

VERSÃO PORTUGUESA DA *IMPACT OF EVENT SCALE - REVISED* (IES-R) PORTUGUESE VERSION OF THE *IMPACT OF EVENT SCALE - REVISED* (IES-R)

Cristina Perestrelo Vieira¹, Rui Paixão², José Tomás da Silva³, Henrique Testa Vicente⁴

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVI • ISSUE FASCÍCULO 1
1ST JANUARY JANEIRO - 30TH JUNE JUNHO 2020 • PP. 24-43

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.2>

Submitted on July, 2019

Submetido em julho, 2019

Resumo

O presente estudo tem como objetivo apresentar os resultados da tradução e adaptação da escala *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R), de Weiss e Marmar (1997), para a população portuguesa. Os resultados foram obtidos com uma amostra de 185 sujeitos divididos por três grupos: $n_1 = 130$ população geral; $n_2 = 46$ doentes em seguimento psiquiátrico; $n_3 = 9$ sujeitos em seguimento num serviço de violência familiar.

A análise fatorial por componentes principais evidencia a existência de quatro fatores que explicam 61.3% da variância total: ativação fisiológica; intrusão, evitamento e anestesia emocional. Esta estrutura apresenta-se congruente com o modelo teórico subjacente à IES-R. A consistência interna é elevada para o total da escala e dos fatores, com exceção do fator anestesia emocional que apresenta um alfa mais baixo. A validade convergente foi obtida com a versão portuguesa da *Intimate Justice Scale* (IJS), revelando uma relação positiva estatisticamente significativa entre as duas escalas.

Palavras-chave: Trauma, Stresse, *Impact of Event Scale - Revised*, Psicometria.

Abstract

This paper reports the results of the translation and adaptation of the *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R), developed by Weiss and Marmar (1997), for the Portuguese population. Data was obtained through a sample of 185 subjects, subdivided in three groups: $n_1 = 130$ from the general population; $n_2 = 46$ patients from a psychiatric service; and $n_3 = 9$ subjects from a family violence service.

¹ Psicóloga Clínica e Grupanalista. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Maternidade Bissaya Barreto. Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo. E-mail: cristinaperestrelovieira@gmail.com

² Psicólogo Clínico. Universidade de Coimbra, Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Centro de Estudos Sociais (Universidade de Coimbra). E-mail: rpaixao@fpce.uc.pt

³ Psicólogo Educacional. Universidade de Coimbra, Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Centro de Estudos Sociais (Universidade de Coimbra). E-mail: jtsilva@fpce.uc.pt

⁴ Psicólogo Clínico e Psicoterapeuta. Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra, Portugal), Professor Auxiliar Convidado. Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (Porto, Portugal). E-mail: henrique.t.vicente@gmail.com

Principal component analysis reveals a four-factor structure, explaining 61.3% of the total variance: hyperarousal, intrusion, avoidance, and emotional numbing. This factorial structure is similar to the theoretical model underlying the IES-R. The Portuguese version of the IES-R shows high internal consistency for the total scale and factors, with the exception of emotional numbing, that shows a weaker alpha value. Convergent validity was assessed with the Intimate Justice Scale. A positive and statistically significant correlation was found between these two measures.

Keywords: Trauma, Stress, *Impact of Event Scale-Revised*, Psychometry

Introdução

Com base na constatação de que a investigação da resposta humana ao stress requer simultaneamente a identificação de acontecimentos significativos e a avaliação do seu efeito, subjetivamente percebido na vida dos indivíduos, Horowitz et al. (1979) salientaram a necessidade de construir um instrumento capaz de medir o nível de impacto subjetivo de eventos específicos stressantes e/ou traumáticos na vida das pessoas. A primeira versão da escala em análise no presente trabalho, apelidada *Impact of Event Scale* (IES) (Horowitz et al., 1979), responde a este objetivo, tentando operacionalizar o impacto desses acontecimentos na vida de um indivíduo, mais especificamente as suas respostas sintomáticas. Considerando que o desenvolvimento do instrumento decorreu antes da introdução da categoria diagnóstica Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) no DSM-III (*American Psychiatric Association* [APA], 1980), este assentava no modelo de processamento emocional após um acontecimento traumático de Horowitz, que propunha uma alternância entre pensamentos/sentimentos intrusivos e estratégias de evitamento durante o processo de assimilação da experiência traumática (Matos et al., 2011). Esta escala de autorresposta é constituída por 15 itens, sete dedicados à avaliação da presença de sintomas intrusivos (pensamentos intrusivos, pesadelos, emoções e fantasias intrusivas) e oito à existência de sintomas de evitamento (embotamento afetivo, evitamento das emoções, situações e ideias relacionadas com o acontecimento stressante), que correspondem aproximadamente aos critérios B e C para PSPT no DSM-IV (APA, 1994). Todos os itens do instrumento são respondidos em função de um acontecimento stressante específico (este evento e a data da sua ocorrência são registados pelo sujeito no topo da página do instrumento) e os respondentes são instruídos a classificar os itens de acordo com uma escala de quatro pontos, correspondentes à frequência com que esses sintomas foram sentidos nos últimos sete dias. Desde a sua introdução, a IES foi uma das medidas de auto-relato da resposta de stress e sintomas de PSPT mais aplicadas, sendo que, em maio de 2001, a base de dados PILOTS reportava relativamente à sua utilização em 1.147 estudos (Weiss, 2007). Foi traduzida para diversas línguas, aplicada em diversas populações, e utilizada para avaliar respostas de stress numa grande variedade de incidentes críticos e para aferir a efetividade de tratamentos (Matos et al., 2011). Em 2002, Sundin e Horowitz realizaram uma revisão da literatura sobre a investigação focada nas qualidades psicométricas da IES original. Identificaram boas propriedades ao nível estabilidade fatorial, consistência interna, validade convergente e discriminante, que sustentam a sua utilidade como medida “low-cost” de rastreio de PSPT e da avaliação da eficácia de tratamentos.

Apesar da grande utilidade da IES, Weiss e Marmar (1997), considerando que a completa medição das respostas a eventos stressantes implicaria a inclusão de uma dimensão de ativação fisiológica, decidiram acrescentar, numa versão revista, mais sete itens, designando esta nova versão de IES-R. Destes sete novos itens, seis referem-se a essa nova dimensão (ativação fisiológica) e um à intrusão, mais especificamente à vivência real de *flashback*. Estes sete novos itens foram, também, a forma de Weiss e Marmar (1997) adequarem a IES aos critérios do DSM-IV (APA, 1994) relativos à PSPT, nomeadamente aos três principais *clusters* de sintomas: reexperiência intrusiva do acontecimento traumático; evitamento dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reatividade geral; aumento da ativação fisiológica. A IES-R passa então a ser constituída por 22 itens, distribuídos por três dimensões: intrusão (8 itens); evitamento (8 itens); e ativação fisiológica (6 itens). Com a revisão do DSM e a publicação da sua quinta edição (APA, 2013), foram introduzidas diferenças nos critérios de diagnóstico da PSPT. A principal alteração prende-se com a inclusão de um *cluster* adicional – alterações negativas nas cognições e humor (incluindo o embotamento/entorpecimento, dificuldades em recordar eventos, crenças ou expectativas negativas, entre outros) – que, segundo Hosey et al. (2019), não altera substancialmente o fenótipo da PSPT. Assim, apesar da IES-R não ter sido desenvolvida com o objetivo de diagnosticar a PSPT (Weiss, 2004), continua atualmente a ser um instrumento útil para o triagem de sintomas desta perturbação e para aferição da sua gravidade, relevante para a prática clínica e para a investigação (Bienvenu, Needham, et al., 2013; Bienvenu, Williams, et al., 2013; Morina et al., 2013). Será ainda de referenciar o desenvolvimento de uma versão reduzida (IES-6), com apenas seis itens, mais indicada para estudos epidemiológicos, mas igualmente com utilidade clínica de rastreio (Thoreson et al., 2010).

A IES-R acompanhou o sucesso da sua precursora, apresentando bons indicadores psicométricos nos sucessivos estudos de validação a que foi sujeita, e que se encontram sumariados na Tabela 1.

Relativamente às populações avaliadas nos estudos de validação, é possível identificar uma diversidade significativa, desde pessoas com diagnóstico clínico de PSPT confirmado, até sobreviventes de acidentes/crimes e ex-veteranos de guerra, passando por indivíduos sem historial de experiências traumáticas. Alguns estudos incluem mais do que um grupo para efeitos de comparação.

Em termos de consistência interna, os estudos evidenciam valores Alfa de Cronbach entre .72 e .95 para os fatores, e entre .85 e .96 para os totais. Em relação à estabilidade temporal, os resultados têm sido igualmente consistentes, com valores oscilando entre .51 e .96 (Brunet et al., 2003; Mystakidou et al., 2007; Weiss & Marmar, 1997; Wu & Chan, 2003) exceção feita ao estudo de Báguena et al. (2001), que revelou valores mais modestos, tanto para a escala como para os fatores, entre .10 e .80.

A validade convergente da IES-R foi avaliada por recurso a uma ampla gama de instrumentos, incluindo entrevistas estruturadas e semiestruturadas (e.g. *Clinician-Administered PTSD Scale* [CAPS] e *Structured Clinical Interview for DSM* [SCID]), escalas de auto-resposta de avaliação de sintomatologia diversa (e.g. *Beck Depression Inventory* [BDI] e *State Trait Anxiety Inventory* [STAI]) e outras focados especificamente em sintomas de PSPT (e.g. *PTSD Symptom Scale – Self Report* e *PTSD Checklist*), até instrumentos de avaliação da personalidade (e.g. *Eysenck Personality Questionnaire – Revised*). Em termos gerais, os estudos mostram correlações moderadas a elevadas com estas diversas medidas. Por exemplo, Creamer et al. (2003) reportam uma

TABELA 1**Revisão da Literatura Concernente à Validação e Avaliação das Propriedades Psicométricas da IES-R**

Autor(es)	Participantes	Procedimentos de análise da validade de construto	Estrutura fatorial	Correlação entre subescalas	Consistência interna	Estabilidade temporal
Weiss & Marmar (1997)	Profissionais de emergência expostos a colapso de rodovia ($n = 429$); trabalhadores envolvidos em sismo ($n = 197$)	ACP com rotação varimax	1 fator (49% da variância)	I - E = .74 I - AF = .87 E - AF = .74	I = entre .87 e .92 E = entre .84 e .85 AF = entre .79 e .90	I = entre .57 e .94 E = entre .51 e .89 AF = entre .59 e .92
Maercker & Schützwohl (1998) Versão Alemã	Ex-presos políticos ($n = 128$) e vítimas de crime ($n = 30$)	ACP com rotação varimax	4 fatores (63.8% da variância) (Intrusão, Evitamento, Ativação Fisiológica e Entorpecimento/Anestesia)	I - E = entre .19 e .59 I - AF = entre .77 e .83 E - AF = entre .39 e .64	I = .90 E = entre .71 e .79 AF = .90	I = .80 E = .66 AF = .79
Báguena et al. (2001) Versão Espanhola	Jovens adultos sem experiências traumáticas ($n = 1078$)	ACP com rotação varimax	2 fatores (58.7% da variância) (Intrusão/Ativação Fisiológica e Evitamento)	I/AF - E = entre .62 e .70	IES-R total = entre .91 e .95 I/AF = entre .89 e .95 E = entre .84 e .87	IES-R total = entre .16 e .66 I/AF = entre .10 e .80 E = entre .24 e .33
Akusai et al. (2002) Versão Japonesa (IES-R-J)	Trabalhadores com vivência traumática ($n = 487$); sobreviventes de crime de envenenamento ($n = 73$); sobreviventes de sismo ($n = 86$); sobreviventes de ataque terrorista ($n = 658$)	Procedimento VARCLUS (SAS)	3 clusters (1. Intrusão/Ativação Fisiológica; 2. Evitamento 3. Sintomas de stresse não específicos)	Clusters 1 - 2 = .74 Clusters 1 - 3 = .73 Clusters 2 - 3 = .62	IES-R total = entre .92 e .95 I = entre .88 e .91 E = entre .81 e .90 AF = entre .80 e .86	IES-R total = .86
Creamer et al. (2003)	Duas amostras de veteranos do Vietname: clínica com diagnóstico de PSPT ($n = 120$); da comunidade ($n = 154$)	AFC (método da máxima verosimilhança) ACP com rotação varimax	1 ou 2 fatores (Intrusão/Ativação Fisiológica e Evitamento) (55.9% da variância)	I - E = .82 I - AF = .93 E - AF = .83	IES-R total = .96 I = .94 E = .87 AF = .91	-
Wu & Chan (2003) Versão Chinesa (CIES-R)	Utentes do <i>Accident and Emergency Department of the Caritas Medical Centre</i> (Hong Kong) ($n = 116$)	ACP com rotação varimax	1 fator (45% da variância)	I - E = .76 I - AF = .83 E - AF = .75	I = .89 E = .85 AF = .83	I = .74 E = .52 AF = .76
Brunet et al. (2003) Versão Francesa	Mulheres grávidas expostas a intempérie ($n = 223$)	ACP com rotação varimax	3 fatores (56% da variância)	I - E = .62 I - AF = .69 E - AF = .56	Entre .81 e .93	IES-R total = .76 I = .73 E = .77 AF = .71
Olde et al. (2006) Versão Holandesa	Puérperas holandesas ($n = 435$)	AFC	3 fatores	I - E = .56 I - AF = .58 E - AF = .56		-
Mystakidou et al. (2007) Versão Grega (IES-R-Gr)	Pacientes adultos com diagnóstico de cancro incurável ($n = 82$)	ACP com rotação varimax	3 fatores (57.3% da variância)	I - E = .74 I - AF = .66 E - AF = .59	IES-R total = .85 I = .72 E = .77 AF = .85	I = .96 E = .96 AF = .94
Beck et al. (2008)	Sujeitos em avaliação/tratamento para problemas de saúde mental após acidente de viação ($n = 182$)	AFC (método da máxima verosimilhança)	3 fatores	I - E = .74 I - AF = .86 E - AF = .71	IES-R total = .95 I = .90 E = .86 AF = .85	-
Lim et al. (2009) Versão Coreana (IES-R-K)	Pacientes com diagnóstico de PSPT ($n = 93$), pacientes psiquiátricos sem perturbação psicótica ($n = 73$), controlos saudáveis ($n = 88$)	ACP com rotação ortogonal	4 fatores (68.8% da variância) (Ativação Fisiológica, Evitamento, Intrusão, Anestesia/Dissociação)	-	IES-R total = .93	IES-R total = .91
Matos et al. (2011) Versão Portuguesa	Estudantes universitários e sujeitos da população geral ($n = 811$ sujeitos)	ACP com rotação varimax	1 fator (55.4% da variância)	-	IES-R total = .96	IES-R total = .82
Cunha et al. (2017) Versão Portuguesa para Adolescentes	Adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos ($n = 383$)	AFC (método da máxima verosimilhança)	3 fatores (com um factor de segunda ordem)	-	IES-R total = .94 I = .89 E = .84 AF = .86	IES-R total = .67

Nota. IES-R: *Impact of Event Scale - Revised*; I: Subescala Intrusão; E: Subescala Evitamento; AF: Ativação Fisiológica; ACP: Análise de Componentes Principais; AFC: Análise Fatorial Confirmatória

correlação de .84 entre a IES-R e a *PTSD Checklist*; Wu e Chan (2003) obtiveram correlações de .54 entre a versão chinesa da IES-R e o *General Health Questionnaire – 20* (GHQ-20) para o fator intrusão .53 para o fator evitamento, e .64 para o fator ativação fisiológica; Lim et al. (2009) assinalam correlações do total da escala com a CAPS de .91, com o BDI de .81, com o STAI-S de .30 e com o STAI-T de .67.

Dados sobre a validade discriminante da IES-R são mais escassos, e foram reportados apenas nos estudos de Akusai et al. (2002), Beck et al. (2008), e Lim et al. (2009). No trabalho de Akusai et al. (2002), ao grupo de sobreviventes de um crime de envenenamento foi aplicado o módulo PSPT da SCID. No grupo de sobreviventes de terramoto foi aplicado a entrevista CAPS. Foram criadas três categorias de diagnóstico: PSPT, PSPT parcial, sem PSPT. As médias dos totais IES-R-J diferem significativamente consoante a categoria (valores mais elevados em PSPT, seguido de PSPT parcial) em ambos os grupos ($F = 54.9, p = .0001$; $F = 9.1, p = .0003$, respetivamente). No estudo de Beck et al. (2008), foram comparados sujeitos com diagnóstico de PSPT ($n = 98$) e sem diagnóstico de PSPT ($n = 84$). Os dois grupos reportaram pontuações significativamente diferentes nas três subescalas da IES-R (intrusão, $t(180) = 5.88, p < .0001$; evitamento, $t(180) = 4.18, p < .0001$; ativação fisiológica, $t(180) = 6.16, p < .0001$). No estudo de Lim et al. (2009), os resultados da ANOVA unidirecional sugerem que o IES-R-K diferencia os três grupos em análise (PSPT, pacientes psiquiátricos, controlos) ($F = 139.1; p < .001$), sendo que o teste *post-hoc* de Duncan sugere que as pontuações dos pacientes com PSPT são significativamente mais elevadas quando comparadas com os outros grupos.

Quando analisadas, as correlações entre fatores tendem a ser positivas e estatisticamente significativas. Num estudo de validação cruzada da IES original, Zilberg et al. (1982) demonstraram que as correlações entre as duas subescalas (intrusão e evitamento) variavam em função do nível de sintomatologia e do tempo decorrido desde o evento traumático. A maioria dos estudos referenciados na Tabela 1 não aborda as correlações entre subescalas desta forma diferenciada, com exceção do trabalho de Creamer et al. (2003) com duas amostras (clínica e da comunidade). Neste estudo, os autores referem que embora as correlações entre os fatores intrusão e ativação fisiológica sejam elevadas para ambas as amostras (.94 e .93), as correlações entre intrusão e evitamento foram maiores para a amostra da comunidade do que para a amostra clínica (.86 e .62, respetivamente), assim como as correlações entre ativação fisiológica e evitamento (.93 e .65, respetivamente).

No estudo da estrutura fatorial da escala, o procedimento estatístico mais frequentemente utilizado é a Análise de Componentes Principais (ACP) com rotação varimax. Têm-se verificado soluções de três fatores, consonantes com o modelo original, capazes de explicar entre 56% e 57% da variância total (Brunet et al., 2003; Mystakidou et al., 2007; Olde et al., 2006; Beck et al., 2008; Cunha et al., 2017). O estudo de Akusai et al. (2002) também revelou um modelo tri-fatorial, mas em que um dos fatores se reporta a sintomas de stresse não específicos (distúrbios do sono, irritabilidade, problemas de concentração e sintomas de anestesia emocional). Nos estudos de Weiss e Marmar (1997), Wu e Chan (2003), e Matos et al. (2011) emergem soluções unifatoriais; nos trabalhos de Creamer et al. (2003) e Báguena et al. (2001) os dados evidenciam que um modelo de dois fatores (intrusão/ativação fisiológica e evitamento) se adequa melhor aos dados. Finalmente, os estudos de Maercker e Schützwohl (1998) e de Lim et al. (2009) apontam para quatro fatores capazes de explicar 63.8% e 68.8% da variância total, respetivamente. No estudo da versão alemã do instrumento, os autores assinalam que este fator remete para

o “entorpecimento/anestesia”. No trabalho sobre a versão coreana, este fator foi apelidado de “anestesia/dissociação”.

Weiss (2007) conclui a este propósito que, embora as propriedades psicométricas básicas da IES-R (consistência interna, estabilidade e correlação entre subescalas) estejam bem documentadas, a variabilidade no número de fatores extraídos nos estudos de validação merece reflexão. Para este autor, esta variabilidade pode dever-se a diferenças amostrais (tamanho, homogeneidade e nível de sofrimento), assim como a diferenças na exposição ao trauma, tempo decorrido desde o evento, e questões de comorbilidade. Ao discutir o mesmo assunto, Creamer et al. (2003) subscrevem esta hipótese, assinalando que parece haver uma menor diferenciação entre os construtos nucleares (intrusão, evitamento e ativação fisiológica) nos indivíduos com níveis mais baixos de sintomatologia, que reflete, possivelmente, um “sofrimento traumático” mais geral do que uma síndrome clínica claramente diferenciada, como a PSPT. Esta hipótese encontra igualmente suporte nos dados das correlações entre subescalas, acima mencionados, em que os valores foram inferiores na amostra clínica (quando comparados com a amostra da comunidade).

A este propósito, importa salientar que a primeira validação da IES-R para a população Portuguesa revelou uma solução unidimensional que, segundo os autores, poderia estar associada ao facto de o estudo deter uma amostra não-clínica e ter focado, não um incidente crítico, potencialmente traumático, com ameaça à integridade física, mas antes experiências de vergonha na infância ou adolescência (Matos et al., 2011). Nesse sentido, foi sublinhada a relevância de conduzir estudos psicométricos adicionais com outros tipos de acontecimentos, pois o uso de uma amostra não clínica ou não traumatizada pode ter condicionado a análise da independência das subescalas do instrumento (Matos et al., 2011). Já a validação da versão Portuguesa adaptada para adolescentes da IES-R (Cunha et al., 2017) revelou um modelo composto por três fatores (evitamento, intrusão e hiperativação) e um fator de segunda ordem designado “impacto traumático” (Cunha et al., 2017). Contudo, também neste estudo as instruções da versão original da IES-R foram substancialmente modificadas de modo a avaliar uma experiência indutora de vergonha e o seu impacto ao longo da vida. Assim, apesar do inegável contributo destes trabalhos em contexto nacional, permanece a necessidade de conduzir estudos adicionais de validação do instrumento, respeitando as instruções originais, que permitem cobrir um vasto leque de experiências stressantes, potencialmente traumáticas.

Objetivos

O estudo que a seguir se reporta centra-se na tradução e adaptação para a população portuguesa da *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R) de Weiss e Marmar (1997), tendo como objetivo principal a análise das suas qualidades psicométricas quando mantida a instrução original, de solicitar aos respondentes a identificação de um acontecimento de vida significativo, que tenha sido sentido como fonte de grande stresse. Como objetivos específicos foram definidos: i) analisar o comportamento da escala na avaliação do impacto de eventos stressantes em três grupos de sujeitos e a sua intercessão com variáveis sociodemográficas; ii) analisar a estrutura fatorial da IES-R; iii) analisar a sua consistência interna e validade convergente.

Metodologia

Participantes

A amostra, não probabilística por conveniência, é constituída por 185 participantes capazes de identificar, pelo menos, um acontecimento de vida sentido como intensamente stressante, eventualmente traumático. Estes 185 sujeitos foram divididos em três grupos: $n_1 = 130$, avaliados em instituições de ensino superior da cidade de Coimbra ($n = 92$) e recolhidos da população em geral na cidade do Funchal ($n = 38$); $n_2 = 46$ sujeitos com perturbações psiquiátricas seguidos pelo Serviço de Consultas Externas de um Hospital Psiquiátrico da Zona Centro de Portugal; $n_3 = 9$ sujeitos seguidos pelo Serviço de Violência Familiar da mesma instituição hospitalar. Este último grupo (n_3) é constituído por sujeitos com histórias de vida marcadas por diferentes tipos de maus-tratos.

Dos 130 sujeitos de n_1 , 96% são de nacionalidade portuguesa ($n = 119$) e 84% do género feminino ($n = 109$). A média etária é de 26 anos ($DP = 10.27$), 77% ($n = 100$) são solteiros, 18.4% casados ou vivendo em união de facto ($n = 24$), 3.1% divorciados ($n = 4$) e 1.5% viúvos ($n = 2$). Relativamente às habilitações literárias, 89.2% ($n = 116$) tem o ensino secundário ou curso profissional, 6.1% ($n = 8$) o 3.º ciclo do ensino básico ou inferior, e 4.6% ($n = 6$) possui licenciatura ou bacharelato.

O grupo n_2 é constituído por sujeitos diagnosticados com Perturbação Depressiva Não Especificada ($n = 31$), Perturbação de Ansiedade Não Especificada ($n = 9$), Perturbação Bipolar ($n = 4$), Perturbação de Ansiedade Social ($n = 1$) e Perturbação de Uso de Álcool ($n = 1$). Ainda relativamente a este grupo, 98% ($n = 45$) são de nacionalidade portuguesa, maioritariamente do género feminino (80%; $n = 37$) e com uma média de idade de 51 anos ($DP = 15.47$). As habilitações literárias, na sua maioria, são inferiores ou equivalentes ao 3º ciclo do ensino básico (72%; $n = 33$). A maioria dos sujeitos é casada (48%; $n = 22$) sendo os restantes solteiros (26%; $n = 12$), divorciados (13%; $n = 6$) ou viúvos (13%; $n = 6$).

O grupo n_3 é composto, maioritariamente, por sujeitos de nacionalidade portuguesa (89%; $n = 8$), do género feminino (78%, $n = 7$) e com uma idade média de 38 anos ($DP = 9.03$). A maioria encontra-se empregada (78%, $n = 7$), sendo as suas habilitações inferiores ou equivalentes ao 3º ciclo do ensino básico. Quanto ao estado civil, 33% ($n = 3$) dos sujeitos são casados, 33% ($n = 3$) estão em união de facto, 11% ($n = 1$) são solteiros e 22% ($n = 2$) divorciados. Para além da situação de violência familiar que motivou o acompanhamento pelo serviço acima referenciado, todos os sujeitos deste grupo apresentam diagnóstico de Perturbação Depressiva e de Ansiedade Não Especificadas.

Os acontecimentos identificados pelos sujeitos incluíram: agressão física ou outro tipo de violência, doença grave, desastre, morte ou perda de alguém muito próximo, situação subjetiva ou real de perigo (ameaça à integridade física), abuso/violência sexual, exposição à guerra ou outro acontecimento. Os acontecimentos mais referenciados nos grupos n_1 e n_2 são a morte ou perda de alguém querido, e no grupo n_3 a agressão/violência. Na Tabela 2 são reportadas as situações stressantes mais significativas identificadas pelos sujeitos, bem como o tempo entretanto decorrido.

Instrumentos

O protocolo envolveu a passagem do IES-R, da *Intimate Justice Scale* (IJS) e de um questionário sociodemográfico construído para o efeito. Este questionário focou-se nos dados de natureza clínica e biográfica dos participantes. A IJS foi utilizada para analisar a validade convergente

da IES-R. Trata-se de um instrumento de auto-relato com 15 itens (respondidos numa escala de Likert de cinco pontos), desenvolvido para o rastreio de abuso psicológico e violência física. A IJS não avalia atos específicos de abuso, mas antes a “dinâmica ética das relações do casal”, evidenciada através de padrões atitudinais e comportamentais expressos no decurso da relação (Jory, 2004, p. 29). O estudo original sugere que a IJS permite a identificação de vítimas de violência nas relações íntimas e a discriminação do grau de severidade do abuso (Jory, 2004). As qualidades psicométricas da versão portuguesa da IJS foram analisadas numa amostra de 115 sujeitos (Canez, 2007). Os resultados obtidos revelaram uma boa consistência interna para o global da escala ($\alpha = .88$) e uma estrutura fatorial composta por quatro fatores que explicam 62.75% da variância.

TABELA 2

Tipo de Acontecimento Traumático e Tempo Decorrido

		n₁=130	n₂=46	n₃=9
		% (n)	% (n)	% (n)
Tipo de acontecimento	Morte ou perda de alguém querido	42.2% (55)	43.4% (20)	22.2% (2)
	Doença grave	29.2% (38)	15.2% (7)	22.2% (2)
	Situação de perigo / ameaça	12.3% (16)	19.6% (9)	–
	Agressão / violência	3.1% (4)	–	44.4% (4)
	Desastre/acidente natural	0.8 (1)	–	–
	Exposição à guerra	0.8 (1)	2.2% (1)	–
	Abuso sexual	–	2.2% (1)	11.1% (1)
	Outro acontecimento	10.6% (15)	17.4% (8)	–
Tempo decorrido entre o acontecimento e o momento da passagem da IES-R	1 a 4 semanas inclusive	3.8% (5)	6.5% (3)	11.1% (1)
	1 a 6 meses inclusive	13.8% (18)	10.9% (5)	–
	6 meses a 1 ano inclusive	18.5% (24)	8.7 (4)	22.2% (2)
	1 a 3 anos inclusive	26.9% (35)	17.4% (8)	33.3% (3)
	Mais de 3 anos	36.9% (48)	56.5% (26)	33.3% (3)

Nota. n₁ = grupo não-clínico; n₂ = sujeitos seguidos no serviço de Consultas Externas de Hospital Psiquiátrico; n₃ = sujeitos seguidos pelo Serviço de Violência Familiar de um estabelecimento de saúde.

Procedimentos

A aplicação do protocolo foi precedida por uma entrevista onde foram explicitados os procedimentos, os objetivos e o caráter voluntário da participação dos sujeitos. Numa segunda fase, a entrevista semiestruturada focou as experiências de vida mais stressantes (eventualmente traumáticas) dos sujeitos. Dada a natureza da escala, a não existência ou a incapacidade dos sujeitos em identificar um acontecimento desta natureza constituiu-se como critério de exclusão.

Procedimentos de tradução e adaptação da versão portuguesa do IES-R

A primeira fase do processo de adaptação passou pela “tradução-retroversão” da versão inglesa da escala recorrendo a dois tradutores independentes: o primeiro traduzindo para português a versão inglesa da escala e o segundo retrovertendo para inglês a versão portuguesa antes obtida. Finalmente, a versão retrovertida foi comparada com o original inglês, não se tendo verificado diferenças significativas entre as versões.

Esta versão foi sujeita a um pré-teste ($n = 25$) como o intuito de verificar a adequação gráfica da escala, a compreensão e a clareza das instruções e dos itens. Com base nestes resultados, foram clarificadas algumas expressões bem como o enquadramento da situação stressante de referência aos itens.

Resultados

Os valores descritivos das respostas obtidas pelos sujeitos da amostra encontram-se sintetizados na Tabela 3.

Quanto à validade de conteúdo da IES-R, podemos observar que, para os três grupos da amostra, a maioria dos itens tem uma média próxima e superior à resposta central, revelando estes dados que os sujeitos, enquanto grupo, vivenciaram episódios stressantes intensos, eventualmente traumáticos para alguns deles.

Os itens com respostas médias mais altas, para o grupo n_1 foram o 1 e o 5; para o grupo n_2 o 5 e o 21; para o grupo n_3 o 1 e o 22. Os itens com respostas médias mais baixas foram, para o grupo n_1 , o 19 e o 14; para o grupo n_2 o 13 e o 7 e para o grupo n_3 o 13, o 7 e o 14. O grupo n_2 foi aquele que obteve maior pontuação média para o total da IES-R e o grupo n_3 o que obteve valores mais baixos.

Não foram analisados os resultados da IES-R em função do tipo de acontecimento experienciado e do tempo decorrido entre este e o preenchimento do questionário devido ao número reduzido de sujeitos em algumas das categorias. Quanto às diferenças nas respostas considerando a variável género, é de salientar que esta só foi significativa para o grupo n_2 , nomeadamente no total da IES-R [$t(44) = -3.06, p < .001$] e no fator ativação fisiológica [$t(44) = -3.67, p < .001$]. Nestes casos, os sujeitos do género feminino obtiveram valores mais elevados. Quanto às correlações entre a idade e as respostas à IES-R nos três grupos é de salientar a existência de uma única relação fraca mas estatisticamente significativa, no grupo n_1 entre a idade e o fator intrusão ($r = .183, p < .05$).

Com o objetivo de analisar a estrutura da escala procedeu-se a uma Análise de Componentes Principais (Tabela 4) com rotação ortogonal e procedimento varimax sobre os dados dos 185 sujeitos da amostra. Esta opção teve por objetivo manter a compatibilidade metodológica do presente estudo com os procedimentos predominantemente usados nas investigações precedentes e consequentemente contribuir para a continuidade de acumulação da evidência psicométrica sobre o instrumento. Os indicadores de adequação do modelo evidenciam valores *MSA* superiores a .5, um teste de Bartlett significativo ($X^2 = 2163.426, p < .0001$) e um valor de .91 para o teste de Kaiser-Meyer-Olkin.

TABELA 3
Médias e Desvios Padrão nos Três Grupos da Amostra

Itens	n₁ = 130	n₂ = 46	n₃ = 9
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
1) Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura	3.30 (0.947)	3.56 (0.958)	3.33 (1.118)
2) Tive grandes problemas de sono	2.77 (1.163)	2.78 (1.190)	3.00 (1.322)
3) Outras situações continuavam a fazer-me pensar no acontecimento	3.05 (1.021)	3.65 (0.848)	3.00 (1.000)
4) Senti-me irritado(a) e enraivecido(a)	2.87 (1.207)	3.04 (1.210)	2.55 (1.333)
5) Tentava não ficar perturbado(a) quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo	3.26 (1.025)	4.00 (1.154)	2.77 (1.201)
6) Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria	3.16 (1.004)	3.58 (1.066)	2.77 (0.833)
7) Senti como se nada tivesse acontecido ou como se tudo o que aconteceu não fosse real	2.42 (1.112)	2.39 (1.324)	2.22 (1.092)
8) Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento	2.59 (1.145)	3.52 (1.295)	3.00 (1.414)
9) Imagens sobre o acontecimento apareciam de repente na minha cabeça	2.90 (1.216)	3.52 (0.809)	3.11 (1.166)
10) Estava com os nervos “à flor da pele”	2.89 (1.136)	3.19 (1.147)	2.33 (0.707)
11) Tentei não pensar sobre o sucedido	2.99 (0.984)	3.84 (0.815)	3.11 (1.054)
12) Tive consciência que ainda tinha dentro de mim imensos sentimentos relativos ao acontecimento, mas não lidei com eles	2.70 (1.097)	3.54 (0.689)	3.00 (0.866)
13) Sentia-me anestesiado em relação ao que aconteceu	2.50 (1.065)	1.60 (0.954)	2.00 (1.000)
14) Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu	2.33 (1.102)	2.82 (1.017)	2.22 (0.833)
15) Tive dificuldades em adormecer	2.72 (1.239)	2.93 (1.254)	2.66 (1.658)
16) Tive fases em que vivi sentimentos muito fortes relativos ao acontecimento	3.20 (1.111)	3.30 (1.092)	2.88 (0.927)
17) Tentei apagar o acontecimento da minha memória	2.47 (1.195)	3.56 (1.344)	2.44 (1.130)
18) Tive problemas de concentração	2.78 (1.154)	2.82 (1.121)	2.55 (1.424)
19) Tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reações físicas como, por exemplo, transpirar, dificuldades em respirar, náuseas ou taquicardia	2.23 (1.139)	3.39 (0.930)	2.33 (1.224)
20) Sonhei muitas vezes com coisas relativas ao acontecimento	2.59 (1.185)	2.71 (1.067)	2.77 (1.092)
21) Senti-me atento e/ou cauteloso	2.87 (1.106)	3.93 (1.041)	3.11 (1.269)
22) Tentei não falar sobre o acontecimento	2.79 (1.172)	3.06 (1.496)	3.22 (1.201)
Total IES-R	61.49 (15.85)	70.82 (12.73)	60.44 (15.08)
Ativação Fisiológica	22.09 (7.32)	24.19 (6.95)	21.11 (7.32)
Intrusão	20.91 (5.48)	25.08 (4.27)	20.33 (5.29)
Evitamento	13.55 (4.16)	17.54 (3.87)	14.77 (4.18)
Anestesia Emocional	4.93 (1.81)	4.00 (1.92)	4.22 (1.48)

TABELA 4
Estrutura Fatorial da Versão Portuguesa da IES-R

Itens	Fatores				<i>h</i> ²
	F1	F2	F3	F4	
18	.792	.214	.191	.103	.720
15	.779	.333	.099	.186	.761
2	.733	.357	.038	.214	.711
10	.726	.189	.292	-.025	.649
4	.668	.162	.298	.023	.562
16	.637	.467	.035	.196	.664
19	.579	.436	.207	-.208	.612
20	.492	.350	-.003	.357	.492
3	.293	.703	.156	.126	.620
9	.384	.656	.193	.204	.657
1	.269	.655	.105	.051	.515
6	.371	.643	.154	.182	.608
21	.240	.627	.229	-.315	.602
5	-.004	.539	.506	.118	.560
14	.430	.513	.210	.220	.540
11	.460	.180	.822	.080	.716
8	.108	.202	.802	.115	.709
17	.181	.153	.717	-.103	.581
22	.352	-.113	.569	.155	.484
12	.289	.328	.546	.138	.509
7	.097	.187	.185	.744	.632
13	.140	.017	.049	.739	.569
Eigenvalue	8.828	2.048	1.434	1.165	
Variância Total	40,13%	9,31%	6,52%	5,29%	

Nota. F1 - Ativação fisiológica; F2 - Intrusão; F3 - Evitamento; F4 - Anestesia emocional

Seguindo o critério de Kaiser e a análise da curva de inflexão no *scree plot*, a estrutura obtida aponta para a existência de quatro fatores diferentes dos verificados por Weiss e Marmar (1997). Forçando a rotação varimax a três fatores verifica-se que a estrutura obtida é, também, substancialmente diferente da obtida pelos autores originais, embora semelhante à referenciada noutros estudos (Maercker & Schützwohl, 1998). Comparando as duas soluções verifica-se que a estrutura de quatro fatores é a que melhor se adequa (detém maior grau de semelhança com a estrutura fatorial original, mesmo considerando o fator adicional, que tem vindo a ser reportado na literatura), explicando 61.3% da variância total (Tabela 4). Esta estrutura inclui um primeiro fator constituído por oito itens, capazes de explicar 40.1% da variância comum. Este fator inclui os itens que avaliam as sensações fisiológicas ativadas pelo reviver do acontecimento, razão pela qual foi denominado de “ativação fisiológica”. O fator 2, composto por 7 itens, explica 9.3% da variância total e foi denominado “intrusão”, visto incluir os itens relativos às vivências intrusivas consequentes da exposição ao acontecimento. O fator 3, constituído por 5 itens, explica 6.6%

da variância total e foi denominado “evitamento”, pois caracteriza a resistência dos sujeitos ao confronto com a situação stressante. O fator 4, constituído por apenas dois itens, explica 5.2% da variância total e foi denominado “anestesia emocional”, segundo a denominação de Foa et al. (1995). Caracteriza o desgaste afetivo e a conseqüente anestesia emocional associada ao acontecimento. Contudo, verifica-se que muitos itens, particularmente aqueles incluídos nos Fatores 1, 2 e 3 obtêm saturações consideráveis (próximas ou superiores a .3) em mais do que um fator (exceção feita para os itens 1, 7, 8, 10, 17, 18 e 23). Nestes casos foram seguidos os seguintes critérios para a atribuição dos itens aos fatores: magnitude da saturação factorial e consonância do conteúdo e significado psicológico dos itens com a faceta do construto.

A análise das correlações entre fatores nos três grupos da amostra (Tabela 5) revela que estes se correlacionam de modo diferente entre os grupos. No grupo n_1 todos os fatores têm correlações significativas e positivas entre si. No grupo n_2 apenas o fator ativação fisiológica se correlaciona de modo significativo com o fator intrusão e o fator evitamento. No grupo n_3 existe apenas uma correlação significativa entre o fator ativação fisiológica e intrusão. Contudo, considerando o número reduzido de sujeitos neste grupo, importa sobretudo analisar a magnitude das correlações, que acabam por ser bastante similares ao grupo n_1 , com exceção das correlações entre os fatores ativação fisiológica e anestesia emocional, e entre este último e o fator evitamento, que revelam magnitudes inferiores.

TABELA 5

Valores de Correlação Entre os Fatores e Total da Escala nos Três Grupos da Amostra

Grupos da amostra fatores	n_1	n_2	n_3
AF - I	.79*	.62*	.67*
AF - E	.53*	.32*	.49
AF - AE	.41*	.26	.22
I - E	.55*	.26	.64
I - AE	.46*	.22	.50
E - AE	.45*	.02	.29
AF - Total	.91*	.89*	.87*
I - Total	.90*	.78*	.90*
E - Total	.74*	.60*	.76*
AE - Total	.57*	.43	.46

Nota: AF - Ativação Fisiológica; I - Intrusão; E - Evitamento; AE - Anestesia Emocional. * Correlação significativa ao nível .05 (2 extremidades).

Para estudar a consistência interna da escala, além do *Alfa* de Cronbach para os fatores e total da escala (Tabela 6), verificou-se a contribuição de cada fator e itens para o resultado total, através das matrizes correlacionais (Tabela 4).

Considerando o valor crítico do Alfa=.70, proposto por Nunnally (1978), para se reterem estimativas adequadas da representatividade dos itens em cada fator, verifica-se que a maioria dos fatores apresenta um valor superior a esta referência. O fator mais consistente é o referente à ativação fisiológica, seguido de intrusão e evitamento. Refira-se, ainda, que o fator com Alfa mais baixo (anestesia emocional) é aquele que possui menos itens, pelo que se pode atribuir a sua

menor homogeneidade a este facto. Neste sentido, partindo das recomendações de Pallant (2003), considerámos como mais apropriada a análise da média de correlação inter-item (.354), que apresenta um valor aceitável. Os valores de Alfa de Cronbach obtidos permitem verificar que a maioria dos fatores, assim como a escala no seu conjunto, são aceitáveis e admissíveis, demonstrando uma consistência interna satisfatória.

TABELA 6

Valores do Alfa de Cronbach para os Fatores e Total da IES-R

Fatores	Itens	Alfa
Ativação Fisiológica	2, 4, 10, 15, 16, 18, 19, 20	.904
Intrusão	1, 3, 6, 9, 14, 21	.849
Evitamento	5, 8, 11, 12, 17, 22	.812
Anestesia Emocional	7, 13	.523
Total		.923

As correlações corrigidas (esta correção implicou a subtração do valor do item ao total a correlacionar com esse item) entre os fatores e o total da escala nos três grupos são significativas ($p < .05$), exceto para os grupos n_2 e n_3 onde o fator anestesia emocional não se correlaciona de modo significativo com o total da escala. Para o grupo n_1 e n_2 o fator ativação fisiológica é o que mais se correlaciona com o resultado total. No grupo n_3 isto acontece com o fator intrusão. Para os três grupos o fator anestesia emocional é aquele que menos se correlaciona com o total.

O valor total do Alfa de Cronbach varia pouco com a retirada de qualquer um dos itens do inventário, revelando a homogeneidade dos itens na avaliação do construto geral que lhes subjaz. A variação do Alfa, na maioria dos casos, corresponde a uma diminuição do mesmo, excetuando com o item 7 e 22 que, se retirados, fariam aumentar muito ligeiramente o valor global da consistência interna. As correlações entre os itens e o total da IES-R são, na sua maioria, moderadas, significando que cada item explica algo específico, apesar de ter uma parte comum com os restantes. As correlações entre itens e total variam entre .244 para o item 13, e .369 para o item 7.

Apesar de não se ter realizado o cruzamento da IES-R com outras escalas que meçam especificamente o mesmo construto, muito em consequência da ausência deste tipo de instrumentos devidamente adaptados para a população portuguesa, foi utilizada a IJS para verificar a convergência entre as vivências de violência nas relações afetivas e o impacto potencialmente traumático que estas possam ter. Estas duas escalas (IES-R e a IJS) foram administradas aos 92 sujeitos avaliados em instituições de ensino superior da cidade de Coimbra. Os resultados revelam correlações positivas e estatisticamente significativas ($r = .37, p < .01$).

Discussão

A versão portuguesa da IES-R revela uma elevada consistência interna para o total da escala, bem como para os fatores que a compõem (exceção feita ao fator anestesia emocional), aproximando-se dos resultados verificados no estudo original de Weiss e Marmar (1997) e dos estudos

de Maercker e Schützwohl (1998), Mystakidou et al. (2007) e de Wu e Chan (2003), relativos às versões alemã, grega e chinesa respetivamente.

Apesar da validade convergente não ter sido efetuada com instrumentos que meçam construtos semelhantes, a correlação positiva e estatisticamente significativa com a IJS revela a existência de relação entre o impacto stressante, eventualmente traumático, e as vivências de violência na relação afetiva. Tal resultado é consistente com a dimensão traumática subjacente às situações de violência doméstica (Serra, 2003).

A estrutura fatorial da versão portuguesa da IES-R revela que esta é constituída por quatro fatores que explicam 61.3% da variância total, embora inclua itens que saturam em mais do que um fator. Estes fatores coincidem, em parte, com os obtidos nos estudos de Weiss e Marmar (1997) e de Maercker e Schützwohl (1998), particularmente no que se refere ao quarto fator. Como foi referenciado na introdução, a literatura reporta uma dificuldade em encontrar uma estrutura clara para os fatores que compõem a escala, facto este também evidenciado em estudos relativos à análise fatorial dos sintomas de PSPT, tal como eram definidos pelo DSM-IV, e que sustentaram a criação da IES-R (Creamer et al., 2003; King et al., 1998; Taylor et al., 1998). Contudo, a emergência deste quarto fator, referente à anestesia emocional, é parcialmente consonante com o quarto *cluster* de sintomas adicionado aos critérios de PSPT no DSM-5: alterações negativas na cognição e no humor. Tal sustenta a importância de uma linha de investigação futura que aborde a possibilidade da IES-R ser utilizada como ferramenta de rastreio da PSPT, segundo a mais recente formulação do DSM-5 (Morina et al., 2013), um trabalho que deverá ser complementado por uma exploração e refinamento dos modelos teóricos subjacentes à definição da perturbação. Efetivamente, Creamer et al. (2003) reconhecem que uma das principais desvantagens da IES-R é a ausência de uma conexão directa entre os itens e os critérios de diagnóstico do DSM, mas questionam se não será vantajoso trabalhar com uma escala mais focada em avaliar construtos nucleares, do que em aderir a critérios volúveis e instáveis.

Um dos estudos portugueses precedentes (Matos et al., 2011), que utilizou procedimentos estatísticos similares na análise da dimensionalidade da IES-R, encontrou uma solução unifatorial, que os autores hipotetizam poder estar associada ao facto de ter sido estudada uma amostra não clínica e de se ter focado uma experiência de vergonha (ao invés de um incidente traumático). Os resultados do presente estudo, nomeadamente a estrutura de quatro fatores que emergiu numa amostra inquirida a propósito de acontecimentos geradores de grande stresse (com diagnóstico de psicopatologia em dois dos grupos que a compõem), corroboram essa hipótese, sublinhando a importância de considerar a natureza da amostra (principalmente no que respeita ao tipo de acontecimento experienciado e à extensão e cronicidade da psicopatologia subjacente) quando estudadas as características psicométricas das subescalas que compõem a IES-R (Creamer et al., 2003).

Quanto à distribuição dos itens pelos fatores, e como já foi referido, alguns itens saturaram em fatores distintos daquilo que se verificou no estudo original de Weiss e Marmar (1997). Neste caso, encontram-se três itens do fator ativação fisiológica (itens 2, 16 e 20), incluídos originalmente no fator intrusão; dois itens do fator intrusão, que no estudo original pertenciam ao fator ativação fisiológica (item 21) e ao fator evitamento (item 5). A questão associada ao item 2 foi igualmente detetada no estudo de Weiss e Marmar (1997), onde o item em causa apresentava saturações próximas nos fatores intrusão e ativação fisiológica. Também na versão francesa e alemã da IES-R este item teve maior saturação no fator ativação fisiológica (Brunet et al., 2003;

Maercker & Schützwohl, 1998). A saturação do item 5 no fator intrusão foi igualmente detetada na versão francesa da IES-R (Brunet et al., 2003). Também no estudo de Weiss e Marmar (1997) este mesmo item evidenciou-se como problemático, obtendo saturações altas no fator evitamento. Neste sentido, ainda, este problema com o item 5 poderá estar relacionado com a sua deficiente construção, particularmente com o facto de poder ser interpretado de dois modos distintos: a primeira parte remetendo para sintomas de evitamento (tentava não ficar perturbado) e a segunda para sintomas intrusivos (quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo). A elevada saturação do item 16 no fator ativação fisiológica poderá relacionar-se com o facto de o seu conteúdo apelar à dimensão mais emocional das vivências. A saturação do item 20 no mesmo fator poderá estar relacionada com o facto dos outros itens relativos à qualidade do sono fazerem parte deste fator. Por fim, o item 21, ao remeter para a necessidade de estar em constante alerta relativamente ao meio, pode ser interpretado como uma vivência ligada aos sintomas de ativação fisiológica. Ainda neste contexto, os itens do fator ativação fisiológica são, também, aqueles que mais saturam no fator intrusão. Também da análise das correlações entre os fatores, nos três grupos da amostra, se verifica que as maiores correlações são entre o fator ativação fisiológica e o fator intrusão. Estes resultados, já verificados noutros estudos (Brunet et al., 2003; Olde et al., 2006; Wu & Chan, 2003), evidenciam uma parte comum importante entre os fatores, particularmente entre os pensamentos intrusivos e as reações fisiológicas, uma vez que, por hipótese, ambos podem ser sentidos como vivências involuntárias e incontrolláveis, separáveis apenas pela mediação do pensamento e do corpo numa e noutra destas dimensões. De acrescentar, ainda, que a ativação fisiológica além de se correlacionar de modo elevado com a intrusão, é o único fator que apresenta correlações significativas com outros fatores, nos três grupos da amostra. Este facto indica que a ativação fisiológica inclui uma dimensão geral comum aos restantes fatores, ou seja, à intrusão, evitamento e anestesia emocional. Este dado pode ainda ser interpretado como indiciador de uma certa fraqueza e falta de consistência deste fator, sendo mais viável o seu uso como indicador geral do nível de intensidade e sofrimento com que o acontecimento foi experienciado. Esta posição é também sustentada por Olde et al. (2006), quando sugerem que a IES é mais consistente como instrumento de medida do impacto traumático dos acontecimentos do que a IES-R. Em síntese, a proeminência da ativação fisiológica poderá estar relacionada com o facto de a escala ser mais sensível a um construto geral de stresse (Creamer et al., 2003; Zilberg et al., 1982).

No mesmo sentido, o facto de, neste estudo, o fator ativação fisiológica ser aquele que maior explicação da variância obtém (40.13%) remete diretamente para a ideia de que o impacto dos acontecimentos selecionados pelos sujeitos do estudo foi, no geral, mais stressante do que propriamente traumático. Apesar disso, pode verificar-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas respostas à IES-R nos três grupos da amostra. No grupo n_1 , por exemplo, os fatores encontram-se significativamente correlacionados entre si, sugerindo que neste caso a escala foi mais sensível ao construto geral de stresse antes referido. No grupo n_2 , no entanto, apenas o fator ativação fisiológica apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o fator intrusão e com o evitamento. No grupo n_3 , e comparativamente com o grupo n_1 , verificou-se que a magnitude das correlações entre o fator anestesia emocional e os fatores ativação fisiológica e evitamento era inferior. Estes dados sugerem que, nestes sujeitos, o impacto do acontecimento, apesar de ter evocado intenso stresse, permanece numa dimensão pouco integrada, típica dos processos traumáticos, tal como descrito por Horowitz (1979) nos processos de

completion tendency. Os resultados das correlações entre subescalas sustentam ainda a hipótese avançada por Weiss (2007) e Creamer et al. (2003) de que os construtos nucleares subjacentes à IES-R se encontram menos diferenciados nos grupos que apresentam menores níveis de sintomatologia ou que não revelam uma síndrome clínica delimitada, como a PSPT.

O fator intrusão é o segundo fator, depois da ativação fisiológica, com maiores pontuações nos três grupos. Este resultado, na sequência do anterior, poderá estar relacionado com dificuldades específicas na elaboração do acontecimento, onde a sua evocação não é um simples produto de uma recordação, mas antes a reprodução do acontecimento em “estado bruto”, acompanhado pela intensa ativação fisiológica e emocional a ele ancoradas (Joseph & Linley, 2005). Estes resultados, no entanto, poderão estar igualmente relacionados com o facto da população do grupo n_2 e n_3 estar diagnosticada, na sua maioria, com Depressão e Perturbação de Ansiedade, patologias onde os sintomas de intrusão são característicos (Taylor et al., 1998).

O surgimento de um quarto fator na estrutura da versão portuguesa da IES-R, anestesia emocional, é salientado em diversos estudos relativos à PSPT (Foa et al., 1995; Litz et al., 2000; Kinzie, 1989; Taylor et al., 1998). Apesar deste fator ser estatisticamente pouco significativo, a sua existência como fator independente sai reforçada, evidenciando a necessidade de ser pensado como um aspeto do construto.

Efetivamente, na IES-R o conceito de evitamento proposto por Horowitz (1979) parece reunir diferentes tipos de mecanismos destinados a eliminar o desprazer. O mecanismo de evitamento, por outras palavras, contém aspetos referentes ao mecanismo de repressão, tal como foi concebido por Freud (1926/1959), ou de anestesia emocional, proposto por Foa et al. (1995). Torna-se, assim, relevante a proposta destes últimos autores quando equacionam a possibilidade de separar o mecanismo de evitamento em dois fatores distintos, considerando a sua dimensão mais psicológica e mais automática.

A análise do comportamento deste fator no presente estudo, nomeadamente a análise das correlações entre os fatores do grupo n_1 (visto ser só neste grupo que estes se correlacionam de modo significativo) evidencia uma maior correlação entre o fator evitamento e a intrusão e uma semelhante correlação entre o fator anestesia emocional e os fatores ativação fisiológica e evitamento. Mais uma vez, estes resultados vão no sentido dos obtidos por Foa et al. (1995), onde o mecanismo de anestesia emocional é ativado quando o sujeito vivencia uma intensa ativação fisiológica, evidenciando-se como um mecanismo mediado por processos mais automáticos, enquanto o evitamento parece ser mediado por estratégias psicológicas persistentes, organizadas com o intuito de diminuir a intrusão. No estudo de Olde et al. (2006), foi detetada uma correlação significativa entre o fator evitamento da *Post-Traumatic Stress Symptom Scale – Self-Report* com o fator ativação fisiológica da IES-R. Assim, e ainda segundo os mesmos autores, o evitamento parece ser uma estratégia ligada aos sintomas de ativação fisiológica. A elevada correlação obtida entre o fator evitamento e a ativação fisiológica, neste estudo, poderá relacionar-se com o facto de, nesta versão, os itens pertencentes ao fator anestesia emocional se encontrarem integrados no fator evitamento.

A fraca consistência deste fator, no presente estudo, poderá estar mais relacionada com o facto da população em causa, na sua grande maioria, não sofrer de PSPT, nem ter vivenciado traumas severos, pois, quando tal acontece, é suposto a ativação deste mecanismo ser mais proeminente (Kinzie, 1989; Foa et al., 1995). No entanto, note-se que é no grupo n_1 que este fator aparece com maior pontuação, seguindo-se o grupo n_3 . Este facto leva-nos a colocar como hipótese a

presença deste mecanismo não só na vivência de grandes traumas como, igualmente, em vivências “microtraumáticas” continuadas, como parece acontecer no grupo n_3 . Este resultado poderá estar, também, relacionado com o facto de vários sujeitos destes grupos (n_1 e n_3) terem seleccionado acontecimentos que ocorreram entre um a três anos, enquanto a maioria dos sujeitos do grupo n_2 o acontecimento seleccionado ocorreu há mais de três anos. Isto é, a menor distância temporal poderá tornar este mecanismo mais proeminente.

Finalmente, importa referenciar as intercessões entre resultados da escala e variáveis socio-demográficas. Relativamente às diferenças entre o género e as respostas à IES-R, verificou-se no grupo n_2 uma pontuação mais elevada para os sujeitos do género feminino, tanto para o total da IES-R, como para o fator ativação fisiológica. Este facto foi igualmente detetado noutros estudos, como o de Zilberg et al. (1982). Quanto à idade, a única correlação estatisticamente significativa encontrada verificou-se entre o fator intrusão e a idade dos sujeitos do grupo n_1 , facto também detetado no estudo de Wu e Chan (2003).

Conclusões

A versão portuguesa da IES-R, além de revelar uma boa consistência interna para o total e fatores, apresentou uma estrutura fatorial semelhante aos pressupostos teóricos dos autores originais, indicando um instrumento adequado para fins de investigação e avaliação clínica. A emergência de um quarto fator, associado à anestesia emocional, apesar de representar um desvio relativamente à estrutura original, é consonante com outros estudos sobre a escala (Maercker & Schützwohl, 1998; Akusai et al., 2002; Lim et al., 2009) e com diferentes propostas teóricas sobre a PSPT (Foa et al., 1995; Litz et al., 2000; Kinzie, 1989; Taylor et al., 1998), contribuindo assim para fomentar a discussão sobre esta perturbação.

Os resultados evidenciam, também, que o conteúdo das experiências consequentes à vivência de um acontecimento stressante é similar para todos os sujeitos, independentemente do tipo de acontecimento ou da população em causa, corroborando a hipótese de Horowitz (1979), assim como a de Zilberg et al. (1982).

No entanto, o estudo aqui reportado comporta um conjunto de limitações que devem ser clarificadas, nomeadamente na composição da amostra, com alguns grupos a apresentarem um reduzido número de sujeitos, o que não permitiu, por exemplo, a análise dos resultados da IES-R em função do tipo de acontecimento e do tempo decorrido entre este e o preenchimento do questionário. De destacar a necessidade de aprofundar os estudos psicométricos de adaptação e aferição do inventário para a população portuguesa, ampliando as amostras e introduzindo grupos devidamente diagnosticados com PSPT. Esta sugestão conecta-se ainda com a possibilidade de analisar a intercessão entre a IES-R e os critérios de diagnóstico de PSPT do DSM-5. Por outro lado, seria proveitoso que futuros estudos realizassem Análises Fatoriais Confirmatórias sobre a estrutura fatorial que emergiu no presente estudo.

Outra limitação significativa deste trabalho prende-se com o facto de não terem sido obtidos dados relativos à estabilidade temporal da escala. A validade convergente mereceria, também, uma análise mais específica com a utilização de instrumentos capazes de medir o mesmo construto.

Referências

- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(3), 175–182. <https://doi.org/10.1097/00005053-200203000-00006>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). The American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). The American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, Á., Díaz, A., Roldán, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y modificación de conducta*, 27(114), 581-604.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The impact of event scale-revised: psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 187–198. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.007>
- Bienvenu, O. J., Needham, D. M., & Hopkins, R. O. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, and the Impact of Events Scale-Revised: Response. *Chest*, 144(6), 1974-1975. <https://doi.org/10.1378/chest.13-1940>
- Bienvenu, O. J., Williams, J. B., Yang, A., Hopkins, R. O., & Needham, D. M. (2013). Posttraumatic stress disorder in survivors of acute lung injury: evaluating the Impact of Event Scale-Revised. *Chest*, 144(1), 24–31. <https://doi.org/10.1378/chest.12-0908>
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 56-61. <https://doi.org/10.1177/070674370304800111>
- Canez, A. (2007). *Violência Doméstica – da teoria à psicométrica: tradução e estudo de algumas qualidades psicométricas da Intimate Justice Scale*. Dissertação de Mestrado Integrado, FPCEUC: Coimbra.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 1489-1496. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010>
- Cunha, M., Xavier, A. M., Zagalo, S. M., & Matos, M. S. (2017). Avaliação do impacto de acontecimentos traumáticos na adolescência: validação da Impact of Event Scale-Revised. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(2), 249-260. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200006>
- Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 116-120. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.116>
- Freud, S. (1920/1969). Além do Princípio do Prazer. In J. Salomão (ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 13-85), Vol. XVIII, Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Horowitz, M. (1979). Psychological response to serious life events. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition. An information processing approach* (pp. 235-263). J. Wiley & Sons.
- Horowitz, M., Wilner, M., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>

- Hosey, M. M., Bienvenu, O. J., Dinglas, V. D., Turnbull, A. E., Parker, A. M., Hopkins, R. O., Neufeld, K. J., & Needham, D. M. (2019). The IES-R remains a core outcome measure for PTSD in critical illness survivorship research. *Critical Care*, 23, 362. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2630-3>
- Jory, B. (2004). The Intimate Justice Scale: an instrument to screen for psychological abuse and physical violence in clinical practice. *Journal of marital and family therapy*, 30(1), 29–44. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01220.x>
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: an organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262-280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>
- King, D.W., Leskin, G.A., King, L.A., & Weathers, F.W. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10(2), 90-96. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.90>
- Kinzie, M. D. (1989). Post-traumatic stress disorder in childhood. In M. Hersen, & C. Last (Eds.), *Handbook of child and adult psychopathology. A longitudinal perspective* (pp. 263-274). Pergamon Press.
- Lim, H. K., Woo, J. M., Kim, T. S., Kim, T. H., Choi, K. S., Chung, S. K., Chee, I. S., Lee, K. U., Paik, K. C., Seo, H. J., Kim, W., Jin, B., Chae, J. H., & Disaster Psychiatry Committee in Korean Academy of Anxiety Disorders (2009). Reliability and validity of the Korean version of the Impact of Event Scale-Revised. *Comprehensive psychiatry*, 50(4), 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.09.011>
- Litz, B.T., Orsillo S.M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 26-39. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.109.1.26>
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. *Diagnostica*, 44(3), 130-141. <https://doi.org/10.1037/t55092-000>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O impacto traumático de experiências de vergonha: estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psychologica*, 54, 413-438. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_16
- Morina, N., Ehring, T., & Priebe, S. (2013). Diagnostic utility of the impact of event scale-revised in two samples of survivors of war. *PloS one*, 8(12), e83916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083916>
- Mystakidou, E., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(4), 454-461. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.023>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Olde, E., Kleber, R., van der Hart, O., & Pop, V. (2006). Childbirth and posttraumatic stress responses: A validation study of the Dutch Impact of Event Scale-Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(4), 259-267. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.259>
- Pallant, J. (2003). *SPSS survival Manual: a step by step guide to data analyses using SPSS for Windows (versions 10 and 11)*. Open University Press.
- Serra, A. V. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Vale & Vale Editores.
- Sundin, E., & Horowitz, M. (2002). Impact of Event Scale: Psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180(3), 205-209. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.3.205>
- Taylor, S., Kuch, K., Kosh, W., Crockett, D., & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 154-160. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.1.154>

- Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V. A., & Bisson, J. I. (2010). Brief measure of post-traumatic stress reactions: impact of Event Scale-6. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(3), 405–412. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0073-x>
- Weiss, D. S. (2004). The Impact of Event Scale-Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 168-189). Guilford Press.
- Weiss, D. S. (2007). *The Impact of Event Scale: Revised*. In J. P. Wilson & C. S.-k. Tang (Eds.), *International and cultural psychology. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (p. 219–238). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_10
- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford Press.
- Wu, K., & Chan, K. (2003). The Development of the Chinese version of Impact of Event Scale-Revised (CIES-R). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 94-98. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0611-x>
- Zilberg, N., Weiss, D., & Horowitz, M. (1982). Impact of Event Scale: a cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 407-414. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.3.407>