	,5	,5	98,6
44	1	,5	,5	99,1
45	1	,5	,5	99,5
48	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

Percentagem de PCL-C

Statistics

PCL_total

N	Valid	216
	Missing	0
Median		24,00
Std. Deviation		12,044
Minimum		17
Maximum		78

PCL_total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
17	32	14,8	14,8	14,8
18	12	5,6	5,6	20,4
19	23	10,6	10,6	31,0
20	5	2,3	2,3	33,3
21	8	3,7	3,7	37,0
22	14	6,5	6,5	43,5
23	6	2,8	2,8	46,3
24	13	6,0	6,0	52,3
Valid 25	5	2,3	2,3	54,6
26	9	4,2	4,2	58,8
27	8	3,7	3,7	62,5
28	7	3,2	3,2	65,7
29	6	2,8	2,8	68,5
30	2	,9	,9	69,4
31	6	2,8	2,8	72,2
32	5	2,3	2,3	74,5

33	4	1,9	1,9	76,4
34	8	3,7	3,7	80,1
35	2	,9	,9	81,0
36	4	1,9	1,9	82,9
37	1	,5	,5	83,3
38	3	1,4	1,4	84,7
39	3	1,4	1,4	86,1
42	2	,9	,9	87,0
43	2	,9	,9	88,0
44	1	,5	,5	88,4
45	3	1,4	1,4	89,8
46	1	,5	,5	90,3
47	1	,5	,5	90,7
48	2	,9	,9	91,7
50	1	,5	,5	92,1
51	3	1,4	1,4	93,5
52	2	,9	,9	94,4
54	1	,5	,5	94,9
57	1	,5	,5	95,4
58	1	,5	,5	95,8
59	1	,5	,5	96,3
60	1	,5	,5	96,8
61	3	1,4	1,4	98,1
64	2	,9	,9	99,1
67	1	,5	,5	99,5
78	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PCL__1	216	0	2	,96	,495
PCL_2	216	0	3	1,63	1,053
Valid N (listwise)	216				

Statistics

		PCL_1	PCL_2
N	Valid	216	216
	Missing	0	0

PCL_1- Quanto tempo depois do acontecimento surge os sintomas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	31	14,4	14,4	14,4
	Primeiros 6 meses	163	75,5	75,5	89,8
	Após os 6 meses	22	10,2	10,2	100,0
	Total	216	100,0	100,0	

PCL_2_ Durante quanto tempo após o acontecimento teve os sintomas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	31	14,4	14,4	14,4
	Menos de 1 mês	81	37,5	37,5	51,9
	Menos de 3 meses	41	19,0	19,0	70,8
	3 meses ou mais	63	29,2	29,2	100,0
	Total	216	100,0	100,0	

Percentagem de Depressão_ total

Statistics

Depressão_ total

N	Valid	216
	Missing	0
Median		8,00
Std. Deviation		8,210
Minimum		0
Maximum		44

Depressão_ total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	16	7,4	7,4	7,4
1	19	8,8	8,8	16,2
2	11	5,1	5,1	21,3
3	13	6,0	6,0	27,3
4	16	7,4	7,4	34,7
5	13	6,0	6,0	40,7
6	10	4,6	4,6	45,4
7	7	3,2	3,2	48,6
8	8	3,7	3,7	52,3
9	6	2,8	2,8	55,1
10	6	2,8	2,8	57,9
11	12	5,6	5,6	63,4
12	12	5,6	5,6	69,0
13	10	4,6	4,6	73,6
14	5	2,3	2,3	75,9
15	6	2,8	2,8	78,7
16	6	2,8	2,8	81,5
Valid 17	6	2,8	2,8	84,3
18	5	2,3	2,3	86,6
19	4	1,9	1,9	88,4
20	1	,5	,5	88,9
21	2	,9	,9	89,8
22	5	2,3	2,3	92,1
23	5	2,3	2,3	94,4
24	1	,5	,5	94,9
25	2	,9	,9	95,8
26	1	,5	,5	96,3
27	2	,9	,9	97,2
28	1	,5	,5	97,7
32	1	,5	,5	98,1
33	1	,5	,5	98,6
35	1	,5	,5	99,1
39	1	,5	,5	99,5
44	1	,5	,5	100,0
Total	216	100,0	100,0	

Percentagem de CAPS

Statistics

CAPS_total

N	Valid	216
	Missing	0
Median		42,00
Std. Deviation		11,562
Minimum		17
Maximum		71

CAPS_total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
17	1	,5	,5	,5
21	5	2,3	2,3	2,8
23	3	1,4	1,4	4,2
24	2	,9	,9	5,1
25	6	2,8	2,8	7,9
26	2	,9	,9	8,8
27	2	,9	,9	9,7
28	6	2,8	2,8	12,5
29	9	4,2	4,2	16,7
30	6	2,8	2,8	19,4
31	7	3,2	3,2	22,7
32	4	1,9	1,9	24,5
Valid 33	7	3,2	3,2	27,8
34	1	,5	,5	28,2
35	8	3,7	3,7	31,9
36	5	2,3	2,3	34,3
37	3	1,4	1,4	35,6
38	9	4,2	4,2	39,8
39	9	4,2	4,2	44,0
40	5	2,3	2,3	46,3
41	6	2,8	2,8	49,1
42	4	1,9	1,9	50,9
43	9	4,2	4,2	55,1
44	9	4,2	4,2	59,3

45	4	1,9	1,9	61,1
46	6	2,8	2,8	63,9
47	8	3,7	3,7	67,6
48	6	2,8	2,8	70,4
49	6	2,8	2,8	73,1
50	6	2,8	2,8	75,9
51	7	3,2	3,2	79,2
52	7	3,2	3,2	82,4
53	5	2,3	2,3	84,7
54	2	,9	,9	85,6
55	1	,5	,5	86,1
56	4	1,9	1,9	88,0
57	2	,9	,9	88,9
58	1	,5	,5	89,4
59	5	2,3	2,3	91,7
60	4	1,9	1,9	93,5
61	5	2,3	2,3	95,8
62	3	1,4	1,4	97,2
65	2	,9	,9	98,1
69	1	,5	,5	98,6
71	3	1,4	1,4	100,0
Total	216	100,0	100,0	

ANEXO D

Aceitação para o Congresso

Caro Senhor/Senhora

Temos o prazer de o informar que a sua proposta de submissão para o II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde foi aceite para ser apresentada nesta conferência.

Por favor efetue a sua inscrição antes de 15 de abril, data limite para a taxa de inscrição antecipada. Poderá encontrar mais informações na página web da conferência:

<http://www.psaude2013.org/index.php>

Com os melhores cumprimentos,

João Viseu
Secretariado Local
Comité de Organização da Conferência

Estimado Señor/Señora

Tenemos el placer de informarle que su propuesta de sumisión para lo II Congreso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde ha sido aceptada para presentarla en esta conferencia.

Le rogamos que efectúe su inscripción antes del 15 de abril, fecha límite para la tasa temprana de inscripción. Podrá encontrar más información en la página web de la conferencia:

<http://www.psaude2013.org/index.php>

Un cordial saludo,

João Viseu
Secretariado local
Comité Organizador de la Conferencia

This message was sent using IMP, the Internet Messaging Program.



Aceitação de
trabalhos Aceptación