

Relatório da Investigação Sobre a Prevalência da PTSD na Polícia de Segurança Pública da Cidade de Lisboa

José Silva Pinto¹

Abel Marques²

Preâmbulo

Em 2002 uma equipa coordenada pelo Sr. Dr. Afonso de Albuquerque fez um primeiro estudo sobre a incidência da PTSD na população portuguesa.

Os resultados foram apresentados e, nas conclusões, sugeria-se que futuros trabalhos aprofundassem e procurassem confirmar ou infirmar os dados obtidos ou estendessem a investigação terminada a populações específicas.

Foi assim que pensámos inicialmente em trabalhar com os bombeiros profissionais, por constituírem, por força das situações a que são frequentemente expostos no exercício da sua profissão, uma população de risco.

Neste sentido fizeram-se os contactos iniciais com o Regimento de Sapadores Bombeiros (10/4/03) onde a ideia foi bem recebida e nos foi dada informação de que os contactos teriam de ser efectuados através da Câmara Municipal de Lisboa, entidade de quem o RSB depende.

Estabelecido o contacto necessário, foi obtida concordância da CML e a ligação passou a fazer-se com a Divisão de Segurança, Higiene e Saúde daquele organismo, a partir de 7/8/03, data em que foi enviada resposta à solicitação da UAL, por aquela Divisão.

1 Professor de psicologia do Curso de Licenciatura em Psicologia da UAL.

2 Professor de Estatística do Curso de Licenciatura em Psicologia da UAL

Seguiu-se uma reunião inicial, inúmeros contactos telefónicos, exigências sucessivas da Divisão de Segurança, Higiene e Saúde da CML, que foram satisfeitas pela UAL, até que, quase um ano volvido sobre o desencadear do processo, se verificou que a situação era exactamente a mesma que no início... nada estava em condições de se poder iniciar o trabalho.

Em 22 de Março de 2004, porque os sucessivos atrasos, impedimentos, dificuldades e exigências da Divisão de Segurança, Higiene e Saúde da CML, tornavam inviável a realização da investigação em tempo oportuno, devido ao calendário escolar, em carta enviada ao responsável por aquela Divisão, cancelámos o projecto.

Em nova reunião com o sr. Dr. Afonso de Albuquerque decidimos trabalhar com a PSP.

Em 20 de Maio de 2004 foi solicitada ao Senhor Director Nacional da Polícia de Segurança Pública autorização para se efectuar o estudo na PSP de Lisboa, podendo posteriormente ser alargado a outras cidades.

Em 27 do mesmo mês a Direcção Nacional da PSP respondia acolhendo favoravelmente a nossa solicitação e remetendo os contactos a efectuar para a Secção de Relações Públicas que passou, a partir de então, a ser o nosso interlocutor.

Dada a aproximação dos exames finais do 2º semestre iniciou-se o trabalho preparatório com a PSP, que nos permitiu estruturar a intervenção a fazer no ano lectivo seguinte, no que diz respeito a:

- Determinação de quantitativos da população.
- Localização das sub-estruturas a abordar (Divisões e Esquadras)
- Determinação dos efectivos por cada um desses órgãos.
- Cálculo da amostra
- Distribuição das tarefas pelos estudantes entrevistadores.

Em Outubro de 2004 estávamos finalmente em condições de lançar a recolha de dados.

Introdução

O estudo pioneiro de 2002 apresentou resultados que se consideram dentro dos valores e das expectativas geradas por trabalhos idênticos em outros países.

O objectivo prioritário deste trabalho é estudar a ocorrência da PTSD na polícia de Segurança Pública de Lisboa Cidade, enquanto população de risco, na medida em que, pelo desempenho das funções que lhes são atribuídas, os agentes desta Instituição se defrontam com frequência com situações de perigo como a sujeição a tiros de armas de fogo e outras, que configuram a possibilidade de constituírem traumas para os sujeitos.

São objectivos secundários avaliar a taxa de ocorrência de PTSD actual na PSP, quantificar e caracterizar as situações identificadas como causa de PTSD, identificar os sintomas que mais afligem na PTSD e caracterizar os indivíduos com PTSD.

O instrumento utilizado é o mesmo que serviu para a investigação inicial de 2002, que utilizou a Escala Abreviada de Breslau, para a detecção de sete sintomas. Houve contudo que fazer três alterações. A primeira consistiu em alargar as quatro opções do primeiro estudo, em termos de estado civil (solteiro, casado, divorciado e viúvo) para seis, acrescentando a “união de facto” e “separado”. A segunda foi a ordenação por letra alfabética das doze situações traumáticas consideradas no questionário, que no primeiro estudo não se encontravam assim. A terceira foi transformar a pergunta sobre as habilitações literárias, que era aberta, em fechada como a metodologia aconselha

A indicação de PTSD foi feita segundo três critérios: Exposição a, pelo menos, uma situação traumática, resposta afirmativa a, pelo menos, quatro das oito propostas da Escala Abreviada de Breslau e resposta afirmativa às três questões respeitantes ao impacto que os sintomas tiveram no sujeito (ter sido levado a consultar o médico de família, o psiquiatra ou outro profissional de saúde, ter sido levado a tomar medicamentos por mais do que uma vez e os

sintomas terem interferido muito (ou alguma coisa) com algumas actividades e relações do dia-a-dia do sujeito).

Foi igualmente feita a adaptação das variáveis de classificação ao caso presente, uma vez que as utilizadas no trabalho inicial se destinavam à população portuguesa em geral, o que faz com que algumas delas não fizessem sentido no caso actual.

Face à rápida e positiva resposta da Direcção Nacional da PSP esperou-se, desde o início, que a preparação e a recolha dos dados fosse fácil. De facto isto confirmou-se pela excelente colaboração que o sr. Sub-Intendente com quem contactávamos inicialmente (até ter sido deslocado para frequentar um curso) nos deu e por todo o apoio rápido e eficaz que a sra. Sub-Comissária Paula Monteiro sempre nos dispensou.

Antes da aplicação do questionário foi feita uma lista dos entrevistadores que foi enviada a todos os Comandos subordinados, depois de autenticada, para fins de informação sobre o que se ia passar e para que a colaboração deles nos fosse prestada tornando a realização das entrevistas mais fácil. Foram-nos dadas cópias deste documento, para servirem de credenciais aos entrevistadores.

Verificou-se porém que, contra todas as expectativas, houve numerosas falhas de comunicação na cadeia de comando, uma vez que diversos Comandos, uma vez recebida a informação da Secção de Relações Públicas acima mencionada, não lhe prestaram qualquer atenção e não a divulgaram, razão pela qual muitas Esquadras desconheciam em absoluto o que se ia passar.

Apenas o facto de os entrevistadores apresentarem as credenciais atrás referidas, conseguiu desbloquear a situação e permitiu que o trabalho se fizesse.

Uma nota particularmente desagradável terá de ser feita em relação à Divisão de Trânsito em que, apesar do empenho do Chefe das Relações

Públicas, grandes dificuldades foram criadas aos entrevistadores pelos agentes a serem entrevistados, que tentaram impedir/difícultar por vários meios que o trabalho se fizesse, mantendo os entrevistadores à espera durante horas, acabando por se retirarem para os seus turnos de serviço sem permitirem as entrevistas. Um ou outro caso raiou mesmo a indelicadeza e grosseria, tão indesejáveis como inesperadas numa população de quem se espera outro comportamento.

Nesta Divisão só se conseguiu terminar a recolha de dados, porque uma entrevistadora, em desespero de causa, disse que, uma vez que continuavam a dificultar-lhe o trabalho, ela acabá-lo-ia de imediato e que isso constaria do relatório a apresentar à Direcção Nacional da Polícia. Então, como que por milagre, apareceram pessoas disponíveis para serem entrevistadas.

Esteve-se aqui perante um caso evidente em que a estrutura formal quis colaborar, mas as estruturas informais não o permitiram, boicotando a normalização do desempenho do nosso trabalho.

Se seguirmos a conceptualização de Mucchielli para esta situação, a que chama indução das estruturas informais pelas formais, encontramos no caso evidente das reacções informais de defesa caracterizadas, segundo aquele autor, por:

(...) todas as actividades começando pela oposição passiva até à sabotagem e à hostilidade grupal aberta, nas suas formas menos sindicais do que selvagens (...). (1973, p. 58. Tradução nossa).

Esse facto é aqui mencionado por constituir uma dificuldade inesperada para o nosso trabalho e porque poderá, como se verá à frente, de alguma maneira explicar, ou no mínimo ajudar a fazê-lo, alguns dados que se obteve.

Foi igualmente uma dificuldade inesperada, decorrente também da deficiente comunicação, o facto de nalguns casos, ainda que pouco frequentes, a investigação ter sido desvirtuada e ter-lhe sido dada uma conotação de algo supérfluo ou irrisório, cuja explicação poderá residir no facto de não ter sido convenientemente divulgada a mensagem inicial das Relações Públicas do

Comando Distrital de Lisboa. Foram ouvidas algumas vezes referências ao trabalho de recolha de dados utilizando expressões como *ouvi dizer que vai haver uma 'chachada' dessas...* É forçoso entender que com esta perspectiva, a motivação para colaborar seria baixa.

Existem claras diferenças entre a população do primeiro estudo (população portuguesa em geral) e a actual. Estas diferenças terão que ser espelhadas por iguais diferenças entre as amostras.

De facto as características da Instituição PSP introduzem diferenças importantes, nomeadamente em relação às percentagens de mulheres na população e às habilitações literárias.

Como melhor se expõe no capítulo 2, optou-se por uma amostra por quotas e decidiu-se fazer as entrevistas através de uma sondagem aureolada, isto é, sorteando as zonas em que os entrevistadores vão actuar.

Naturalmente as especificidades desta amostra dificultam e inviabilizam mesmo, às vezes, as comparações desejáveis entre as duas populações. De modo algum se poderá extrapolar deste estudo quaisquer resultados para a população portuguesa em geral.

Sendo a PSP uma instituição hierarquizada e em cuja hierarquia assenta toda a estrutura, houve que dar uma atenção particular a esta variável (postos hierárquicos) e à sua transposição proporcional para a amostra.

Por outro lado a PSP de Lisboa encontra-se dividida em diversos órgãos (Comando, Divisões, Esquadras, etc.) que, por sua vez se localizam em diferentes locais. Tivemos igualmente que entrar em consideração com esta outra variável na distribuição da amostra. Ao longo deste relatório os diferentes órgãos/locais de trabalho são designados por sub-estruturas.

Dispúnhamos de duas possibilidades para trabalhar este aspecto. Uma era fazer uma amostra aleatória desses órgãos/locais e aplicar os questionários nela. A outra era fazer a aplicação em todos eles.

Atendendo à dimensão da amostra que era suficientemente grande para o permitir, decidimos optar pelo segundo caminho, porque:

- Era mais real e cobria todo o terreno, garantindo enviezamento nulo, neste aspecto.
- Permite saber em quais desses órgãos/locais se encontram os sujeitos indicados com PTSD.

Uma vez que se verificou uma prevalência de PTSD ao longo da vida de 16 pessoas apenas, na nossa amostra, o que a torna uma amostra pequena (inferior a 30) o SPSS não apresenta conclusões credíveis, não respondendo com confiança, pelo que os testes estatísticos não são possíveis com fiabilidade

Este relatório tem três capítulos. No primeiro apresenta-se o conceito de PTSD de forma sucinta, mas que se considera suficiente para o entendimento da dimensão do problema e da necessidade e oportunidade de o estudar. Por esta razão ele não é apresentado na Introdução.

No segundo capítulo fazemos a caracterização da amostra com que trabalhamos e no terceiro apresentam-se os dados recolhidos. Este divide-se em três sub-capítulos, sendo o primeiro relativo à análise dos factores que poderão interferir com os resultados da investigação, o segundo sobre os resultados do estudo propriamente dito, em termos de prevalência da PTSD e finalmente o terceiro em que se caracterizam as situações traumáticas, os sintomas e as consequências, em termos de frequência de ocorrência.

Procede-se ainda à interpretação desses dados e finalmente apresentam-se as conclusões que se pode tirar deste trabalho.

A investigação, como acontece quase sempre, foi anónima. Contudo, atendendo a que da identificação pessoal decorrerá a possibilidade de seguir, diagnosticar e tratar, se for o caso, os sujeitos indicados com PTSD, deu-se-lhes a possibilidade de se identificarem, se o quisessem fazer.

A Direcção Nacional de Polícia de Segurança Pública pode portanto, se o quiser, solicitar à Universidade Autónoma a lista dos sujeitos indicados com PTSD, sendo esta fornecida sob total confidencialidade e incluindo aqueles que se tenham identificado, bem como a caracterização possível dos não identificados.

Para finalizar a introdução ao relatório é necessário alertar os leitores para o facto de que este trabalho de investigação permite detectar as pessoas com indicação de PTSD, mas não é um trabalho de diagnóstico que, a ser feito, teria de ser por pessoas tecnicamente habilitadas a fazer entrevistas de diagnóstico da PTSD.

Capítulo 1 - A Perturbação de Stresse Pós Traumático

A PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) é uma doença antiga que só modernamente foi identificada, classificada e devidamente tomada em consideração.

Desde tempos imemoriais se tornou claro que a exposição a acontecimentos de grande violência causava perturbações a algumas pessoas. A guerra, enquanto fenómeno de grande violência, cedo ganhou um estatuto especial neste aspecto e, por isso, algumas das primeiras denominações que se deram a esta doença estão ligadas a ela.

Por exemplo, ainda que já modernamente, o médico de Napoleão chamava-lhe *nostalgia* e recomendava, para a prevenir, alguns procedimentos que ainda hoje os Exércitos sabem que são importantes e por isso praticam assiduamente, como fazer exercício físico, treinar cuidadosamente o combate, incentivar a identificação com os companheiros e exaltar o patriotismo.

Na 1ª Guerra Mundial foi chamada *traumatismo por bombardeamento* e chegou a admitir-se que acarretava lesão cerebral associada, enquanto que na 2ª Guerra ficou conhecida por *neurose de guerra* e, mais modernamente

os israelitas começaram a chamar-lhe *reações de combate* e depois *reações de stresse*.

Não fica por aqui a lista dos nomes por que tem vindo a ser conhecida esta doença, porque outros como *stresse de combate*, *stresse da batalha* ou *battleshock*, nome pelo qual os ingleses denominam as baixas psiquiátricas em combate, foram igualmente usados.

Em português, este tipo específico de PTSD, causada pela vivência da guerra, é por vezes chamado *stresse de guerra*, o que corresponde muito proximamente às expressões *stresse de combate* e *stresse da batalha*, sendo contudo, em nossa opinião mais feliz, porque mais abrangente, do que aquelas duas designações.

A expressão inglesa *Post Traumatic Stress Disorder*, como infelizmente acontece demasiadas vezes, colheu em português mais do que uma tradução. Terão começado por ser duas: *Perturbação (ou Distúrbio) de Stresse Pós-Traumático* e *Perturbação Pós Stresse Traumático*. Contudo verifica-se o aparecimento de uma terceira, *Perturbação Pós-Traumática do Stresse*, que nos parece bastante menos feliz.

Para clarificar as coisas e não tomarmos partido por qualquer das traduções, referir-nos-emos à doença como PTSD.

Mas antes de abordarmos a PTSD, será conveniente dizermos o que é *stresse*.

Jacqueline Renaud (1984, p.35) diz que *stresse* é “(...) no sentido mais largo, o efeito produzido sobre o ser vivo, por toda a novidade, todo o inesperado que surge no seu ambiente.”

Vê-se pois, por esta definição, que outros seres vivos podem estar e estão sujeitos a situações stressantes, o que Labrador explicita dizendo que “considera-se que uma pessoa está numa situação stressante ou debaixo dum stressante quando tem de enfrentar situações que implicam exigências

comportamentais que lhe são difíceis de realizar ou satisfazer.” (Labrador, s.d., p. 26).

Contudo, a partir de agora, reportar-nos-emos apenas ao stress dos seres humanos

A PTSD é uma doença que apresenta como factor fundamental e necessário, a exposição a uma situação traumática, ou seja, aquilo de que estamos portanto a falar é de uma variedade específica de stress que resulta da exposição a algo que, além de (e mais importante do que) ser novo para o sujeito, é também traumatizante.

Por isso, a PTSD é muito mais do que o stress de guerra a que nos referimos acima, porque este se confina às situações de PTSD que foram desencadeadas pela guerra, ou, dito de outra maneira mais objectiva e exacta, cujo stressor foi a guerra.

Há contudo muitas outras situações traumáticas que podem ocorrer na vida dos seres humanos, como violações, acidentes rodoviários ou aéreos, assaltos, perda súbita de um ente querido, etc., que também há muito se percebeu serem susceptíveis de desencadear reacções de stress pós-traumático, o que leva Serra a afirmar que:

Os estudos sobre as consequências dos traumas começaram a ser realizados em larga escala e, gradualmente, o interesse deixou de ser exclusivo das situações de combate para passar a abranger áreas muito diversas. (2003, p. 71)

A partir de 1980 o DSM-III (terceira revisão do *Diagnostic Statistical Manual*, Manual Estatístico de Diagnóstico das Doenças Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria) passou a incluir a PTSD.

Nele (1986, p. 226) esta doença aparece classificada como um *Distúrbio da Ansiedade*, acontecendo o mesmo com a CID-10 (Classificação Internacional das Doenças Mentais e do Comportamento, da Organização Mundial de Saúde) em que também foi incluída em 1992.

Em Portugal foi principalmente através de perturbações apresentadas por ex-combatentes das guerras de África que se começou a trabalhar nesta área. Em Junho de 1999 foi promulgada a Lei nº 46 que reconhecia a existência de um número significativo de ex-combatentes que apresentavam perturbações psicológicas com carácter crónico e que havia uma relação de causa-efeito entre a exposição à guerra e a doença.

Essa mesma Lei aponta para “(...) um número aproximado de 140 000 ex-combatentes com problemas psicológicos crónicos que incluem não só a PTSD, para a qual apontou a estimativa de 40 000, como outras perturbações menos específicas. Estes números foram obtidos por extrapolação dos dados americanos e de outros países (...)” (Albuquerque, A., 2003, p. 3).

Estes números só por si e tendo ainda em conta que se está a tratar apenas de stress pós-traumático de ex-combatentes, portanto originado basicamente pela guerra, têm de ser encarados com grande preocupação, tendo em vista os prováveis verdadeiros valores da prevalência da PTSD na população portuguesa, tomadas em consideração todas as situações traumáticas.

Na PTSD, como acontece com todo o stress, não basta estar sujeito ao stressor, para desenvolver stress. Realmente cada sujeito é uma entidade completa, com as suas vulnerabilidades e as suas defesas próprias e quer umas quer as outras interferem com o resultado da acção do stressor sobre o indivíduo.

Assim, cada pessoa percebe, sente e vive o stressor de uma maneira própria e, por isso, ele tem sobre cada um uma determinada influência que pode ser diferente da que tem sobre outra. Naturalmente aqueles mais desprotegidos, com necessidades maiores de apoios exteriores, estarão mais sujeitos ao stress do que os que dispõem de recursos pessoais mais estruturados e integrados, portanto mais operativos, no sentido em que os podem ajudar mais eficientemente quando necessário.

Denominam-se estratégias de coping aquelas a que o sujeito recorre quando em situação de stress, para lidar melhor com ele e restabelecer o

equilíbrio. Os mais desprotegidos não conseguem encontrar estratégias de coping minimamente adequadas, enquanto que os outros o fazem e podem ainda melhorar com treino.

Por outro lado a PTSD pode desenvolver-se após um episódio traumatizante único, ou surgir como consequência de traumas repetitivos em quantidade e/ou em variedade e, como já referimos antes, as situações traumatizantes podem ser muito variadas, acontecendo ainda que algumas podem sê-lo para uns sujeitos e apresentarem-se inócuas para outros.

Independentemente de o stressor deixar ou não marcas físicas, o factor determinante para a PTSD é a memória que o sujeito guarda do acontecimento e é também importante dizer-se que o desenvolvimento da PTSD não implica que seja o sujeito a sofrer o acontecimento. Basta que assista ou mesmo apenas que tome conhecimento de que ele ocorreu. Por exemplo, o conhecimento da morte inesperada e/ou violenta de alguém ou até da existência de ameaças de morte sobre um ente querido é susceptível de desencadear a PTSD.

O critério determinante para o acontecimento ser considerado traumático é que ele deve ser considerado de gravidade extrema, conduzindo a que o sujeito passe por situações subjectivas de medo, horror ou desespero durante algum tempo. A gravidade extrema de um acontecimento é determinada, como referimos antes, pela maneira como o sujeito vive a situação, ou seja, pelo que ela significa para ele e pelo impacto que ela tem sobre ele.

É muito importante que se perceba que, para além das consequências já de si suficientemente graves sobre o funcionamento psicológico do sujeito que a exposição a acontecimentos traumáticos pode desencadear, há ainda que contar com riscos agravados em áreas tão sensíveis como o alcoolismo, tabagismo, abuso de drogas, depressão, suicídio e muitas outras formas auto destrutivas de viver.

É ainda necessário salientar que a PTSD pode apresentar co-morbilidade física ou psicológica, significando isto que, concomitantemente com ela podem aparecer outras patologias, havendo mesmo um estudo que aponta

para que 50 a 90% das pessoas com PTSD crónica apresentam outra patologia psíquica. (Serra, 2003)

Os estudos da prevalência da PTSD apresentam resultados algo díspares. Por exemplo, Helzer, Robins e McEnvoy em 1987 e Davidson *et al* em 1991 concluíram que a PTSD tinha uma prevalência, ao longo da vida de cerca de 1 a 2% (Serra, op. cit.)

Porém, Kessler fez uma revisão bibliográfica em 2000 e encontrou resultados bem diferentes, apontando conclusões de diversos autores que variam entre os 7,8 e os 12,3%. (idem).

Este autor sugere que estas variações poderão depender de factores como “(...) os critérios diagnósticos, as características das amostras e os critérios de avaliação. Quando o anonimato é absoluto como, por exemplo, nas entrevistas feitas pelo telefone, a prevalência tende a aumentar.” (citado por Serra, 2003, p. 76).

Isto poderá estar relacionado com o facto de a maior parte do sofrimento que a doença provoca ser do foro psicológico e/ou psiquiátrico sendo portanto tratado por especialistas destas áreas. Ora, como se sabe, as doenças psíquicas são um anátema social de peso, o que poderá levar as pessoas a escamotear os sintomas e suas consequências, quando se encontram face a face com os entrevistadores, assim como, de acordo com Serra (op. cit.) se verifica também principalmente em temas embaraçosos, como os que incluem comportamento sexual (op. cit.)

Estudos diversos indicam que a prevalência de PTSD é maior em situações traumáticas interpessoais do que nas outras, o que faz sobressair a importância do relacionamento com os outros na estabilidade do indivíduo.

Sabe-se ainda que a prevalência pode variar com o tipo e gravidade do trauma, entendendo-se por gravidade aquela que é percebida pelo sujeito e não necessariamente a verdadeira apresentada pelo stressor.

Por outro lado importa não perder de vista que as mulheres apresentam risco agravado de desenvolverem PTSD que alguns estudos apontam para duplo do dos homens e que parece estar privilegiadamente ligado naquelas a violações ou abusos sexuais, enquanto que nestes se liga preferencialmente a situações de combate e a serem testemunhas de morte ou de agressões graves.

Resick (citada por Serra) num levantamento bibliográfico feito em 2001 avança percentagens de 5-6% e de 10-12% respectivamente para os homens e para as mulheres que alguma vez na vida desenvolvem PTSD.

O estudo de Albuquerque *et al* confirma quase por completo estes dados para a população portuguesa.

Por todas estas razões e ainda porque, como diz Albuquerque (2003, p. 2):

(...) vários estudos epidemiológicos, em especial nos últimos dez anos, tanto em populações clínicas como em populações não clínicas, vieram indicar percentagens de PTSD mais elevadas do que se previa, o que veio aumentar o interesse profissional e público em geral por este tipo de perturbação.

parece de grande oportunidade ter-se realizado o presente estudo sobre a Polícia de Segurança Pública da cidade de Lisboa.

Capítulo 2 – Caracterização da amostra

A população tida em consideração foi a PSP de Lisboa Cidade, o que vale por dizer que trabalhamos apenas com os elementos da PSP do Comando Distrital de Lisboa, excluindo Amadora, Cascais Loures e Oeiras, assim como o Corpo de Intervenção e o GOE.

Atendendo à situação e aos dados que nos foram facultados sobre a população, excluimos a possibilidade de fazer uma amostra aleatória,

optando por uma por quotas, estabelecendo três quotas: sexo, posto e local de trabalho.

A amostra utilizada para este estudo foi de 740 pessoas, correspondendo aproximadamente a 16% da população

Foi considerada uma percentagem de 7% de mulheres que foram distribuídas por postos do seguinte modo:

- Sub-Comissários	1
- Chefes/Sub-Chefes	7
- Agentes	44

A – Distribuição da amostra por sub-estruturas da PSP

A distribuição da aplicação dos questionários é a que o gráfico 1 mostra e que consta do quadro 1 da página seguinte.

Caracterização Global da Amostra

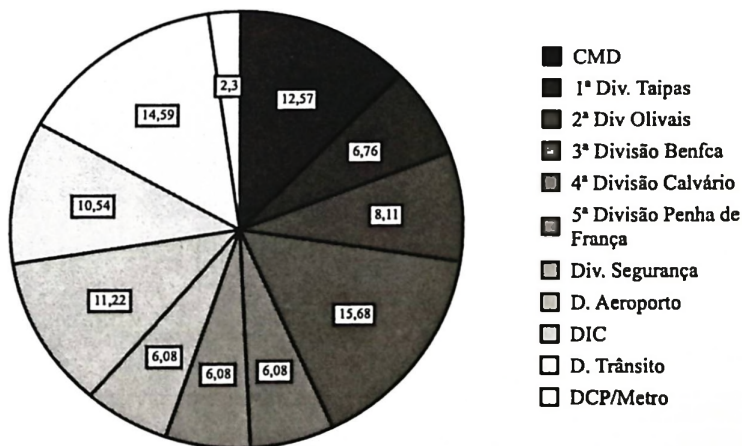


Gráfico 1 – Distribuição da amostra por sub-estruturas da PSP

Unidade	Sub-unidade	n	Total	Porcentagem	
				Subunidade	Unidade
CMD	R. Capelo	83	93	89,2	12,5
	Av. A. A. Aguiar	10		10,8	
1ª Div. Taipas	CMD – Taipas	11	50	22,0	6,7
	2ª Esq. P. Comércio	7		14,0	
	3ª Esq. Mercês	7		14,0	
	4ª Esq. P. Alegria	7		14,0	
	5ª Esq. Boavista	8		16,0	
	6ª Esq. Mouraria	1		2,0	
	8ª Esq. Rossio	2		4,0	
	22ª Esq. Rato	7		14,0	
2ª Div Olivais Sul	14ª Esq. Chelas	7	60	11,7	8,1
	16ª Esq. J. Chelas	18		30,0	
	34ª Esq. Olivais	7		11,7	
	35ª Esq. Moscavide	7		11,7	
	38ª Esq. N. 1 Chelas	7		11,7	
	39ª Esq. Sacavém	7		11,7	
	4ª Esq. Parque Nações	7		11,7	
3ª Div Benfica	CMD Benfica	8	116	6,9	15,7
	17ª Esq. J. Crisóstomo	20		17,2	
	18ª Esq. C. Grande	9		7,8	
	19ª Esq. Telheiras	8		6,9	
	20ª Esq. Benfica	9		7,8	
	21ª Esq. P. Justiça	8		6,9	
	31ª Esq. Rego	8		6,9	
	32ª Esq. Horta Nova	8		6,9	
	36ª Esq. Padre Cruz	8		6,9	
	37 Esq. Serafina	6		5,2	
	41ª Esq. Musgueira Norte	8		6,9	
	42ª Esq. Carnide	8		6,9	
	43ª Esq. Boavista	8		6,9	
4ª Divisão Calvário	24ª Esq. C. Ourique	8	45	17,8	6,1
	26ª Esq. Belém	8		17,8	
	28ª Esq. Calvário	19		42,2	
	29ª Esq. B. Q. Cabrinha	2		4,4	
	3ª Esq. Lapa	8		17,8	
5ª Div Penha França	CMD Penha França	5	45	11,1	6,1
	10ª Esq. Arroios	8		17,8	
	11ª Esq. Penha França	8		17,8	
	12 Esq. Olaias	8		17,8	
	15ª Esq. Caminhos Ferro	8		17,8	
	33ª Esq. Arco Cego	8		17,8	
DCP/Metro	CMD Rossio	5	17	29,4	2,3
	Marquês	4		23,5	
	4ª Esq. Parque Nações	8		47,0	
Div Segurança			45		6,1
D. Aeroporto			83		11,2
DIC			78		10,5
D. Trânsito			108		14,6
Total		740	740		100

Quadro 1 - Distribuição da amostra por sub-estruturas da PSP

B – Caracterização da amostra por sexo

O quadro 2 e o gráfico 2 apresentam a caracterização da amostra por sexo.

Sexo	Frequências	Percentagem	Percentagem Acumulada
Masculino	688	93,0	93,0
Feminino	52	7,0	100,0
Total	740	100,0	

Quadro 2 – Distribuição da amostra por sexo

Caracterização Global da Amostra

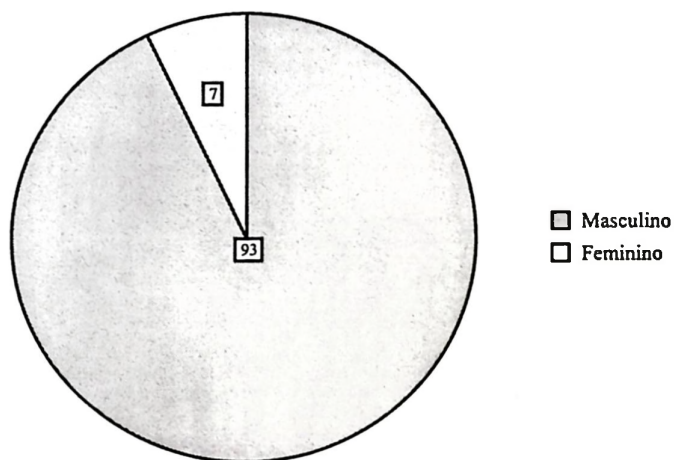


Gráfico 2 – Caracterização da amostra por sexo

Sendo a população da PSP essencialmente masculina, é de esperar que a incidência da PTSD nela seja inferior à do primeiro estudo, visto que é acentuadamente maior nas mulheres do que nos homens.

C – Caracterização da amostra por idade

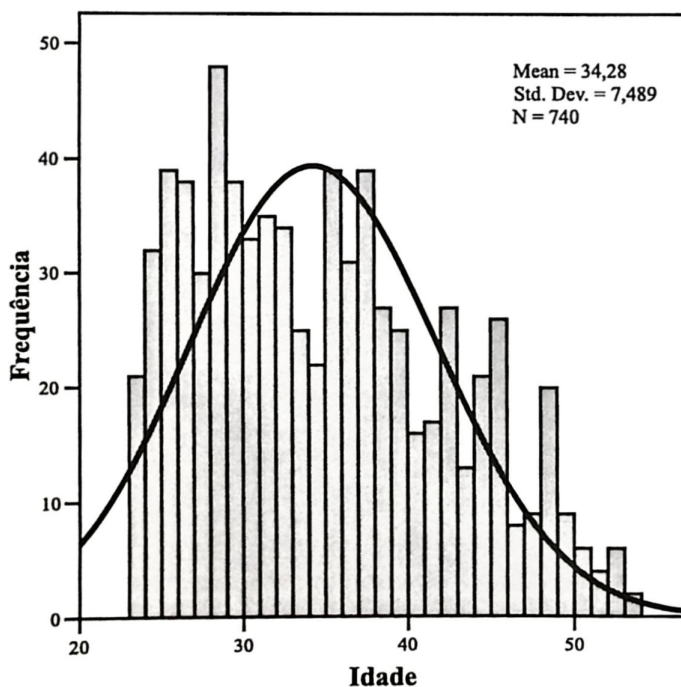
No que diz respeito às idades, verifica-se que a média é baixa, situando-se nos 34,28 anos, sendo a mínima 23 e a máxima de 54 anos.

Os quadros 3 e 4 e os histogramas 1 e 2, que se seguem, apresentam esta distribuição.

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
740	34,28	33,00	23	54	7,489

Quadro 3 – Caracterização da amostra por idades

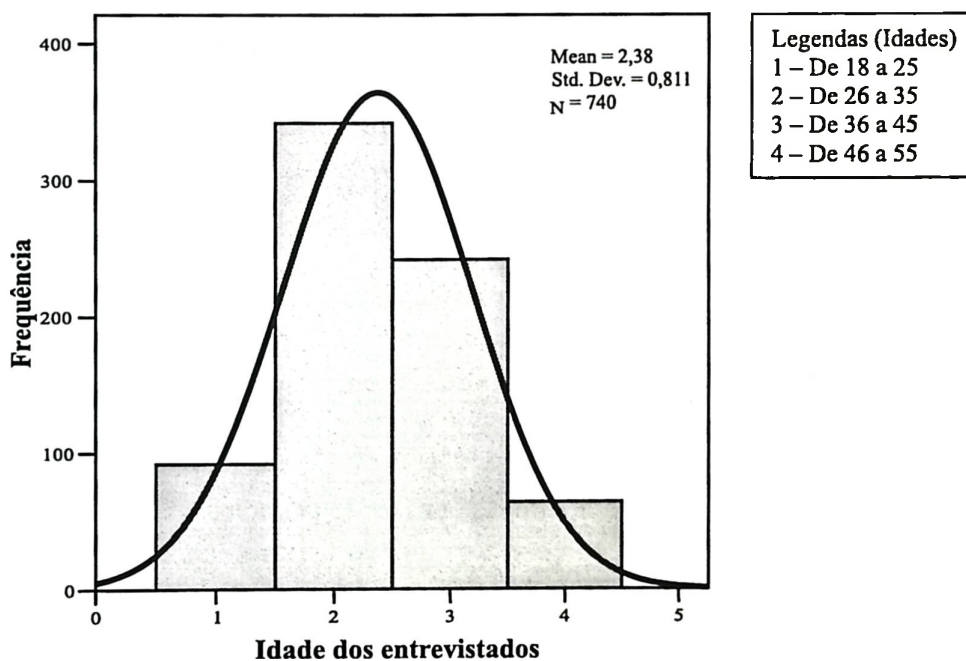
Caracterização Geral da Amostra
Histograma



Histograma 1 – Distribuição da amostra por idades

Idade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
18 a 25	92	12,4	12,4
26 a 35	342	46,2	58,6
36 a 45	242	32,7	91,4
46 a 55	64	8,6	100,0
Total	740	100,0	

Quadro 4 – Distribuição da amostra por intervalos de idade



Histograma 2 – Distribuição da amostra por intervalos de idade

O quadro 5 apresenta a caracterização da amostra por sexo e por intervalos de idade.

Sexo	18 a 25		26 a 35		36 a 45		46 a 55		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Masculino	85	12,4	319	46,4	222	32,3	62	9,0	688	100,0
Feminino	7	13,5	23	44,2	20	38,5	2	3,8	52	100,
Total	92	12,4	342	46,2	242	32,7	64	8,6	740	100,0

Quadro 5 – Distribuição da amostra por sexo e intervalos de idade

Estes dados não são comparáveis com os do primeiro estudo, uma vez que este foi feito com a população portuguesa em geral, com uma distribuição por sexos claramente diferente, por razões que se prendem com o facto de o presente trabalho se circunscrever à PSP que tem ainda poucos agentes do sexo feminino.

D – Caracterização da amostra por postos e por sexo

A distribuição da amostra por postos e por sexo encontra-se retratada no quadro 6.

Estes dados não são comparáveis com os do primeiro estudo, visto que nele não havia uma população com distribuição hierárquica, como é o caso da PSP.

Posto	Frequência		Percentagem		Total
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Superintendente	1	0	,1	0	1
Subintendente	1	0	,1	0	1
Comissário	3	0	,4	0	3
Subcomissário	10	1	1,5	1,9	11
Chefe/Subchefe	70	7	10,2	13,5	77
Agente	603	44	87,6	84,6	647
Total	688	52	100	100	740

Quadro 6 – Distribuição da amostra por postos e por sexo

E - Caracterização da amostra por postos hierárquicos, por sub-estruturas e por sexo

A distribuição por sub-estruturas, por postos hierárquicos e por sexo é mostrada no quadro 7 que se segue.

Estes dados não têm comparação com o primeiro estudo, por razões idênticas às anteriormente expostas.

Comando	Posto												Total	
	Superintendente		Subintendente		Comissário		Subcomissário		Chefe/Subchefe		Agente			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
CMD	1		1				1		8	1	76	5	87	6
1ª Div Taipas					1		1		4	2	38	4	44	6
2ª Div. Olivais Sul					1			1	6	1	48	3	55	5
3ª Div. Benfica					1		2		9	1	94	9	106	10
4ª Div. Calvário							1		5	1	37	1	43	2
5ª Div. Penha França							1		4	1	36	3	41	4
Div. Segurança Inst.							1		5		37	2	43	2
D. Aeroporto							1		5		72	5	78	5
DIC							1		8		65	4	74	4
D. Trânsito							1		14		87	6	102	6
DCP/Metro									2		13	2	15	2
Total	1	0	1	0	3	0	10	1	70	7	603	44	688	52

M – Masculino; F - Feminino

Quadro 7 – Distribuição da amostra por postos por sub-estruturas e por sexo

F – Caracterização da amostra por níveis de escolaridade

Os níveis de escolaridade estão representados no quadro 8 e no gráfico de barras 1.

Neles se verifica que as habilitações literárias dos actuais agentes da PSP estão num nível médio e claramente superior ao da população portuguesa em geral, havendo uma sobrecarga no escalão do secundário e a seguir no secundário incompleto, com poucos indivíduos com curso médio/superior e ainda menos com o primário apenas.

Distribuição por Nível de Escolaridade

Escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Primário	17	2,3	2,3
Secundário incompleto	283	38,2	40,5
Secundário	399	53,9	94,5
Curso profissional	9	1,2	95,7
Curso médio/superior	32	4,3	100,0
Total	740	100,0	

Quadro 8 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade

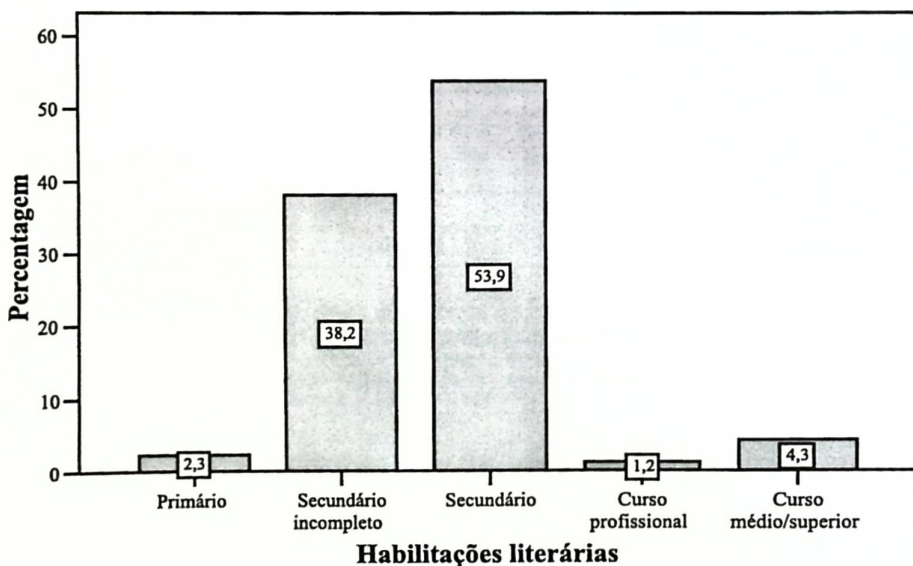


Gráfico de Barras 1 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade

G – Caracterização da amostra por níveis de escolaridade e por sub-estruturas da PSP

A distribuição por níveis de escolaridade e por sub-estruturas da PSP apresenta-se no quadro 9.

Nele se verifica que a maior concentração de sujeitos com nível elevado de escolaridade está no Comando Distrital (28,1% do total) o que poderá explicar-se pelo facto de ser também aí que existe maior concentração nos postos hierárquicos mais elevados, que exigem habilitações também mais elevadas. Segue-se a Divisão de Trânsito com 18,8% do total de sujeitos neste nível e a D.I. Criminal com 15,6%.

Estas percentagens podem contudo induzir em erro, na medida em que, se estudarmos este aspecto através das percentagens em relação ao total de sujeitos de cada sub-estrutura na amostra, se constata que surge em primeiro lugar, uma vez mais, o Comando Distrital com 9,6%, seguido da 5ª Divisão com 6,7% e da D. I. Criminal com 6,4%, passando, neste contexto a D. Trânsito a ocupar o 5º lugar com 5,5%.

Poder-se-ia tentar compreender a falta de colaboração e os comportamentos de alguma grosseria referidos na introdução a partir do facto de se encontrar na Divisão de Trânsito um grande número de sujeitos nos dois níveis mais baixos de escolaridade, primário e secundário incompleto (49 no total de 108, correspondendo a 45,4%) mas não parece que, por si só, isto constitua explicação sólida, uma vez que na Div. CP/Metro existem 64,7% de indivíduos com o secundário incompleto e na DIC 51,3% e tudo correu sem qualquer dificuldade nestas sub-estruturas, assim como no Comando Distrital há 54,9% de sujeitos nos dois níveis inferiores de escolaridade e também se verificou excelente colaboração, interesse e correcção.

Pensamos que de algum modo esta distribuição ajuda a compreender aquelas ocorrências, não sendo porém, por si só, suficiente para as explicar.

Unidade	Nível de Escolaridade										Total	
	Primário		Secundário incompleto		Secundário		Curso profissional		Curso Médio/ Superior			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CMD	6	35,3	45	15,9	33	8,3	0	0,0	9	28,1	93	12,6
1ª Div. Taipas	2	11,8	19	6,7	26	6,5	0	0,0	3	9,4	50	6,8
2ª Div Olivais	0	0,0	16	5,7	43	10,8	1	11,1	0	0,0	60	8,1
3ª Divisão Benfica	1	5,9	31	11,0	80	20,1	0	0,0	4	12,5	116	15,7
4ª Divisão Calvário	1	5,9	10	3,5	33	8,3	1	11,1	0	0,0	45	6,1
5ª Divisão Penha de França	0	0,0	10	3,5	30	7,5	2	22,2	3	9,4	45	6,1
Div. Segurança	0	0,0	25	8,8	20	5,0	0	0,0	0	0,0	45	6,1
D. Aeroporto	0	0,0	34	12,0	43	10,8	4	44,4	2	6,3	83	11,2
DIC	0	0,0	40	14,1	32	8,0	1	11,1	5	15,6	78	10,5
D. Trânsito	7	41,2	42	14,8	53	13,3	0	0,0	6	18,8	108	14,6
DCP/Metro	0	0,0	11	3,9	6	1,5	0	0,0	0	0,0	17	2,3
Total	17	100	283	100	399	100	9	100	32	100	740	100

Quadro 9 – Distribuição da amostra por níveis de escolaridade e sub-estruturas da PSP

H – Caracterização da amostra por estado civil

Relativamente ao estado civil dos sujeitos da amostra, a maioria (63%) é casada, seguindo-se os solteiros com 28,1%. Os outros estados considerados (união de facto, divorciado, separado e viúvo) têm percentagens muito baixas, ficando todas abaixo dos 4,3% e somando os quatro apenas 8,9% do total da amostra.

Atendendo ao nível etário desta população parece fácil entender que a maioria seja casada e a seguir apareçam os solteiros, visto serem os dois estados civis mais comuns nestes níveis de idade, de sujeitos adultos situados nas fases a que Erik Erikson chamou *adulto jovem* e *adulto de meia idade* e que correspondem respectivamente ao período de instalação na vida adulta e ao de maior produtividade.

Naturalmente também devido à baixa idade das pessoas da amostra, o número de viúvos é muito pequeno.

É interessante verificar que existem apenas 24 casos de união de facto (3,2%) contra 466 (63%) de casados, a que poderá não ser alheia a tendência para o rigor, para o respeito pelas tradições e para o cumprimento das normas, que caracterizam esta instituição.

Do mesmo modo e a confirmar esta constatação, encontram-se poucos divorciados (4,2%) e ainda muito menos separados (1,2%) correspondendo estes à menor distribuição de todas. Também aqui, se verifica a mesma tendência, vendo-se uma percentagem maior de divorciados do que de separados, situação que é menos tradicional e se apresenta como um quadro de menor clareza do que o divórcio.

O quadro 10 mostra esta distribuição.

Estado Civil	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Solteiro	208	28,1	28,1
Casado	466	63,0	91,1
União de facto	24	3,2	94,3
Divorciado	31	4,2	98,5
Separado	9	1,2	99,7
Viúvo	2	0,3	100,0
Total	740	100,0	

Quadro 10 – Caracterização da amostra por estado civil

O gráfico 3 e o gráfico de barras 2 também apresentam a distribuição por estado civil.

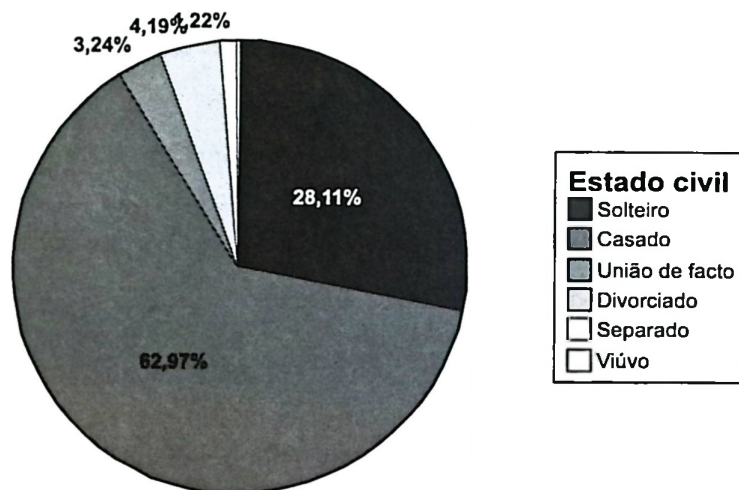


Gráfico 3 – Distribuição da amostra por estado civil

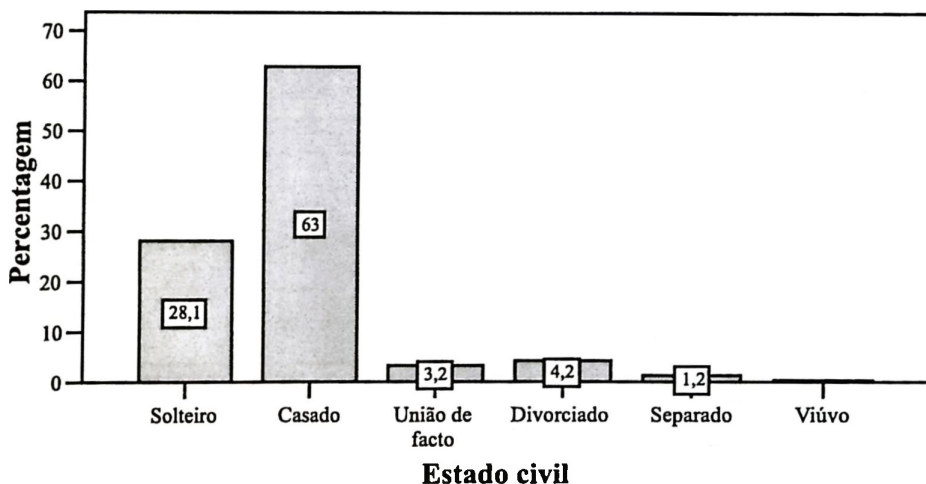


Gráfico de Barras 2 – Distribuição da amostra por estado civil

I – Caracterização da amostra por estado civil e por postos

A distribuição por estado civil e por posto mostra uma maior normalização nos postos superiores (Superintendente, Subintendente, Comissário e Sub-

Comissário) em que todos os sujeitos são casados. Nos Chefes e Sub-Chefes aparecem já 2 indivíduos, correspondendo a 2,6% do total de Chefes e Sub-Chefes da amostra, em união de facto e 6 divorciados (7,8% do total de chefes e sub-chefes) enquanto que nos Agentes existem todas as situações, o que pode ser explicado pelo facto de estes serem muito mais numerosos e por isso, o leque de situações tender a alargar-se.

Contudo, também nestes, a situação de casado é a mais frequente (390 indivíduos) representando 60,4% do total de Agentes, seguida da de solteiro com 198 sujeitos a que correspondem 30,6% do total de Agentes. A terceira situação mais comum, o divórcio, aparece já a uma distância muito significativa, com apenas 25 casos que perfazem 3,9% do total de Agentes, como se vê no quadro 11.

As três outras situações estão ainda menos representadas, ocupando a união de facto a quarta posição com 22 casos que representam 3,4% dos Agentes, a separação com 9 casos que são 1,4% do total de Agentes e finalmente a viuvez com 2 casos representando 0,3% da totalidade dos Agentes.

Estado Civil	Posto						Total
	Superintendente	Subintendente	Comissário	Subcomissário	Chefe/Subchefe	Agente	
Solteiro	0	0	0	3	7	198	208
Casado	2	1	3	8	62	390	466
União de facto	0	0	0	0	2	22	24
Divorciado	0	0	0	0	6	25	31
Separado	0	0	0	0	0	9	9
Viúvo	0	0	0	0	0	2	2
Total	2	1	3	11	77	646	740

Quadro 11 – Distribuição da amostra por estado civil e por postos hierárquicos

Capítulo 3 – Ocorrência da PTSD

3.1 Ocorrência previsível da PTSD em função das características da Instituição e da amostra

Se se aplicarem à amostra da população da PSP as percentagens de incidência de PTSD encontradas no primeiro estudo (4,8% dos homens e 11,4% das mulheres) chega-se à conclusão de que se poderá esperar encontrar 33 indivíduos do sexo masculino e 6 do sexo feminino portadores da doença. Isto constituiria uma percentagem de 5,3% da amostra presente total.

Há porém que analisar factores diversos que poderão interferir num ou noutro sentido, de modo a fazerem variar esta previsão da distribuição da PTSD, para mais ou para menos, conforme referimos anteriormente, em termos gerais.

Assim, surge em primeira e rápida apreciação, no sentido de poder aumentar a percentagem de incidência da doença, na população da PSP, o facto de esta estar exposta continuada e/ou repetitivamente a stressores susceptíveis de causarem traumas diversos, pelo que não seria de estranhar que a incidência da PTSD se viesse a revelar através de números mais altos.

Mas alguns outros factores têm de ser analisados e tomados em conta, porque a sua importância é muito grande e podem fazer variar a incidência da PTSD num ou no outro sentido.

Podemos dividir estes factores em três tipos: factores decorrentes das características da Instituição, factores relacionados com a caracterização da população e factores defensivos dos sujeitos da amostra.

- Factores decorrentes das características da Instituição

Sendo certo que a exposição continuada e/ou repetitiva a stressores susceptíveis de desencadear traumas físicos e/ou psicológicos e, portanto PTSD, é como se viu, por si só condição necessária, ainda que não suficiente, para contrair a doença, não pode também deixar de se ponderar que esse facto é susceptível de, por outro lado, desempenhar um papel importante na prevenção da doença, pelo hábito que o sujeito pode ir criando de lidar com essas situações perigosas, dessensibilizando-se progressivamente e aprendendo ao longo do tempo estratégias de coping cada vez mais adequadas e, por isso, protectoras, aumentando assim a resiliência.

Este mesmo facto pode auxiliar, com o passar do tempo, a desvalorizar os stressores, ou, melhor dizendo, a levar o sujeito a dar-lhes o seu devido valor e a não os empolar. Como se sabe, perceber o stressor como sendo de grande intensidade, quer ele o seja, quer não, é um dos factores fundamentais no desencadeamento do stress. Uma análise clara do stressor, da sua realidade não fantasiada e do seu verdadeiro potencial para colocar o sujeito em perigo ou causar-lhe dano é uma das medidas efectivas para controlar a situação e reduzir objectivamente a probabilidade de surgir stress.

Ora a habituação aos stressores pode portanto ajudar em certa medida, o que poderá reduzir a incidência da doença nesta população.

O próprio treino nos Cursos de Polícia e posteriormente de manutenção, é tendente a desenvolver resistências às tensões habituais da profissão, ajudando também neste sentido.

Outro ponto a ter em consideração é o factor espírito de corpo. Uma instituição como a PSP tende a desenvolver um moral elevado e a criar laços de forte entreaajuda, cooperação e solidariedade entre pares, o que fortalece o espírito de corpo. Um espírito de corpo forte é um aspecto de grande relevo na prevenção e controlo do stress. Estamos portanto perante outro factor que pode diminuir a incidência de PTSD nesta população.

- Factores relacionados com as características da população

Relativamente ao segundo tipo de factores, existem diversos que poderão fazer variar a incidência da PTSD na Polícia de Segurança Pública e quase todos eles, quando têm influência, apontam no sentido da diminuição da prevalência, tendo em conta os dados do primeiro estudo.

Vejamo-los um a um:

A – Ocorrência em função da distribuição real da amostra por sub-estruturas da PSP

As pequenas variações entre o planeamento inicial e a aplicação de campo dos questionários não terão qualquer influência nos resultados, devido à mobilidade dos sujeitos da amostra. Realmente os agentes da PSP alternam em funções e em locais de trabalho, pelo que o facto de se encontrarem neste momento num serviço de escritório ou de rua é de somenos importância.

B – Ocorrência em função da distribuição por sexo.

Uma vez que se verificou uma muito maior incidência de PTSD nas mulheres do que nos homens no primeiro estudo (11,4 e 4,8%, respectivamente) a grande diferença proporcional entre mulheres e homens que se verifica do primeiro estudo para este, leva a pensar numa substancial diminuição de incidência da PTSD no caso presente.

No primeiro estudo a proporção era de 46,7% de mulheres para 53,3% de homens, enquanto que neste ela é de 7% de mulheres para 93% de homens, isto é, há quase 7 vezes menos mulheres.

Parece portanto que este factor terá uma importância muito significativa na taxa de incidência de PTSD na Polícia, que, tudo leva a crer, será muito mais baixa do que na população geral do primeiro estudo, podendo mesmo atingir apenas 1 ou 2%.

C – Ocorrência em função da distribuição por idades

Verificou-se no primeiro estudo que as faixas etárias em que a incidência de PTSD é maior são as dos 46-55 anos, 36-45 anos e 56-65 anos, por esta ordem. Ora verifica-se que no segundo estudo existem 306 indivíduos nos dois primeiros escalões em termos de prevalência da PTSD (41,4% dos 740) estando os restantes 58,6% em escalões em que a prevalência foi inferior.

Por outro lado, a idade média é bastante mais baixa e, principalmente o limite superior dela é muito inferior ao da população do primeiro estudo (54 anos nesta amostra e 99 na do primeiro estudo).

Assim, embora este factor possa não ter uma influência muito forte, a que tiver aponta também para a diminuição da incidência da PTSD na Polícia.

D – Ocorrência em função da distribuição por postos e sexo

Ainda que pouco influente devido ao baixo número de mulheres, este factor poderá levar a um ligeiro aumento da incidência, uma vez que existe uma forte coincidência entre o sexo feminino e os postos mais baixos que são simultaneamente os que implicam habilitações literárias também mais baixas.

E – Ocorrência em função da distribuição por sub-estruturas, postos e sexo

Pelas razões expostas no ponto A acima apresentado, não parece que este factor tenha, por si próprio, influência importante na incidência da PTSD, para além da possível influência já descrita do sexo e da eventual repercussão, ainda que muito discreta, da influência das habilitações literárias (inerentes aos postos).

F – Ocorrência em função da distribuição por escolaridade

A percentagem de sujeitos com o primário apenas, é na PSP de 2,3% enquanto que na população do primeiro estudo é de 21,8%, para além de nesta existirem ainda 2,1% de indivíduos iletrados e 2,2% com o primário incompleto, categorias que não existem na PSP.

Verifica-se assim que na população do primeiro estudo há 26,1% de indivíduos que têm como habilitações máximas o primário (iletrados, primário incompleto e primário completo) enquanto que na PSP esse número desce para 2,3%.

A maior diferença verifica-se no nível do secundário, em que na população do primeiro estudo é de apenas 19,6% e na PSP de 53,9%. Deste modo é neste nível que a frequência e a percentagem de indivíduos são mais elevadas, estabelecendo-se assim como sendo aquele em que existem mais sujeitos na PSP.

Ao nível dos cursos profissionais a diferença não é muito significativa (0,3% na população geral e 1,2% na PSP) ainda que, uma vez mais seja melhor na PSP.

No que respeita a curso médio ou superior a tendência inverte-se, apresentando a população do primeiro estudo uma percentagem de 16,3% e a PSP apenas 4,3%.

Verifica-se assim como afirmáramos antes, que a PSP apresenta a maioria dos sujeitos com nível de escolaridade médio, com uma percentagem muito maior de sujeitos nesta categoria, em relação à população do primeiro estudo, mas com poucos indivíduos com formação superior.

Por outro lado os níveis de habilitações mais baixas apresentam percentagens muito pequenas em relação à população geral.

Atendendo a que, na população geral, o nível com menor incidência de PTSD foi precisamente o mais elevado, não se vê que este factor vá ter grande influência a reduzir a incidência na PSP, uma vez que são muito poucos os sujeitos neste nível.

Pode porém ocorrer algum abaixamento por força da diminuição dos escalões mais baixos de escolaridade, que tinham frequências de PTSD muito mais altas.

G – Ocorrência em função da distribuição por escolaridade e sub-estruturas

Já foi anteriormente comentada a não influência das sub-estruturas, assim como os efeitos da escolaridade, pelo que não são pertinentes outros comentários.

H – Ocorrência em função da distribuição por estado civil

Verificou-se no primeiro estudo que os estados civis com maior incidência de PTSD eram o dos divorciados (23,1%) e o dos viúvos (17,8%). O dos casados seguia-se-lhes, mas apenas com 7,3% e finalmente o dos solteiros era o que tinha taxa mais baixa, com 4,2%.

Ora na presente amostra existe uma maioria esmagadora de sujeitos casados (63%), seguindo-se os solteiros com 28,1%. Divorciados e viúvos são raros, com apenas 4,2% e 0,3% respectivamente.

Os restantes 4,4% são sujeitos em situação de união de facto (3,2%) e separados (1,2%) situações que não foram consideradas no primeiro estudo

Assim verifica-se que este factor tende também muito claramente para fazer baixar a incidência da PTSD na Polícia.

I – Ocorrência em função da distribuição por estado civil e postos

Não parece que a conjugação do estado civil com o posto dos indivíduos vá aumentar, diminuir ou inverter o efeito do estado civil antes analisado. Desta maneira pensa-se que este factor é irrelevante.

- Factores defensivos dos sujeitos da amostra

Finalmente em relação ao terceiro tipo de factores as falhas de comunicação referidas na introdução a este relatório levaram a que comentários diversas vezes feitos por Agentes da PSP, quando da aplicação dos questionários, apontassem para alguma desconfiança deles em relação aos escalões hierárquicos superiores.

Essa desconfiança, a existir, pode ter induzido algumas respostas defensivas, no sentido de, com receio de poderem vir a ser prejudicados se apresentassem um quadro de existência de PTSD, procurarem colocar-se fora dos parâmetros de detecção da doença.

É preciso também não esquecer o que Kessler diz acerca do anonimato e seus efeitos, ainda que, como dissemos antes, o anonimato fosse uma regra que se seguiu neste estudo, ficando ao critério do entrevistado identificar-se ou não.

Convém referir que, embora a identificação dos sujeitos fosse facultativa, os entrevistadores informavam-nos de que, se se identificassem, teriam a vantagem de, se viessem a ser indicados com PTSD, poderem estar em condições de serem de imediato encaminhados para diagnóstico e, se fosse confirmada a existência de doença, posteriormente tratados.

Verifica-se que, conforme o quadro 12 e o gráfico 4 mostram, a maioria das pessoas optou por se identificar, o que não confirma completamente esta hipótese defensiva.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Não Identificados	187	25,3	25,3
Só nome	50	6,8	32,0
Identificados	503	68,0	100,0
Total	740	100,0	

Quadro 12 – Indivíduos que se identificaram, que não se identificaram e que apresentaram apenas um nome, não declarando o número.

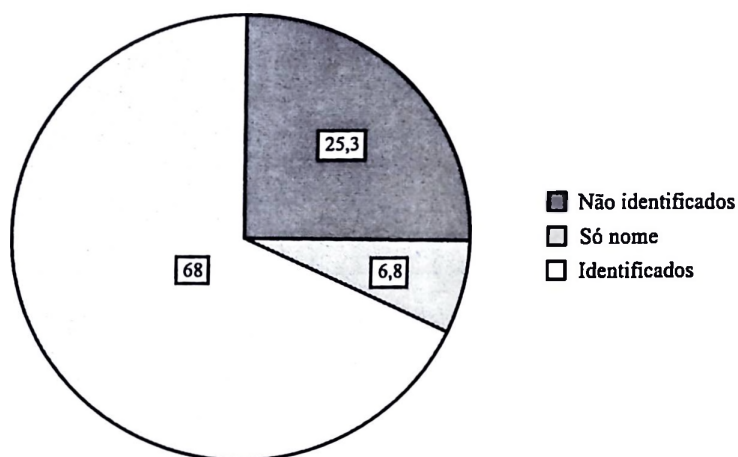


Gráfico 4 – Indivíduos que se identificaram, que não se identificaram e que apresentaram apenas um nome

Também se verifica que, dos 16 indivíduos com PTSD, apenas 2 não se identificaram, conforme quadro 13.

Registo SPSS	Nome	Idade actual	Sexo	Confronto com situação											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
17		44	F		17			27		12	40				
23		45	M		40	35	35			41	43	36	38		
29		36	M			30									
63		23	M				16					16			
74		44	M		31	29				42			35		
134	Não identificado	35	M		25	30	31			29			33		
182		47	M		46	23	23			26		34			
428		26	M		4						18				
559		49	M		42										
602	Não identificado	43	M			26	27				22				
619		43	M		30						21				
620		47	M								15				
623		38	M				24				33		25		
680		25	M		19						25		23		
701		48	M		41										
a) 279		43	M												

a) PTSD não actual

Quadro 13 – Caracterização dos sujeitos com PTSD

Importa porém não perder de vista que, apesar disso, houve 187 sujeitos que não se identificaram, o que corresponde a 25,3% do total e mais 6,8% (50 indivíduos) declararam apenas um nome, não dizendo o número. Isto significa que um terço da amostra (32,1%) não se identificou ou fê-lo incompletamente o que tem um significado assinalável.

Podemos portanto, sem esforço, considerar que a protecção defensiva acima referida poderá ter efeito sobre a descida do valor de prevalência da PTSD.

Por outro lado ainda, é igualmente possível que aspectos referentes a auto-imagem de masculinidade algo distorcida, decorrentes de ideias como por exemplo a de que Agentes da Polícia não se intimidam, nem se deixam

influenciar por acontecimentos traumatizantes, tenham levado a um certo exagero na recusa de admitir a existência actual e/ou passada de alguns dos sintomas da Escala Abreviada de Breslau.

Dentro deste mesmo aspecto e seguindo o mesmo raciocínio, muito menos seria de estranhar que, uma vez admitida a existência dos sintomas, fosse posteriormente feito o esforço de denegar o seu impacto não respondendo afirmativamente às três perguntas sobre as consequências deles.

Desta maneira os sujeitos que eventualmente guardassem reserva sobre as verdadeiras intenções do Comando acerca deste estudo, colocar-se-iam assim a salvo da erradamente interiorizada penalização em progressão na carreira, ou outra, se fossem detectados como podendo ter PTSD.

3.2 – Resultados relativos à ocorrência da PTSD na PSP de Lisboa

A determinação da indicação de PTSD foi feita utilizando os mesmos critérios usados no primeiro estudo e os resultados obtidos foram os seguintes:

1 – Ocorrência da PTSD ao longo da vida

O quadro 14 mostra a prevalência de PTSD na população da PSP da cidade de Lisboa, estando nele incluídos todos aqueles que preenchem actualmente, ou alguma vez preencheram, a totalidade dos critérios para serem considerados como tendo PTSD.

Casos					
C / PTSD		S / PTSD		Total	
N	Percent	N	Percent	N	Percent
16	2,2%	724	97,8%	740	100,0%

Quadro 14 – Ocorrência da PTSD na população da PSP

Como se previa esta prevalência é bastante mais baixa do que a da população geral encontrada no primeiro estudo, que se cifrou em 7,87%.

Como explicar esta diferença?

Pensamos que a explicação está nos três tipos de factores abordados no ponto 3.1 anterior.

Tomando-os em consideração, o resultado pode aceitar-se como credível, não se podendo contudo detectar a influência real nem a verdadeira grandeza do terceiro deles.

É ainda de salientar, como fundamento de credibilidade dos resultados que obtivemos, a variação de resultados em estudos desta natureza e que referimos no Capítulo 1, que como se viu, nalguns casos apontam para percentagens idênticas à agora obtida.

2 – Ocorrência de PTSD no momento actual

O quadro 15 mostra a prevalência da PTSD no momento actual, na população estudada.

Casos					
C / PTSD		S / PTSD		Total	
N	Percent	N	Percent	N	Percent
15	2,0%	725	98,0%	740	100,0%

Quadro 15 – Ocorrência de PTSD no momento actual

Como se vê, dos 16 sujeitos com indicação de PTSD, 15 estão actualmente dentro dos critérios da PTSD.

Atendendo a que dos 16 apenas 7 reportam exposição a situação ou situações traumáticas nos últimos cinco anos, não parece que se possa estar

perante um recente agravamento em termos de situações traumatizantes, na PSP.

Poderá sim tratar-se de uma confirmação do que atrás dissemos, verificando-se que aqueles que não sentem actualmente os sintomas preferem desvalorizar o sofrimento anterior, mas que já passou, a revelarem que o sentiram antes, excluindo-se assim do grupo dos indicados com PTSD.

Ao contrário destes, os que indicam os efeitos com ocorrência actual podem ter sido levados pela força da memória do sofrimento presente, afrouxando as defesas e declarando a realidade.

É de facto pouco credível que 93,8% dos sujeitos indicados com PTSD a tenham actualmente e apenas 6,2% deles a tenham tido anteriormente, mas não agora, visto que estatisticamente os números deviam ser maiores ao longo de toda a vida do que no momento presente, como aliás mostra o estudo inicial em que os dados foram de 7,87 % ao longo da vida e de 5,3% no momento presente.

3 – Ocorrência da PTSD por sexo

A partir daqui todos os resultados serão apresentados em duas direcções:

- a. Indicados com PTSD ao longo da vida
- b. Indicados com PTSD actual.

Embora a diferença seja muito pequena, por haver apenas um sujeito indicado com PTSD não actual, entende-se que se deve apresentar as duas estatísticas, uma vez que uma corresponde ao total de casos e a outra aos casos actuais.

3.a - Indicados com PTSD ao longo da vida, por sexo

As percentagens de homens e mulheres são muito semelhantes (2,2% dos 688 homens e 1,9% das 52 mulheres) mas a de homens é ligeiramente superior. Isto é um dado que contraria o que se encontrou até ao momento em outros estudos, em que as mulheres apresentam percentagens superiores. Pensa-se que o número muito reduzido de mulheres envolvidas no estudo poderá explicar esta diferença.

O quadro 16 mostra estes dados.

	PTSD		Sem Patologia		Total
	n	%	n	%	
Masculino	15	2,2	673	97,8	688
Feminino	1	1,9	51	98,1	52
Total	16		724		740

Quadro 16 – Ocorrência da PTSD ao longo da vida por sexo

A amostra tinha uma proporção de 13 homens para cada mulher e a frequência encontrada para a prevalência da PTSD actual é de 15 homens para 1 mulher o que corresponde às percentagens de 2,2% dos homens e 1,9% das mulheres. Dado a amostra ser pequena ($16 < 30$) utilizou-se uma análise binomial para testar a hipótese de que 1 mulher em 52 proporciona uma relação idêntica a 15 homens em 688, verificando-se que para o nível de significância estabelecido de 5% essa relação não é de facto diferente (83% > 5%).

Contudo, na população do primeiro estudo, 1 em cada 9 mulheres estava indicada com PTSD e neste caso temos 1 em 52 o que é manifestamente inferior, como também se vê pela diferença das percentagens de PTSD nas mulheres que no estudo inicial era de 11,4% e é agora apenas de 1,9%.

O valor encontrado através do teste do qui-quadrado ($\chi^2=16,25 > 0,00393$ a 95% de confiança) mostra que os valores que se observam na PSP

são significativamente diferentes dos que se esperava obter, tendo em vista os do primeiro estudo.

No que diz respeito aos homens a situação não é muito diferente, uma vez que no estudo inicial havia um com PTSD para cada 21 e agora há apenas 1 para cada 49.

3.b - Indicados com PTSD actual, por sexo

Também aqui, evidentemente, é muito semelhante a percentagem de distribuição da PTSD nos dois sexos.

	PTSD		Sem Patologia		Total
	n	%	n	%	
Masculino	14	2	674	98	688
Feminino	1	1,9	51	98,1	52
Total	15		725		740

Quadro 17 – Ocorrência da PTSD actual, por sexo

Do ponto de vista da PTSD actual, os comentários são os mesmos, uma vez que a diferença é muito pequena.

4. Ocorrência da PTSD por idade

4.a - Distribuição da PTSD ao longo da vida, por idade

O quadro 18, que se segue, apresenta a distribuição por idade, dos sujeitos indicados com PTSD.

Idade	C/PTSD		S/PTSD	
	N	%	N	%
18 a 25	2	12,5	90	12,4
26 a 35	2	12,5	340	47,0
36 a 45	8	50,0	234	32,3
46 a 55	4	25,0	60	8,3
Total	16	100	724	100

Quadro 18 – Distribuição da PTSD ao longo da vida, por idade

A média de idade dos sujeitos indicados com PTSD é de 39,75 anos, sendo o mais novo 23 anos e o mais velho 54.

No presente trabalho, o escalão que maior frequência apresenta é o dos 36 aos 45 anos (no primeiro estudo era o segundo) com 50% dos casos, seguindo-se o dos 46 aos 55 (no primeiro estudo era o primeiro) com 25% e os outros dois cada um com 12,5%.

Como se esperava, são os escalões mais baixos que apresentam frequências menores de PTSD.

Comparando os quadros 18 e 19, vê-se que o sujeito indicado com PTSD não actual se encontra no escalão dos 36 os 45 anos.

Os gráficos de barras 3 e 4 mostram respectivamente a distribuição por idade dos sujeitos com PTSD ao longo da vida e dos que não tiveram PTSD ao longo da vida.

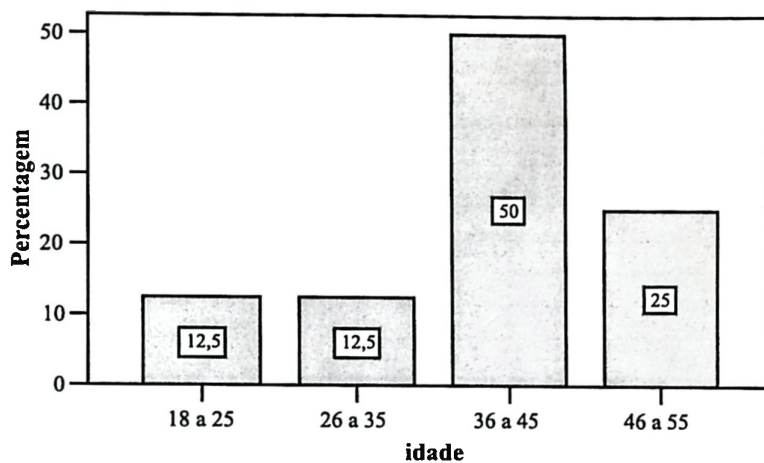


Gráfico de Barras 3 – Sujeitos com PTSD ao longo da vida

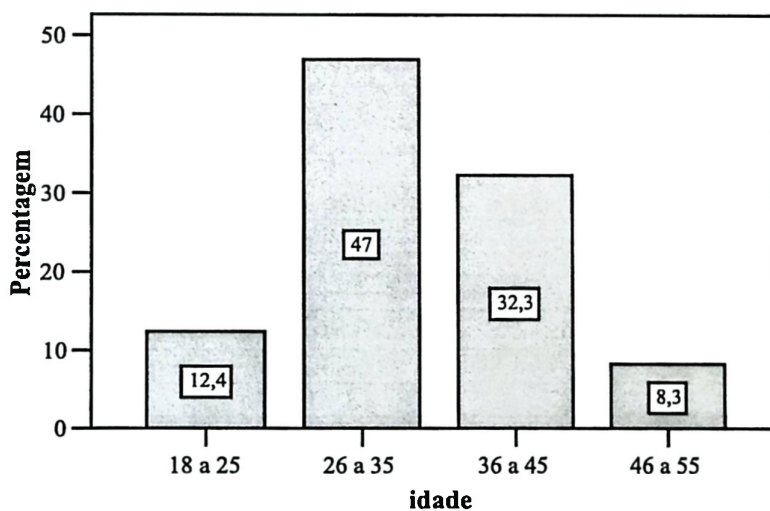


Gráfico de Barras 4 – Sujeitos sem PTSD ao longo da vida

4.b - Distribuição da PTSD actual, por idade

O quadro 19 apresenta a distribuição por idades, dos sujeitos com PTSD actual.

Idade	C/PTSD		S/PTSD	
	N	%	N	%
18 a 25	2	13,3	90	12,4
26 a 35	2	13,3	340	46,9
36 a 45	7	46,7	235	32,4
46 a 55	4	26,7	60	8,3
Total	15	100	725	100

Quadro 19 – Distribuição da PTSD actual, por idade

O único sujeito com PTSD actual, do sexo feminino, encontra-se no escalão dos 36 aos 45 anos.

5. Ocorrência da PTSD por estado civil

5.a - Distribuição da indicação de PTSD ao longo da vida, por estado civil

O quadro 20 apresenta a distribuição dos sujeitos com PTSD e sem PTSD ao longo da vida.

Estado civil	C/PTSD	S/PTSD	Total
Solteiro	1	207	208
Casado	15	451	466
União de facto	0	24	24
Divorciado	0	31	31
Separado	0	9	9
Viúvo	0	2	2
Total	16	724	740

Quadro 20 – Distribuição dos sujeitos com e sem PTSD ao longo da vida, por estado civil

Verifica-se que apenas 1 sujeito é solteiro, sendo todos os outros casados. No primeiro estudo foram considerados apenas quatro estados civis (solteiro, casado, divorciado e viúvo) e concluiu-se que 23,1% dos divorciados tinham PTSD, assim como 17,8% dos viúvos, vindo depois os casados com 7,3% e finalmente os solteiros com 4,2%.

Certamente devido ao muito baixo número de viúvos e de divorciados, estas percentagens são agora profundamente alteradas e vê-se que é nos dois estados civis mais frequentes na PSP (os casados e os solteiros) que a PTSD incide.

Da comparação com o quadro seguinte conclui-se que o único sujeito com PTSD não actual é também casado.

5.b - Distribuição da PTSD actual, por estado civil

Esta distribuição mostra-se no quadro 21 que se segue.

Estado civil	C/PTSD	S/PTSD	Total
Solteiro	1	207	208
Casado	14	452	466
União de facto	0	24	24
Divorciado	0	31	31
Separado	0	9	9
Viúvo	0	2	2
Total	15	725	740

Quadro 21 – Distribuição dos sujeitos com e sem PTSD actual, por estado civil

O sujeito feminino é casado.

6. Ocorrência da PTSD por postos

6.a - Distribuição da indicação de PTSD ao longo da vida, por postos

A distribuição da PTSD ao longo da vida por postos, é apresentada no quadro 22 que se segue.

Categorias	C/PTSD		S/PTSD		Total	
	N	%	N	%	N	%
Superintendente	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Subintendente	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Comissário	0	0,0	3	100,0	3	100,0
Subcomissário	0	0,0	11	100,0	11	100,0
Chefe/Subchefe	2	2,6	75	97,4	77	100,0
Agente	13	2,0	634	98,0	647	100,0
Total	16		724		740	

Quadro 22 – Distribuição dos sujeitos com e sem PTSD ao longo da vida, por postos

A maior frequência de indivíduos com PTSD ao longo da vida encontra-se nos Agentes que são 13, representando 2,0% deles e 81,2% do total de casos (16), seguindo-se os Chefes e Sub-Chefes com 2 indivíduos, que correspondem a 2,6% da totalidade neste posto e 12,5% do total de casos e finalmente 1 Subintendente que perfaz 100% dos sujeitos da amostra com este posto e 6,3% do total de casos.

Contudo esta última percentagem é enganadora, atendendo ao número reduzido de Subintendentes da amostra, pelo que não deve ser tomada em consideração na grandeza que apresenta.

Parece pois haver maior vulnerabilidade nos postos superiores, mas, devido ao muito maior número de Agentes, também é mais elevada a frequência de PTSD neste posto.

Salvaguardando os resultados por a população ser muito pequena ($n=16 < 30$) podemos concluir que a relação entre as variáveis posto e PTSD não é independente ($p=0,000 < 0,05$) e que a correlação, embora fraca, indica que à medida que os postos sobem, a ocorrência de PTSD é menor (Correlação de Spearman $-0,030$).

Verifica-se por comparação com o quadro seguinte que o único sujeito com PTSD não actual é Agente

6.b - Distribuição da PTSD actual, por postos

O quadro 23 mostra esta distribuição.

Postos	C/PTSD	S/PTSD	Total
Superintendente	0	1	1
Subintendente	1	0	1
Comissário	0	3	3
Subcomissário	0	11	11
Chefe/Subchefe	2	75	77
Agente	12	635	647
Total	15	725	740

Quadro 23 – Distribuição dos sujeitos com e sem PTSD actual, por postos

O sujeito feminino é Agente.

7. Ocorrência da PTSD por sub-estruturas

7.a - Distribuição da PTSD ao longo da vida, por sub-estruturas

Esta distribuição está patente no quadro que se segue.

Sub-estrutura	C/PTSD		S/PTSD		Total
	n	%	n	%	
CMD	4	4,3	89	95,7	93
1ª Div Taipas	1	2,0	49	98,0	50
2ª Div Olivais Sul	0	0,0	60	100,0	60
3ª Divisão Benfica	3	2,6	113	97,4	116
4ª Divisão Calvário	1	2,2	44	97,8	45
5ª Divisão Penha de França	0	0,0	45	100,0	45
Div. Segurança de Instalações	0	0,0	45	100,0	45
D. Aeroporto	1	1,2	82	98,8	83
DIC	3	3,8	75	96,2	78
D. Trânsito	3	2,8	105	97,2	108
DCP/Metro	0	0,0	17	100,0	17
Total	16		724		740

Quadro 24 – Distribuição dos sujeitos com e sem PTSD ao longo da vida, por sub-estruturas

Verifica-se que 4,3% dos sujeitos da amostra a trabalhar no Comando Distrital (4 pessoas) 3,8% dos da D. I. Criminal (3 pessoas) 2,8% dos da D. Trânsito (3 pessoas) e 2,6% dos da 3ª Divisão (3 pessoas) configuram as maiores distribuições neste critério. As 1ª, 4ª Divisões e a do Aeroporto têm um sujeito cada uma. As restantes (2ª Div., 5ª Div., Div. Segurança de Instalações e Div. CP/Metro) não têm qualquer indivíduo indicado com PTSD.

Pela comparação dos quadros 24 e 25 percebe-se que o único sujeito com PTSD não actual é da 3ª Divisão.

7.b - Distribuição da PTSD actual, por sub-estruturas

O quadro 25 que se apresenta a seguir mostra a distribuição da PTSD não actual por sub-estruturas da PSP de Lisboa.

Sub-estrutura	C/PTSD		S/PTSD		Total
	n	%	n	%	
CMD	4	4,3	89	95,7	93
1ª Div Taipas	1	2,0	49	98,0	50
2ª Div Olivais Sul	0	0,0	60	100,0	60
3ª Divisão Benfca	2	1,7	114	98,3	116
4ª Divisão Calvário	1	2,2	44	97,8	45
5ª Divisão Penha de França	0	0,0	45	100,0	45
Div. Segurança de Instalações	0	0,0	45	100,0	45
D. Aeroporto	1	1,2	82	98,8	83
DIC	3	3,8	75	96,2	78
D. Trânsito	3	2,8	105	97,2	108
DCP/Metro	0	0,0	17	100,0	17
Total	15		725		740

Quadro 25 – Distribuição dos sujeitos com e sem PTSD actual, por sub-estruturas

Não parece razoável, uma vez mais devido à grande mobilidade dos sujeitos da amostra, fazer interpretações que relacionem as sub-estruturas com a frequência e/ou percentagem de prevalência da PTSD. Realmente a população da PSP muda com frequência de local de trabalho, pelo que os dados de que se dispõe não permitem associar esses locais com uma maior ou menor prevalência.

8. Ocorrência da PTSD por nível de escolaridade

8.a - Distribuição da PTSD ao longo da vida, por nível de escolaridade

O quadro 26 apresenta esta distribuição.

Nível de escolaridade	C/PTSD		S/PTSD		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primário	2	11,8	15	88,2	17	100
Secundário incompleto	10	3,5	273	96,5	283	100
Secundário	3	0,8	396	99,2	399	100
Curso profissional	0	0,0	9	100,0	9	100
Curso médio/superior	1	3,1	31	96,9	32	100
Total	16		724		740	

Quadro 26 – Distribuição dos sujeitos com e sem PTSD ao longo da vida, por nível de escolaridade

Os dados recolhidos confirmam os do primeiro estudo e as previsões anteriormente feitas. Com efeito, a maior percentagem de sujeitos com PTSD encontra-se no nível mais baixo de escolaridade (primário) com 2 sujeitos, correspondendo a 11,8% do total de sujeitos com este nível de habilitações literárias, logo seguido pelo segundo nível mais baixo com 10 sujeitos (3,5% do total).

Os sujeitos com o secundário completo (3º nível) encontram-se representados por 3 pessoas, mas, devido ao grande número de indivíduos da amostra com este nível de habilitações literárias, a percentagem desce para 0,8% apenas.

Se virmos as percentagens em relação aos 16 casos de PTSD, elas são reveladoras: 62,5% têm o secundário incompleto, 18,8% o secundário, 12,5% o primário e 6,2% curso médio/superior, o que significa que 75% dos casos de PTSD estão nos dois escalões de habilitações literárias mais baixos.

Finalmente o último indivíduo com PTSD é do nível mais alto de escolaridade (curso médio/superior) o que, por razões opostas, muito pequeno número de pessoas neste nível, faz subir a percentagem para 3,1%.

Uma vez mais salvaguardando os resultados devido à pequenez da população, podemos concluir que a relação entre as variáveis PTSD e nível de escolaridade não é de independência ($p=0,007 < 0,05$) e que existe uma relação inversa, uma vez que à medida que o nível de escolaridade diminui, a prevalência de PTSD é maior (Correlação de Spearman -0,103)

Por comparação entre os quadros 26 e 27 vê-se que o sujeito com PTSD não actual tem o secundário incompleto.

8.b - Distribuição da PTSD actual por nível de escolaridade

Esta distribuição aparece no quadro 27.

Nível de escolaridade	C/PTSD		S/PTSD		Total
	n	%	n	%	
Primário	2	11,8	15	88,2	17
Secundário incompleto	9	3,2	274	96,8	283
Secundário	3	0,8	396	99,2	399
Curso profissional	0	0,0	9	100,0	9
Curso médio/superior	1	3,1	31	96,9	32
Total	15		725		740

Quadro 27 – Distribuição dos sujeitos com e sem PTSD actual, por nível de escolaridade

O sujeito feminino tem o secundário incompleto.

3.3 – Caracterização das situações traumáticas, sintomas e impacto associado

3.3.1 – Situações traumáticas.

Todas as doze situações traumáticas constantes do questionário foram vividas por alguém da amostra. O quadro 28 que se segue mostra a frequência de vivência delas.

Situações Traumáticas	Cases					
	Sim		Não		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Abuso sexual antes dos 18	5	0,7	735	99,3	740	100,0%
Acidente grave de viação	193	26,1	547	73,9	740	100,0%
Ameaça de arma	198	26,8	542	73,2	740	100,0%
Ataque físico	283	38,2	457	61,8	740	100,0%
Catástrofe natural	43	5,8	697	94,2	740	100,0%
Combate	55	7,4	685	92,6	740	100,0%
Incêndio	198	26,8	542	73,2	740	100,0%
Morte violenta familiar/ amigo	183	24,7	557	75,3	740	100,0%
Roubado ou assaltado	105	14,2	635	85,8	740	100,0%
Testemunha de acidente grave/morte	173	23,4	567	76,6	740	100,0%
Violação	15	2,0	725	98,0	740	100,0%
Outra	20	2,7	720	97,3	740	100,0%
Total	1471		7409		8 880	

Quadro 28 – Frequência e percentagem de ocorrência das situações traumáticas

Houve 1471 respostas afirmativas quanto à vivência de situações traumáticas e 7409 negativas. Isto aponta para que, em média, cada indivíduo esteve submetido a 1,98 situações traumáticas o que, atendendo à população de que estamos a tratar, se pode considerar muito pouco.

Tratando-se de Agentes da PSP esta confrontação média de 1,98 situações por pessoa é de algum modo surpreendente, mas permite-nos observar uma relativa diferença comparativamente com a população em geral do primeiro estudo em que houve 4152 exposições, com uma média de 1,59 por pessoa.

Parece que se poderá dizer que ser Agente da PSP se revela moderadamente mais perigoso (+20%) em termos de exposição a situações traumáticas, do que acontece com o cidadão comum.

A situação mais vivida é a de ataque físico com 283 casos que correspondem a 19,2% das 1471 exposições a situações traumáticas relatadas, seguida de ameaça de arma e do incêndio, com 13,5% (198 casos) cada, de acidente grave de viação com 193 casos (13,1%) de morte violenta de um familiar ou amigo, com 183 casos, correspondendo a 12,5% e de testemunha de acidente grave/morte com 173 casos que correspondem a 11,8% do total de exposições.

As restantes situações apresentam já frequências e percentagens muito mais baixas.

O quadro 29 mostra a distribuição das 1471 situações traumáticas a que os sujeitos estiveram expostos, em função de terem ou não causado PTSD.

Situações Traumáticas	Casos					
	Acontecimentos traumáticos que provocaram PTSD		Acontecimentos traumáticos que não provocaram PTSD		Total	
	N	%	N	%	N	Percent
Abuso sexual antes dos 18	0	0,0	5	100,0	5	100,0%
Acidente grave de viação	10	5,2	183	94,8	193	100,0%
Ameaça de arma	5	2,5	193	97,5	198	100,0%
Ataque físico	7	2,5	276	97,5	283	100,0%
Catástrofe natural	1	2,3	42	97,7	43	100,0%
Combate	0	0,0	55	100,0	55	100,0%
Incêndio	5	2,5	193	97,5	198	100,0%
Morte violenta familiar/ amigo	9	4,9	174	95,1	183	100,0%
Roubado ou assaltado	3	2,9	102	97,1	105	100,0%
Testemunha de acidente grave/morte	5	2,9	168	97,1	173	100,0%
Violação	0	0,0	15	100,0	15	100,0%
Outra	0	0,0	20	100,0	20	100,0%
Total	45		1426		1 471	

Quadro 29 – Distribuição das situações traumáticas que causaram e não causaram PTSD

Lendo o quadro na horizontal, vê-se que os oito tipos de situação traumática que provocaram PTSD foram, por ordem decrescente de frequência, o acidente grave de viação com 10 casos (5,2% dos 193 relatados), a morte violenta de um familiar ou amigo com 9 casos (4,9% dos 183), ataque físico com 7 casos (2,5% dos 283) testemunha de acidente grave/morte com 5 casos (2,9% dos 173), ameaça de arma com 5 casos (2,5% dos 198), o incêndio com 5 casos (2,5% dos 198 casos), roubado ou assaltado com 3 casos (2,9% dos 105), e finalmente a catástrofe natural com 1 caso (2,3% dos 43).

É importante salientar que dos 45 casos de exposição a situações traumáticas que geraram PTSD, o acidente grave de viação foi o que apresentou frequência maior, com 10 casos (22,2% dos 45 casos) seguido da morte violenta de familiar ou amigo com 9 (20,0%), do ataque físico com 7 casos (15,6%), da ameaça de arma, do incêndio e de ser testemunha de acidente grave/morte, cada um com 5 casos (11,1%), de ser roubado ou assaltado com 3 casos (6,7%) e finalmente da catástrofe natural com 1 caso correspondendo a 2,2% dos 45.

É plausível que, por força do desempenho das funções profissionais, esta população tenha alguma probabilidade aumentada de assistir a acidentes graves de viação, mas isso não impede que se chame a atenção para o facto de que este stressor é o quarto mais relatado e é o que maior impacto tem, na medida em que é aquele que, em maior percentagem, causou PTSD.

Como referimos atrás, a situação mais relatada em termos de exposição é o ataque físico com 283 casos, o que se pensa ser claramente decorrente da profissão desta população, acontecendo o mesmo com uma das duas que se encontram em terceiro lugar, a ameaça de arma, que apresenta 198 exposições. A outra com igual número de exposições é o incêndio.

Também parece ser de salientar o número de exposições a incêndio, no conjunto das doze situações traumáticas, uma vez que ela aparece muito acima da média, o que aponta para um número muito grande de ocorrências deste tipo.

É importante realçar que foram indicados 15 casos de violação e 5 de abuso sexual antes dos 18 anos, todos em indivíduos do sexo masculino, sendo que nenhum deles originou PTSD.

O quadro 30 apresenta a distribuição das situações traumáticas que causaram e que não causaram PTSD, por sexo.

Situações Traumáticas	Casos							
	Masculino				Feminino			
	Sem PTSD		Exposições c/ PTSD	% relativa a cada situação	Sem PTSD		Exposições c/ PTSD	% relativa a cada situação
	Número de exposições	% sobre o total de exposições (1396)			Número de exposições	% sobre o total de exposições (1396)		
Abuso sexual antes dos 18	5	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Acidente grave de viação	185	13,3	9	4,7	8	10,7	1	0,5
Ameaça de arma	192	13,7	5	2,5	6	8,0	0	0,0
Ataque físico	275	19,6	7	2,5	8	10,7	0	0,0
Catástrofe natural	37	2,7	0	0,0	6	8,0	1	2,3
Combate	53	3,8	0	0,0	2	2,7	0	0,0
Incêndio	185	13,3	4	2,0	13	17,3	1	0,5
Morte violenta familiar/amigo	166	11,8	8	4,4	17	22,6	1	0,6
Roubado ou assaltado	96	6,9	3	2,9	9	12,0	0	0,0
Testemunha de acidente grave/morte	168	12,0	5	2,9	5	6,7	0	0,0
Violação	15	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outra	19	1,4	0	0,0	1	1,3	0	0,0
Total	1396	100,0	41		75	100,0	4	

Quadro 30 – Distribuição das situações traumáticas que provocaram e que não provocaram PTSD, por sexo.

O caso feminino apresenta quatro situações traumáticas vividas, a primeira com 12 anos (incêndio) a segunda (acidente de viação grave) com 17, a terceira catástrofe natural (27 anos) e finalmente a morte violenta de familiar ou amigo, com 40 anos.

O único sujeito com PTSD não actual foi confrontado com apenas uma situação traumática que foi a morte violenta de familiar ou amigo.

3.3.2 Sintomas.

Relativamente aos sintomas detectados através da aplicação da Escala Abreviada de Breslau, verifica-se, como mostra o quadro 31, que foi relatada a ocorrência de 1619, sendo que 182 estão ligadas à PTSD e 1437 não.

O sintoma mais frequente é a *dificuldade em adormecer ou manter o sono* com 347 casos (21,4% dos 1619) seguindo-se por ordem decrescente: *evita recordar afastando-se de locais, pessoas ou actividades* com 315 casos (19,5%) e *nervoso ou facilmente assustado por barulhos ou movimento* (279 casos, correspondendo a 17,2%). Os restantes sintomas apresentam já frequências e percentagens muito mais baixas.

O sintoma mais frequente ligado à PTSD é a *dificuldade em adormecer ou manter o sono* com 33 casos (18,1% dos 182), seguindo-se por ordem decrescente: *nervoso ou facilmente assustado por barulhos ou movimentos* com 27 (14,8%) *evita recordar afastando-se de locais, pessoas ou actividades* (24 casos, 13,2%) e *perdeu interesse por actividades que antes eram importantes/agradáveis* com 21 casos (11,5%).

Os restantes três sintomas estão bastante afastados, aparecendo a *dificuldade em sentir amor ou afecto, em relação a outras pessoas e não vale a pena planear o futuro* com 17 casos (9,3%) cada e finalmente *sente-se isolado ou distanciado em relação às outras pessoas* com 14 casos (7,7%).

Sintomatologia	Situações PTSD		S/PTSD		Total
	n	%	n	%	
Evita recordar afastando-se de locais, pessoas ou actividades	24	7,6	291	92,4	315
Perdeu interesse por actividades que antes eram importantes/agradáveis	21	17,2	101	82,8	122
Sente-se isolado ou distanciado em relação às outras pessoas	14	16,5	71	83,5	85
Dificuldade em sentir amor ou afecto, em relação às outras pessoas	17	21,3	63	78,8	80
Não vale a pena planear o futuro	17	9,7	158	90,3	175
Dificuldade em adormecer ou manter o sono	33	9,5	314	90,5	347
Nervoso ou facilmente assustado por barulhos ou movimentos	27	9,7	252	90,3	279
Sintomas identificados encontram-se presentes no momento	29	13,4	187	86,6	216
Total	182	11,2	1437	88,8	1619

Quadro 31 – Sintomas associados à PTSD

O caso feminino apresenta sintomatologia distribuída do seguinte modo:

- *Dificuldade em adormecer ou manter o sono* – sentida em 3 das 4 situações traumáticas.
- *Mais nervoso ou facilmente assustado por barulhos ou movimentos* – sentido em 2 das 4 situações traumáticas.
- *Evitava recordar, afastando-se de locais, pessoas ou actividades, perda de interesse por actividades que antes tinham sido importantes/agradáveis e sentir-se mais isolado ou distanciado em relação às outras pessoas* – sentidas 1 vez cada um.

Os sintomas relacionados com o *incêndio* e com a *morte violenta de familiar ou amigo* estão presentes actualmente.

3.3.3 Impacto dos sintomas na vida do sujeito

O quadro 32 mostra o impacto que os sintomas tiveram na vida dos 16 sujeitos com PTSD, verificando-se que, relativamente à interferência que tiveram com a actividade e relações dos indivíduos no dia-a-dia, ela é considerada por 62,5% dos casos como moderada e apenas por 37,5% como severa.

Impacto dos sintomas na vida	N Situações	%	Total
Estes sintomas levaram-no a consultar o médico de família, o psiquiatra ou outro profissional de saúde?	16	100	16
Estes sintomas levaram-no a tomar medicamentos por mais do que uma vez?	16	100	16
Estes sintomas interferiram com a sua actividade e relações do dia-a-dia.			
Muito	6	37,5	
Alguma coisa	10	62,5	16

Quadro 32 – Impacto dos sintomas na vida dos sujeitos com PTSD

No caso feminino os sintomas levaram à consulta de profissional de saúde, à toma de medicamentos por mais do que uma vez e interferiram muito com a actividade e relações do dia-a-dia.

3.4 Extrapolação para a população da PSP de Lisboa

De acordo com os dados recolhidos a extrapolação para a população da PSP de Lisboa aponta para a existência provável de 104 pessoas afectadas com PTSD ao longo da vida sendo que 94 delas estarão actualmente nesta situação.

Conclusões

A amostra

A população da PSP em consideração para este trabalho (Lisboa Cidade) é de cerca de 4700 pessoas, tendo a amostra sido constituída por 740 indivíduos, dos quais 688 (93%) do sexo masculino e 52 (7%) do feminino.

Foi feita uma amostra por quotas sendo a aplicação feita em sondagem aureolada e a todas as dependências (sub-estruturas) da PSP de Lisboa Cidade: Comando Distrital, todas as Esquadras, Comandos da 5 Divisões Operacionais, Div. CP/Metro, Div. Segurança, Div. Aeroporto, Div. Investigação Criminal e Div. Trânsito.

As idades variaram entre 23 e 54 anos, com a média geral de 34,28 anos ($\sigma_p = 7,489$) e as médias de 34,29 anos para os homens ($\sigma_p = 7,544$) e de 34,17 para as mulheres ($\sigma_p = 6,635$).

Em relação aos postos hierárquicos, a distribuição foi de 2,2% de Oficiais (Superintendente, Subintendente, Comissário e Sub-Comissário) 10,4% de Chefes e Sub-Chefes e 87,4% de Agentes. Destes, eram do sexo feminino: 1 Sub-Comissário (1,9% das mulheres) 7 Chefes e Sub-Chefes (13,5% das mulheres) e 44 Agentes (84,6% das mulheres)

No que respeita às habilitações literárias, 2,3% tinham o ensino primário, 38,3% o secundário incompleto, 53,9% o secundário, 1,2% curso profissional e 4,3% curso médio/superior.

O estado civil dos indivíduos da amostra distribuiu-se do seguinte modo: 63% casados, 28,1% solteiros, 4,2% divorciados, 3,2% em união de facto, 1,2% separados e 0,3% viúvos.

Taxa de ocorrência de PTSD

A taxa de ocorrência de PTSD ao longo da vida foi de 2,2% correspondendo a 16 indivíduos dos 740 (IC a 95%, de 1,2% a 3,2%) e a taxa de ocorrência de PTSD actual foi de 2,0% correspondendo a 15 pessoas das 740 (IC a 95%, de 1% a 3%).

Dos indivíduos indicados com PTSD, 15 (93,8%) são do sexo masculino e 1 (6,2%) do feminino, sendo masculino o único indicado com PTSD não actual.

A média de idade dos indivíduos indicados com PTSD é de 39,75 anos, tendo o mais novo 23 anos e o mais velho 49. Os intervalos etários com maior preponderância foram o dos 36 aos 45 anos, com 50% e o dos 46 aos 55 com 25%.

O sujeito indicado com PTSD não actual e o feminino estão no escalão etário dos 36 aos 45 anos.

Os sujeitos indicados com PTSD estão colocados no Comando Distrital de Lisboa, na Divisão de Trânsito, na Divisão de Investigação Criminal, na do Aeroporto, e nas 4ª, 18ª, 26ª, 31ª e 36ª Esquadras.

O sujeito indicado com PTSD não actual está na 18ª Esquadra.

10 dos sujeitos indicados com PTSD têm o secundário incompleto, 3 o secundário, 2 o primário e 1 curso médio/superior.

O indicado com PTSD não actual e o feminino têm o secundário incompleto.

13 dos 16 são Agentes, 2 Chefes ou Sub-Chefes e 1 Subintendente.

O indicado com PTSD não actual e o feminino são Agentes.

15 dos 16 sujeitos são casados e o outro é solteiro, sendo o indicado com PTSD não actual e o feminino dois dos casados.

Situações traumáticas

Todas as 12 situações traumáticas constantes do questionário foram vividas por alguns sujeitos da amostra, sendo a mais vivida a de ataque físico com 283 casos que correspondem a 19,2% das 1471 exposições a situações traumáticas relatadas, seguida de ameaça de arma e do incêndio, com 13,5% (198 casos) cada, de acidente grave de viação com 193 casos (13,1%) de morte violenta de um familiar ou amigo, com 183 casos, correspondendo a 12,5% e de testemunha de acidente grave/morte com 173 casos que correspondem a 11,8% do total de exposições

Destas 12 situações experimentadas pelos sujeitos da amostra, apenas 8 causaram PTSD. Por ordem decrescente de frequência surgem-nos: o acidente grave de viação com 10 casos (5,2% dos 193 relatados), a morte violenta de um familiar ou amigo com 9 casos (4,9% dos 183), ataque físico com 7 casos (2,5% dos 283) testemunha de acidente grave/morte com 5 casos (2,9% dos 173), ameaça de arma com 5 casos (2,5% dos 198), o incêndio com 5 casos (2,5% dos 193 casos), roubado ou assaltado com 3 casos (2,9% dos 105), e finalmente a catástrofe natural com 1 caso (2,3% dos 43).

Relativamente aos 16 casos de PTSD foram relatadas 45 exposições traumáticas. Se se considerar a proporção de cada situação traumática em relação às 45 exposições, obtém-se as seguintes percentagens: Acidente grave de viação 22,2% dos 45 casos, morte violenta de familiar/amigo 20,0%, ataque físico 15,6%, ameaça de arma, incêndio e testemunha de acidente grave/morte 11,1% cada, assaltado ou roubado 6,7% e catástrofe natural 2,2%.

O sujeito do sexo feminino relatou 4 situações traumáticas: incêndio, acidente grave de viação, catástrofe natural e morte violenta de familiar ou amigo.

Sintomas

Todos os sete sintomas da Escala Abreviada de Breslau foram sentidos pelos sujeitos da amostra que os indicaram 1619 vezes, sendo o mais sentido a *difficuldade em adormecer ou manter o sono* (347 vezes, que representam 21,4% do total de sintomas indicados) seguido de: *evita recordar afastando-se de locais, pessoas ou actividades* (315, 19,5%) *nervoso ou facilmente assustado por barulhos ou movimentos* (279, 17,2%).

Também todos os sintomas foram sentidos pelos 16 sujeitos indicados com PTSD, num total de 182 referências, sendo o mais referido a *difficuldade em adormecer ou manter o sono* com 33 referências que significam 18,1% do total, seguido de *nervoso ou facilmente assustado com barulhos ou movimentos* (27, 14,8%), *evita recordar afastando-se de locais, pessoas ou actividades* (24, 13,2%) e da *perda de interesse por actividades que antes eram importantes/agradáveis* (21, 11,5%).

O individuo do sexo feminino relatou ter sentido *difficuldade em adormecer ou manter o sono* em 3 das 4 situações traumáticas, *nervoso ou assustado com barulhos ou movimentos* em 2 das 4 situações e *evitar recordar afastando-se de locais, pessoas ou actividades, perda de interesse por actividades que antes tinham sido importantes/agradáveis* e *sentir-se mais isolado ou distanciado em relação às outras pessoas*, sentidos 1 vez cada um.

Impacto dos sintomas na vida dos sujeitos

No que respeita à interferência dos sintomas na actividade e relações dos sujeitos, verificou-se que 62,5% (10 casos) a consideraram moderada e 37,5% (6 casos) severa.

O caso feminino considerou esta interferência severa.

Extrapolação para a população da PSP de Lisboa

A extrapolação dos dados recolhidos para a população portuguesa levamos a admitir que 104 indivíduos estejam afectados pela PTSD ao longo da vida, 94 dos quais o estarão actualmente.

Diferenças gerais relativamente ao primeiro estudo

Existem diferenças claras entre os resultados deste estudo e os do primeiro, que se devem seguramente às características desta população, no que respeita à sua preparação específica para lidar com acontecimentos traumáticos, ao reduzido número de mulheres, ao nível superior de habilitações escolares e aos escalões etários em que está incluída, podendo haver alguma influência do ponto de vista de comportamento defensivo de um número considerável de sujeitos que poderiam ter ocultado alguns sintomas para não serem incluídos no grupo dos indicados com PTSD, mas não se pode garantir este efeito, nem a sua potencial magnitude.

Os resultados deste estudo

Dadas as características específicas da população deste estudo, os resultados não podem ser extrapolados para a população portuguesa em geral, uma vez que as frequências de distribuição pelas variáveis de classificação são evidente e claramente distintas da população portuguesa em geral, mesmo tendo em consideração alguns enviesamentos da primeira amostra, que podem, em certa medida, ter aproximado alguns aspectos.

O modelo de vida profissional da população agora estudada tem também influência neste aspecto, tornando-a especificamente mais preparada para lidar com os stressores do que se encontra a população em geral, o que reforça a impossibilidade de generalizar.

Glossário

AMOSTRA ALEATÓRIA – a que se obtém através de um sorteio em que todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de a ela pertence.

AMOSTRA POR QUOTAS – amostra de uma população em que se reproduzem nela determinadas variáveis de classificação que se consideram importantes para o estudo, tal como existem na população.

CID 10 – Classificação Internacional das Doenças Mentais e do Comportamento, da Organização Mundial de Saúde.

DSMIII – Terceira revisão do Diagnostic Statistical Manual (Manual Estatístico de Diagnóstico das Doenças Mentais) da Associação Americana de Psiquiatria.

ESTRUTURA FORMAL – a que indica as posições hierárquicas oficiais dos membros de uma organização

ESTRUTURA INFORMAL – desenvolve-se no interior das formais, à revelia destas, sem por vezes ser conhecida, dependendo da afectividade e de ligações particulares, mas que influencia o funcionamento da organização

PERGUNTA ABERTA – é feita com liberdade de quem responde para o fazer como entender, sem limitações de espaço, tempo, ou outras.

PERGUNTA FECHADA – é feita com várias possibilidades de resposta, para quem responde escolher.

PTSD – Perturbação de Stresse Pós-Traumático

QUOTA – cada uma das variáveis de classificação de uma população, consideradas importantes para o estudo e que se reproduzem na amostra por quotas.

SONDAGEM AUREOLADA – aplicação de questionários a uma amostra por quotas, em que se sorteiam as áreas de aplicação pelos entrevistadores, para garantir que é feita aleatoriamente.

SPSS – Statistical Package for Social Sciences (programa informático)

VARIÁVEL DE CLASSIFICAÇÃO – variável que se utiliza para classificar uma população (ou amostra) em função das características que se consideram importantes e que se vão estudar na investigação.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD). *Acta Médica Portuguesa* (Separata). 16, 1-12.
- American Psiquiatric Association (1986). *DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda.
- Erikson, E. (1976). *Identidade juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Labrador, J. (s.d.). *Stress*. Lisboa: Edições Temas da Actualidade S.A.
- Mucchielli, R. (1973). *Organigrammes et sociogrammes*. Paris : Les Éditions ESF - EME
- Renaud, J. (1984). *Le stress un extraordinaire ballet d'hormones*. *Science & Vie*, 804.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. (1ª Ed.). Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, Lda

ERRATA

Anais de Psicologia PSIQUE. Nº 2

Pág. 174 – linha 23 – onde se lê ‘aponta’ deve ler-se ‘apontaria’

Pág. 179 – linha 2 – onde se lê ‘população portuguesa’ deve ler-se ‘população da PSP de Lisboa’.

Pág. 179 – linhas 2/3 – onde se lê ‘leva-nos’ deve ler-se ‘levar-nos-ia’.